

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

14.ª SESIÓN ORDINARIA

(Matinal)

(Documento de trabajo)

MIÉRCOLES 30 DE ABRIL DE 2025

PRESIDENCIA DEL SEÑOR ALEJANDRO AURELIO AGUINAGA RECUENCO

*—A las 09:04 h, se inicia la sesión.*

**El señor PRESIDENTE.**— Muy buenos días a todos los presentes.

En este día, que estamos próximos a celebrar el Día del Trabajador, queremos hacerles llegar a todos nuestro más afectuoso saludo, reconociendo la fuerza y dedicación que tiene cada uno de nosotros con su trabajo.

Esperemos que, producto de este talento, podamos seguir construyendo progreso para nuestro país.

Feliz Día del Trabajador a todos.

Señores congresistas, miembros de esta Comisión Especial, y todos los que nos acompañan en la plataforma virtual de sesiones y redes sociales, muy buenos días.

Hoy miércoles 30 de abril del presente año, vamos a desarrollar la Décimo Cuarta Sesión Extraordinaria de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados de la prevención y control del cáncer, en esta sala, donde rendimos homenaje a Martha Hildebrandt Pérez Treviño, en el edificio de Víctor Raúl Haya de la Torre, y a través de las plataformas virtuales Microsoft Teams.

Antes de pasar lista, les informamos que la señora congresista Maricarmen Alva Prieto presentó licencia para esta sesión, a través del Oficio 1055/2024.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Señora secretaria técnica, sírvase pasar lista para comprobar el cuórum reglamentario.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Bien, presidente.

Señor congresista Alejandro Aguinaga Recuenco.

**El señor AGUINAGA RECUENCO (FP).**— Presente.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señora Congresista Chirinos Venegas, Patricia.

Señor presidente, la señora Congresista Chirinos Venegas Patricia se encuentra presente en la sala de plataforma de Microsoft Teams.

Señor Picón Quedó, Luis Raúl (); señora congresista Portalatino Ávalos, Kelly ().

De igual modo, señor presidente, la señora congresista Portalatino Ávalos, Kelly, se encuentra presente en la plataforma de sesiones Microsoft Teams.

Señora congresista Portero López Hilda ().

Señor presidente, la congresista Kelly Roxana Portalatino hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

Señora congresista Portero López, Hilda ().

La señora congresista Hilda Portero López hace llegar su asistencia a través de la plataforma de sesiones Microsoft Teams.

Señor congresista Kamiche Morante, Luis Alberto ().

Señor presidente, el señor congresista Kamiche Morante, Luis Roberto hace llegar su asistencia a través de la plataforma de sesiones.

Señor congresista Sánchez Palomino, Roberto ().

De igual modo, señor presidente, el señor congresista Sánchez Palomino, Roberto hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

Señora congresista Vázquez Vela, Lucinda.

**La señora VÁSQUEZ VELA (BM).**— Vázquez Vela, presente.

Buen día.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señor presidente, tiene el cuórum reglamentario para iniciar la sesión.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**El señor PRESIDENTE.**— Con el cuórum reglamentario, y siendo las 9 horas con 4 minutos del miércoles 30 de abril del 2025, damos inicio a la Décimo Cuarta Sesión Extraordinaria de la Comisión, en la ciudad de Lima, de acuerdo a la agenda programada.

Antes de dar inicio a nuestra sesión, se les informa que la Comisión Especial, a través del Oficio 394/2024-2026, solicitó al presidente del Congreso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 51 del Reglamento del Congreso de la República, autorización para realizar la Décimo Cuarta Sesión Extraordinaria.

Cabe destacar que, con la debida antelación se citó a los señores congresistas, miembros de esta Comisión, para esta sesión.

Asimismo, se les comunica que esta reunión abordará temas puntuales y específicos, por lo que no se dilatará mucho tiempo, permitiendo que los señores congresistas puedan participar oportunamente en el Pleno.

Aprobación del acta.

Primer punto de agenda, tenemos aprobación de las actas de la Décimo Segunda Sesión Extraordinaria, llevada a cabo el 7 de abril de 2025, y de la Décimo Tercera Sesión Extraordinaria descentralizada, realizada el 11 de abril del presente año en la región La Libertad.

Ambas actas, se encuentran publicadas en la página web de la Comisión Especial.

Si no hay observaciones, se dará por aprobadas.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señor presidente, no hay ninguna observación a través de la plataforma Microsoft Teams, donde se encuentran los señores congresistas presentes.

**El señor PRESIDENTE.**— Muy bien.

El acta se da por aprobado.

Despacho.

En el segundo punto de agenda, tenemos la estación Despacho.

### DESPACHO

**El señor PRESIDENTE.**— En esta sección, se les informa que la relación de documentos recibidos y remitidos por la Comisión, fueron debidamente enviada con la agenda a vuestros a vuestros correos.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

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

Informes.

### Informes

**El señor PRESIDENTE.**— Señores congresistas, se les informa lo siguiente:

El viernes 11 de abril del presente año, en el auditorio de la Beneficencia de Trujillo, y mediante la plataforma Microsoft Teams, se llevó a cabo la Décimo Tercera Sesión Extraordinaria descentralizada de la Comisión Multipartidaria, bajo el lema *Hacia una atención oncológica integral en el norte del Perú, desafíos y propuestas para fortalecer la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.*

El objetivo central fue evaluar los retos en la atención oncológica en La Libertad, con énfasis en el IREN Norte e identificar soluciones para mejorar el acceso a servicios de calidad.

Participaron autoridades claves, como el director general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, el gerente regional de Salud de La Libertad, el director del IREN Norte, directora del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, y el gerente de Control de Servicios Públicos de la Contraloría General de la República.

Durante la sesión, se evidenciaron brechas críticas, infraestructura insuficiente, equipos obsoletos, como aceleradores lineales en el IREN Norte, y escasez de especialistas: oncólogos, radioterapeutas, pediatras oncólogos.

Cifras alarmantes.

La proyección de 110 mil nuevos casos anuales de cáncer para el 2025, con un 55.3% de años de vida saludable perdidos en mujeres por cáncer de cuello uterino y mama.

Acciones urgentes.

Se propuso la modernización del IREN Norte, la creación de un banco regional de medicamentos oncológicos, y la implementación de tamizajes masivos para detección temprana.

Respecto a lo expuesto, la Comisión Especial se comprometió a:

1. Fiscalizar la asignación de recursos para infraestructura y tecnología médica.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

2. Promover una ley de incentivos para atraer especialistas a la región.

3. Fortalecer la coordinación entre Minsa, IREN Norte y gobiernos locales para optimizar campañas preventivas.

El informe técnico de la sesión fue remitido a los despachos congresales mediante Oficio 007/2025.

En paralelo a la sesión descentralizada, se realizó una exitosa campaña cívica en la Plaza de Armas de Trujillo, organizada por la Comisión Especial, en alianza con la Municipalidad Provincial de Trujillo, la Gerencia Regional de Salud y Reniec.

En total, se llevaron a cabo 720 atenciones integrales, conforme se detalla.

200 tamizajes de papanicolau.

180 pruebas de VPH.

60 mamografías.

120 vacunas contra VPH aplicadas.

Consejerías en nutrición y actividad física.

Asimismo, el Reniec brindó 50 trámites de DNI para menores y adultos mayores, y orientación legal.

Participaron 45 profesionales de la salud: oncólogos, enfermeras, nutricionistas y 20 agentes comunitarios.

La campaña reforzó la prevención primaria y permitió identificar casos de seguimiento en el IREN Norte.

Los resultados positivos reflejaron el éxito del modelo descentralizado y colaborativo, replicando la experiencia de la sesión de Arequipa.

Previo a la sesión descentralizada, se realizaron visitas coordinadas al Hospital Regional Lambayeque, Hospital Docente Las Mercedes Chiclayo, Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta e Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN Norte), con el objetivo de evaluar su capacidad hospitalaria para mejorar la atención oncológica e identificar oportunidades de mejora.

Asimismo, el 21 de abril se visitó el Hospital de San Juan de Lurigancho, donde se evidenció la urgente necesidad de priorizar la construcción de un nuevo nosocomio, que incluya un departamento de oncología, dada la creciente demanda de atención especializada en dicha jurisdicción.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Finalmente, les informamos que, se ha previsto llevar a cabo la Décimo Quinta Sesión Extraordinaria descentralizada en Cusco, estrategias integrales para fortalecer la atención oncológica y reducir la carga del cáncer de cuello uterino en la región, programada para el lunes 19 de mayo de 2025, a partir de las 9 de la mañana, en el auditorio de la Municipalidad Provincial de Cusco.

El objetivo de la sesión descentralizada es analizar los principales desafíos en la atención oncológica en la región Cusco, con énfasis en alta demanda de servicios oncológicos y las limitaciones en capacidad resolutoria, incluyendo la escasez de infraestructura, equipamiento y personal especializado.

De más está decirles, queridos colegas, queridos invitados, la frustración que se vive en el Hospital Lorena del Cusco, que lleva aproximadamente 14 años en construcción.

2. La elevada incidencia de cáncer de cuello uterino, sus causas estructurales y las barreras para su detección temprana, tamizajes insuficientes, baja cobertura en zonas rurales.

Aquí hay que resaltar y recalcar que hay un compromiso de país para erradicar el cáncer de cuello uterino hacia el 2030.

3. Las dificultades organizativas en la gestión de servicios oncológicos, como la fragmentación de redes, desabastecimiento de medicamentos esenciales y retraso de diagnóstico.

El propósito de la sesión descentralizada es generar propuestas concretas para mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad en la atención oncológica en Cusco, priorizando soluciones frente al cáncer del cuello uterino y la optimización de los recursos.

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

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

Pasamos a la sección Pedidos.

No existiendo informes, pasamos a la sección Pedidos.

**La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).**— Pido la palabra, presidente.

Chirinos.

Buenos días.

**El señor PRESIDENTE.**— Congresista Patricia Chirinos, le concedemos el uso de la palabra en esta sección Pedidos.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).**— Muchas gracias, presidente.

Señor presidente, propongo la creación del grupo de trabajo sobre prevención y tratamiento del cáncer de mama, en el marco de esta Comisión.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres peruanas.

Más de 7 mil casos se diagnostican al año y cerca de 2 mil mujeres mueren, muchas por no acceder a un diagnóstico o tratamiento a tiempo.

A pesar de contar con la Ley Nacional del Cáncer, Ley 31336, y la Ley de Prevención del Cáncer en las Mujeres, Ley 31561, persisten barreras serias, demoras administrativas, faltas de medicamentos, equipos inoperativos y presupuestos que no llegan a su destino. **(2)**

Con el respaldo de los congresistas Portalatino, Sánchez y Portero proponemos este grupo para fiscalizar el cumplimiento de las normas vigentes, identificar obstáculos reales y construir propuestas concretas que puedan dejar un legado útil al cierre de esta comisión.

Señor presidente, por favor, solicito que se someta a votación. Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias a usted, congresista Chirinos, porque está tocando un tópico que es sumamente importante dentro de la oncología y dentro de la oncología que pasa en el Perú.

Sometemos a voto la propuesta del grupo de trabajo solicitado por la congresista Patricia Chirinos.

Señora secretaria técnica, sírvase pasar lista.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Bien, presidente. Vamos a someter a voto la creación del grupo de trabajo propuesto por la congresista Patricia Chirinos.

Señor presidente, señor congresista Alejandro Aguinaga Recuenco.

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

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señora congresista Chirinos Venegas Patricia.

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

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Cabe resaltar que la señora congresista Maria del Carmen Alva Prieto se encuentra con licencia.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Señor congresista Luis Picón Quedo.

Señor congresista, el señor congresista Luis Picón Quedo, a través de la plataforma Microsoft Teams, da su voto a favor.

Señora congresista Portalatino Ávalos, Kelly.

Señor congresista, la señora congresista Kelly Portalatino Ávalos da su voto a favor a través de la plataforma.

Señora congresista Portero López, Hilda.

Señor presidente, la señora congresista Hilda Portero López da su voto, a favor, a través de la plataforma.

Señor congresista Sánchez Palomino, Roberto (); Señora congresista Vázquez Vela, Lucinda.

**La señora VÁSQUEZ VELA (BM).**— Vázquez Vela, a favor. Gracias.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Gracias, señora congresista.

Señor congresista Luis Alberto Kamiche Morante.

Señor presidente, el señor congresista Luis Roberto Kamiche Morante da su voto, a favor, a través de la plataforma de sesiones.

La propuesta del grupo de trabajo tiene la mayoría de sus miembros en votos a favor, presidente.

**El señor PRESIDENTE.**— Aprobado.

Pasamos a Orden del Día.

### ORDEN DEL DÍA

**La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).**— Muchas gracias, presidente. Gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— A usted por la propuesta, congresista. Estoy seguro que vamos a tener buenos resultados.

Primer punto del Orden del Día.

Vamos a presentar a los funcionarios representantes del ministerio del Interior, al doctor Edwin Bautista Vázquez y al doctor Ricardo Paredes Salazar, a fin de que informen respecto a la situación de la atención oncológica de la Policía Nacional de Perú. Les damos desde ya, una cordial bienvenida y agradecemos su participación en esta sesión.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Y lo dejamos en el uso de la palabra en el orden que ustedes deseen efectuarlo.

**EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ, coronel Ricardo Paredes Salazar.**— Buenos días con todos, señor presidente, señores congresistas, miembros asistentes de las diferentes entidades de salud que nos acompañan para ver este tema tan importante.

Soy el coronel Ricardo Paredes Salazar, yo soy jefe del Departamento de Oncología, me acompaña el mayor Edwin Bautista que va a tratar el tópico de gestión.

¿No sé si tenemos las diapositivas?

Nuestra institución, el Hospital de Policía, es el hospital más importante de toda la atención policial. Tenemos dos hospitales, que es el hospital de Chiclayo y el de Arequipa, que son nivel 2. El hospital central nuestro es nivel 3. Esta es una ampliación de nuestro hospital, es un hermoso hospital, realmente, que tiene poco tiempo de creado y que ya estamos haciendo uso de él. Y todavía se está previsto que haya una segunda parte que es el PIB 2. El nuevo hospital tiene 250 camas, anteriormente teníamos 400 y con la creación del segundo PIB o segunda construcción, vamos a, en principio, a mejorar la atención porque esperamos tener radioterapia, trasplante médula en esa zona.

Actualmente estamos todavía en el hospital histórico, le llamamos así al hospital antiguo y tenemos una capacidad entre 300 a 400 camas.

La siguiente, por favor.

Esta es nuestra situación de pirámide poblacional. Tal vez en principio son más o menos 440.000 personas que se atienden o son derechohabientes, de los cuales hay, cabe resaltar, entre 21 y 30 años es 39.000, tal vez la población titular donde hay predominio de varones. Probablemente porque la cantidad de asimilados sea más en varones. Y todavía nosotros tenemos la atención de padres e hijos en su totalidad, pero esto por un plazo de tiempo, entiendo limitado, porque en algún momento ya los padres e hijos van a tener un copago, esto en principio debe hacerse en los próximos años.

El copago todavía no lo sabemos, pero, en principio, algunos, los que quieran, algunos pasarán al SIS. Esperamos que la mayoría se quede con nosotros.

La siguiente.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Igual, ahí vemos, titulares son 221.000 que tienen derecho, derechohabientes 220.000, en total sumamos una cantidad de 441.000.

Siguiente. Ok,

Y esto, de repente, para ver la cantidad de atenciones, sobre todo cónyuges, hijos, padres, que son casi más de 150.000, los titulares son los menores y esta es 220.000 son todos los derechohabientes que no son titulares y que, de alguna manera, en algún momento van a tener que decidir, van a tener que optar por algún seguro o el copago con nosotros. Entendemos que esto va a ser en los próximos años.

Siguiente.

En cuanto a la situación del personal que se atiende, los oficiales son 16.000; y, la mayor cantidad, son los suboficiales que son 160.000, 180.000 titulares.

Esto de los 221.000 titulares que se atienden en nuestra institución, esto a nivel nacional, no solamente está en el Lima.

Ya abocando principalmente las neoplasias, nosotros tenemos ... el servicio de Oncología tiene 42 años de creado en nuestra institución, manejamos y como vamos a ver después en gestión de drogas que son ... Que pertenecen al PNUME y algunas que se han ido adquiriendo por otros mecanismos y que forman parte también de nuestro arsenal terapéutico.

Como también se ha comentado, efectivamente el cáncer de mama es una de las principales neoplasias. Ahí vemos en colores del año 21, 22, 23, 24, 25 y cada enfermedad. La neoplasia de mama, en el año 21, hay menor cantidad como lo vamos a ver en las otras patologías también por la pandemia. Hubo una disminución importante en cuanto a la atención, pero vemos que después del 22, 23 y 24, sí pues enseguida hemos tenido 5.449 atenciones de cáncer de mama en el año 24. En el 25, hemos puesto solamente lo que vamos hasta el momento, pero probablemente también llega a incrementarse, ¿no?

Entonces, en cáncer de mama, tenemos igual, ahí hacer el comentario que también después lo vamos a mencionar, solamente tenemos un mamógrafo a nivel nacional y eso creo que sí es importante, porque la detección precoz en diferentes partes del país, creo que es fundamental el uso de la mamografía.

En cuanto a cáncer de próstata, también es la misma secuencia, llegando a 4.852 atendidos, la policía tiene población predominantemente en varones, vamos a ver después que en el tamizaje, se hace el tamizaje del PSA, en diferentes partes y con la ayuda del ministerio, con ayuda de otras entidades, y

## DOCUMENTO DE TRABAJO

entendemos que por la Ley del Cáncer y porque haya algo estructurado, en principio, esto no debería tener un costo a nuestra institución, sin embargo, todavía tenemos que hacer uso de la IAFA para que nos compre algunos elementos como el cepillado, la tinción, etcétera.

Pero, entendemos que esto es parte de un programa y no es gratuito para nosotros. Entonces eso sí, de repente, en la comisión, podrían ayudarnos a ver que en diferentes partes del país estos programas sean gratuitos para nosotros, que no estemos dependiendo de ubicar un laboratorio que nos haga la tinción, eso que nos presten sus equipamientos.

Cáncer de colon, si bien es cierto, es otra entidad importante, igual ya es mucho menos 1.466 atendidos en el año 24.

Cáncer del pulmón también es frecuente. Hemos visto que en nuestros pacientes no es tanto, por el uso del tabaco, pero sí todavía recibimos pacientes que han sido expuestos en la infancia a la degradación de biomasa, y se refleja después en pacientes que vienen de provincias con cáncer de pulmón hacia Lima.

Cáncer de gástrico junto con cáncer de colon, son dos entidades muy frecuentes. Tenemos endoscopios, vamos a ver después que si se hace endoscopia, pero siendo el hospital nivel 3, nuestro hospital es el único que todavía tenemos endoscopios, entendemos que habría que repotenciar esto tanto en Arequipa como en Chiclayo.

Cáncer del cérvix es lo que les comentaba. Justo la encargada del tamizaje nos ha comentado que tenemos que hacer uso de otras instancias para poder llegar a la cobertura que queremos, y melanoma es mucho menos, hemos tenido 304 casos en lo que va del año 24, 61 hasta el momento.

Siguiente, por favor.

Muy bien, Hematología también tiene más o menos 40 años de fundada en nuestro hospital. Ahí la limitación que tenemos es que son pocos los hematólogos, son 5 hematólogos, pese a que tenemos residencia e insistimos un poquito en las plazas cautivas, pero no hemos logrado tener más hematólogos. Tenemos tres consultorios mañana tarde, compartimos hospitalización junto con Oncología, tenemos 12 camas en el hospital central para Oncología y Hematología, y la idea es que en un futuro tengamos también el trasplante de médula. Los pacientes que requieren el trasplante de médula, ahorita por convenio con otras instituciones, están pasando al INEN, aunque ya el convenio con el INEN se ha suspendido en marzo de este año.

Entonces la IAFA, SaludPol en principio, busca otras Ipress PNP, donde enviar a estos pacientes, pero la limitación ahí es el

## DOCUMENTO DE TRABAJO

tiempo, porque demoran mucho el trasplante; o sea, están en tiempo de espera varios meses. El costo adicional que significa el enviarlo a otra Ipress, evidentemente tienen su ganancia. Entonces, sí pensamos que en un futuro la necesidad de tener trasplante de médula en nuestro hospital, en el PIB 2, sería muy importante.

La siguiente.

Bueno estas son las atenciones de consultorio externo de Oncología, vemos ahí que en la pandemia bajó 8.000, 9.000 para otra vez en el año 2023, 2024, llegar a 13.000 y tenemos proyectado en el 25, 15.960 atenciones para pacientes con cáncer.

La siguiente.

Bueno, nuestro hospital, tenemos 12 médicos oncólogos, 5 hematólogos, adicionalmente, tenemos 2 psicólogos especializados en Oncología, tenemos un nutricionista que nos apoya todas las semanas, y en toda esta necesidad de contar con Oncología paliativa, no existe la especialidad como tal, pero si hay una maestría, entonces tenemos ya un médico que está haciendo la maestría con la intención de aperturar oncología paliativa en nuestro hospital.

No hay oncólogo pediatra, la necesidad, todos los pacientes pediátricos que tienen una neoplasia son transferidos al INEN o a otra o al Instituto Nacional del Niño.

La limitación que tenemos ahí es que necesita ser pediatra para ser después oncólogo-pediatra. Entonces, no puedo formar a mis ... o sea, no puedo capacitar a mis oncólogos para que sean pediatras, o sea es Oncología pediátrica. Necesita, más bien, los pediatras que formen oncólogos-pediatras. Tenemos cuatro consultorios, mañana a tarde, lunes a viernes, bueno el consultorio de psicología y de nutrición.

Tenemos un ambiente de quimioterapia. Está en el hospital antiguo todavía, esperamos que en la nueva construcción tengamos también quimioterapia, se hacen 480 quimioterapias al mes que compartimos junto con hematología. **(3)**

La siguiente.

En cuanto a radioterapia, si bien es cierto nosotros no contamos con radioterapia en nuestro hospital, pero sí tenemos un radioterapeuta que es el que de alguna manera evalúa, controla, es la IAFA-Saludpol que envía a los pacientes para radioterapia, en algún momento fue al INEN, pero el INEN ya tiene una capacidad muy saturada, entonces, envía a otras Ipress, se han atendido 640 radioterapias al año, la mayoría son pacientes oncológicos,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

620, hay otras radioterapias que también las envían por meningiomas y otras patologías.

Esperemos que en el nuevo hospital ya está previsto que haya radioterapia.

La siguiente.

En cuanto a la capacidad para el diagnóstico tenemos un resonador, se hacen más o menos 800 procedimientos mensuales, no todos son oncológicos, evidentemente, tenemos un tomógrafo de 1700 procedimientos mensuales, lo bueno que el hospital nuevo tiene equipos nuevos, entonces, por ahora no tenemos esa dificultad, de repente, de un recambio de equipos, tres equipos de ecografía, que es poco todavía para la cantidad de pacientes que tenemos, uno de ellos es para mama, otro para eco-doppler y uno para procedimientos generales.

Uno de los primeros hospitales que tiene autorización del IPEN para usar medicina nuclear es nuestro hospital, hace muchos años se hacía braquiterapia y tenemos la capacidad de tener cámara gamma, se hacen 150 gammografías mensuales, el page scan que también es importante para nuestros pacientes se terceriza, se envía a otras Ipress, también se hace rastreo yodo tiroideo; para poder aperturar la medicina nuclear era necesario contar con un físico nuclear que ya lo tenemos y un médico nuclear que también está encargado de ello.

La siguiente.

Anatomía patológica muy importante para el diagnóstico de la oncología, si bien es cierto vemos todo tipo de patologías, se hacen más o menos 8700 estudios de citología, aumentaron en el 24 a 10 000 y aún así todavía por la tecnología se puede mejorar esto y biopsias 15 000 casos en el año 24.

En algún momento nos estuvieron apoyando consultores porque, evidentemente, la patología oncológica es muy importante y a veces se puede tener... necesitamos un respaldo de un especialista y por momentos hemos tenido médicos consultores del INEN que nos han apoyado en ello.

La siguiente.

Bueno, en el mundo histoquímica tenemos más o menos 98 por mes en el año 23 y actualmente eso se ha incrementado a 318, como pone ahí, justamente, este es un *slide* de la jefa de anatomía patológica, que la optimización de la entrega de resultados sería ideal si contásemos con dos micrótomos y una máquina automatizada para inmuno-histoquímica que, ojalá, se pueda agenciar y ver la forma de cómo adquirirlo.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

La siguiente.

De gastroenterología, los endoscopios se hacen 7365 endoscopias al año, muchos de ellos, pues, la patología como hemos visto, tanto gástrica como oncológica, son necesarias. Tenemos también el test del aliento para helicobacter pylori.

La siguiente.

En ginecología, bueno, en general en cirugía tenemos 20 cirujanos, de los cuales son cuatro que tienen el expertise de cirugía oncológica; sin embargo, a veces los pacientes nos dicen «este doctor no es cirujano oncólogo», entonces, si bien es cierto tiene el expertise, ahí hemos tenido un poquito esa deficiencia y contamos actualmente ya con un cirujano oncólogo, un ginecólogo oncólogo, tenemos un cirujano de tórax especialista en oncología, todos ellos son CAS, no contamos con traumatólogo oncólogo, muchos de nuestros pacientes traumatológicos son transferidos al INEN y tampoco con neurocirujano-oncólogo, aunque ello se resuelve bastante en nuestro hospital. Hay ocho intervenciones mensuales oncológicas, no es mucho, tenemos 30 camas de cirugía y esto más o menos sí lo estamos cumpliendo.

La siguiente.

Bueno, en cuanto a la implementación de la historia clínica electrónica, ahorita está en el proceso de marcha blanca, realmente ha sido un cambio muy bueno, prácticamente ya laboratorio lo podemos ver de manera digital. La limitación que tenemos un poco es que mucho de la atención oncológica es con foto de anatomía patológica, etcétera, y eso nos dificulta un poquito, pero estamos bastante bien, falta todavía que radiología complete subir el informe a la historia clínica.

La siguiente.

Bueno, esta es la prevención de control del cáncer, estos son los exámenes de mama que es un examen físico-clínico que se hace ya no en el hospital central, sino a nivel de Ipress a nivel nacional, el papanicolau se ha llegado a 14 370 en el 23, sin embargo, en el 25 y esto ha disminuido en el 24-25 y esto lo vemos un poquito con alarma por lo que habíamos comentado, queremos que el programa para despistaje nos apoye completamente porque es la limitación que tenemos, tanto para el papanicolau, las pruebas, la lectura de láminas.

Entiendo que en aras del tiempo esto es la parte que me toca, la parte ya de presupuesto lo dejo al mayor Bautista para que nos explique un poquito los fondos, los medicamentos de alto costo.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**El señor PRESIDENTE.**— Agradecemos al doctor Paredes la presentación y vamos a dejar en el uso de la palabra al doctor Edwin Bautista.

**El REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DEL INTERIOR, señor Edwin Bautista Vázquez.**— Gracias, señor presidente, buenos días, señor presidente, buenos días, congresistas, buenos días, representantes de las diferentes entidades.

En la siguiente diapositiva, siguiente por favor, vamos a presentar básicamente la evolución de la asignación presupuestal que, bueno, son los recursos básicamente de nuestra IAFA en las transferencias del año 23, 24 y 25.

Es importante tomar en cuenta esto ya que, de ahí a sucesivo, en las sucesivas vistas, vamos a observar que las transferencias que hace a nuestra IAFA no llegan a cubrir al 100% nuestro requerimiento y necesidad, no solamente para medicamentos oncológicos, sino también para medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios que usa nuestra sanidad.

El 2023, por ejemplo, hubo una transferencia neta de ciento quince millones de soles, de los cuales cinco millones se emplearon en la compra de 30 medicamentos y los otros 35 medicamentos que vemos en la segunda línea corresponden a recursos ordinarios provenientes básicamente de aplicaciones presupuestarias que hemos tenido que acudir al MEF para que nos pueda, pues, ampliar un poco el presupuesto y poder cubrir la necesidad de los medicamentos.

Igual pasó en el año 24, 61 medicamentos por ocho millones de soles con los recursos que nos hace la transferencia la IAFA, y por recursos ordinarios 16 medicamentos por aproximadamente medio millón de soles.

Actualmente, estamos ya en una transferencia de cuarenta millones de soles, sin embargo, tenemos previsiones que hay que canjear, contratos pendientes y también cubrir no solamente medicamentos oncológicos, sino como les había mencionado otros dispositivos médicos, otros medicamentos para diferentes servicios que atiende la sanidad.

Actualmente ya venimos, digamos, comprando 26 medicamentos oncológicos por un valor de medio millón de soles, pero en la siguiente diapositiva, siguiente, por favor, siguiente, antes de entrar en la parte netamente de los requerimientos, queremos mencionar acá que nuestro petitorio de medicamentos está constituido por 1032 medicamentos, de los cuales 809 pertenecen al PNME, están dentro del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales, de los cuales 54 son medicamentos oncológicos.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Tenemos un grupo dentro de nuestro petitorio que son los medicamentos no esenciales, dentro de los cuales están los de alto costo. Estos medicamentos son supervisados y vigilados por el comité farmacoterapéutico y está en constante evaluación, de los cuales 17 pertenecen a medicamentos oncológicos, con un total de 71 dentro de nuestro arsenal terapéutico en el petitorio, netamente para pacientes oncológicos.

Siguiente, por favor.

Esta era más o menos la vista que queríamos mostrarles, en la cual los medicamentos solamente, ahí está bien, los medicamentos en sí nos demandan un requerimiento por sesenta millones de soles.

Solamente medicamentos oncológicos del año 24, al hacer el pedido de 65 medicamentos nos salió un importe de catorce millones de soles, sin embargo, como hemos visto en las diapositivas anteriores, no hemos coberturado el 100% de esta necesidad.

Siguiente, por favor.

Para el año 25 hemos pedido 75 medicamentos por un valor de veinticuatro millones de soles, estamos viendo que las transferencias que hace nuestra IAFA son, digamos, no llegan a coberturar o no llegan a coberturar el 100% de lo que queremos comprar y poder así atender la necesidad y demanda de nuestros pacientes oncológicos.

Siguiente.

Esto es, digamos, el detalle más o menos de las fechas de las transferencias y hay que ver más o menos las fechas, y esto es muy importante ya que, si el recurso económico viene muy tarde, lanzar los procedimientos de selección para comprar medicamentos de alto costo nos resulta un poco complicado.

Entonces, ahí es un poco donde tendríamos que ver la forma de cómo ajustar estas fechas, de tal manera que el recurso económico llegue a la Unidad Ejecutora 020, que es nuestra unidad que realiza las compras, y de esa manera poder lanzar los procedimientos de selección en las fechas adecuadas y poder lograr la compra oportuna y eficiente de los medicamentos, en este caso para nuestros pacientes oncológicos.

Siguiente.

Acá he presentado un listado de medicamentos oncológicos esenciales.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

En la siguiente diapositiva vamos a ver, siguiente, por favor, cómo ha venido evolucionando la disponibilidad de medicamentos en el tiempo.

Desde el año pasado hemos hecho el seguimiento a la disponibilidad, es decir, a los medicamentos que se encuentran enorme stock y sobre stock dentro de lo que son las farmacias, en este caso la farmacia oncológica, y vemos que en el caso de los medicamentos esenciales, que son los que están dentro del PNME, hemos llegado, sí, en algunos puntos del año pasado a tener una disponibilidad de nivel regular; sin embargo, actualmente nos encontramos por el tema de la transferencia presupuestal, nos encontramos ya en un nivel bajo y estamos con una tendencia hacia la baja.

Actualmente, sé que Saludpol está haciendo los esfuerzos necesarios para poder hacer las transferencias en los momentos oportunos, pero es insuficiente, y por ende con el tiempo, pues, vamos a ocasionar, de repente, problemas en la salud de nuestros pacientes.

Siguiente.

Acá presentamos un listado de los medicamentos de alto costo que tenemos dentro de nuestro petitorio. El requerimiento neto está valorizado en dieciséis millones de soles, en la siguiente, pero acá viene el problema álgido con los medicamentos de alto costo que tenemos en nuestro petitorio.

Siguiente, por favor.

La disponibilidad de medicamentos de alto costo desde el año pasado es muy baja, ya que no tenemos la transferencia económica en el momento oportuno para poder lanzar los procedimientos de selección.

Como habíamos visto en la diapositiva anterior, tenemos medicamentos que van por montos de todos tres millones de soles para poderlos lanzar al mercado o a los procedimientos de selección, pero si no tenemos el recurso económico en el momento oportuno no se va a poder cumplir con los plazos y atender la demanda al 100% de nuestros pacientes.

Actualmente, estamos al 25% de disponibilidad en este grupo de medicamentos y, obviamente, sí es una deficiencia que tenemos en nuestra sanidad con respecto a los medicamentos oncológicos.

Siguiente.

Y con respecto a los planes de coordinaciones institucionales, a la fecha no tenemos convenios de tipo prestacional. Teníamos un convenio con el INEN, pero hace unas semanas acaba de

## DOCUMENTO DE TRABAJO

concluir, Saludpol está haciendo las coordinaciones para poder reactivar o ampliar este convenio y actualmente tenemos convenios de índole educativo con otras instituciones.

**EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ, coronel Ricardo Paredes Salazar.**— Solo un comentario, señor presidente, entendemos que hay programas por la Ley del Cáncer por los cuales los medicamentos de uso convencional no tendrían que, o sea, son costo cero, pero hasta ahora nuestra institución todavía le paga a Cenares el costo de estos medicamentos.

Yo quería consultar al respecto, no sé si hay un representante de Cenares o a través suyo, si es que todavía nosotros tenemos que pagar a Cenares por estos medicamentos de la Ley del Cáncer, en principio entendemos que no y utilizaríamos ese presupuesto para los pacientes de alto costo.

Gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Vamos a dejar para la estación de preguntas todas estas observaciones porque lo que es inherente a uno nos toca a todos, no son excluyentes.

Vamos a continuar con la presentación del doctor Alan Querevalu, director de Sanidad del Ministerio de Defensa, a fin de que informe respecto a la situación de la atención oncológica en las Fuerzas Armadas.

**EL DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL MINISTERIO DE DEFENSA, señor Alan Querevalu Olivares.**— Señor doctor, Alejandro Aguinaga Recuenco, presidente de la Comisión Especial Multisectorial en relación a la Prevención y Control de Cáncer, muy buenos días a todos los presentes, a los señores congresistas enlazados virtualmente.

Represento al sector Defensa, Ministerio de Defensa, soy el director de la Dirección de Sanidad, la máxima autoridad sanitaria del sector Defensa.

En estos momentos permítame, a través de usted, darle la palabra al señor comandante Portugal de la Marina de Guerra y, posteriormente, a la comandante Sotomayor para que den inicio en referencia al cáncer del (4) de vista institucional, Marina de Guerra.

**El señor PRESIDENTE.**— Le concedemos el uso de la palabra al doctor.

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ, señor Francisco Portugal Tello.**— Señor presidente, muy buenos días.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Soy el capitán de navío Francisco Portugal Tello. Señores congresistas, señores representantes de las entidades.

Bueno, el que le habla es el director de las IAFAS Marina de Guerra del Perú, y me acompaña la capitán de fragata Giannilú Sotomayor, en representación del director de salud de la Marina, y ella, como jefa del servicio de Oncología, también ha preparado una exposición.

Le voy a ceder la palabra para que haga la exposición respectiva, que trata sobre la parte operativa del tratamiento del cáncer en la Marina de Guerra del Perú, para posteriormente el suscrito informar el tema presupuestal desde IAFAS en el manejo del cáncer en la Marina de Guerra del Perú.

**El señor PRESIDENTE.**— Señora capitana, tiene usted la palabra.

**La JEFA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ, señora Giannilú Sotomayor Woolcott.**— Buenos días a todos.

Vamos a tocar el siguiente sumario: la capacidad operativa para el diagnóstico del Centro Médico Naval como Marina de Guerra del Perú, capacidad operativa para el tratamiento oncológico, implementación de la historia clínica electrónica, plan de mantenimiento, plan de reposición de equipamiento, implementación del sistema de gestión de calidad y de acceso oportuno de medicamentos.

En el caso de lo que es Marina de Guerra del Perú, contamos con un solo hospital, que es un nivel 3-1, que es el Centro Médico Naval que se encuentra en Bellavista-Callao.

En la imagen podemos ver el hospital, que es de nivel 3-1 y que cuenta con múltiples especialidades y áreas.

Siguiente, por favor.

Dentro de la capacidad operativa de lo que respecta a patología clínica, actualmente la Marina de Guerra del Perú cuenta con dos convenios a nivel de lo que es Lima y Callao con los laboratorios Suiza Lab y con SYNLAB, por lo cual el paciente oncológico puede acudir ya sea a cualquiera de las Ipress de estos dos laboratorios, ya sea dentro de la sede del Centro Médico Naval o del Policlínico Naval de San Borja, como en otras sedes de lo que es Suiza Lab. Así, el paciente oncológico no tendría por qué trasladarse y podría acceder a un local más cercano de los laboratorios.

Con respecto a radiología, contamos con los equipos tanto fijos como los portátiles. Contamos con un resonador de tres Tesla y tenemos dos tomógrafos: uno de 256 cortes y uno de mayores...

## DOCUMENTO DE TRABAJO

bueno, ya pasó su vida útil, de 16 cortes, pero contamos con todas estas capacidades.

Disculpe, señor...

**El señor PRESIDENTE.**— Continúe, por favor, salvo que me conceda un minuto porque la congresista Portalatino está solicitando la palabra.

Congresista Portalatino, puede intervenir.

**La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).**— Muchas gracias, presidente.

Presidente Aguinaga, primero felicitarle a usted por esta gran importancia a la salud pública oncológica de todos nuestros hermanos del cuerpo de Policía del Perú y de nuestros hermanos de Defensa, dentro del ministerio de dicho nombre.

Primero, ante la exposición por parte de nuestras autoridades que han antecedido, presidente, Saludpol que representa las instituciones hoy. Hemos sido muy oyentes ante esta exposición y es gravísima la situación que ejerce Saludpol.

Presidente, a través suyo, por favor, que quede constancia de que se requiere, con carácter de urgencia, que el señor ministro del Interior inmediatamente reestructure Saludpol, porque hoy hemos visto que ha fracasado. Desde su creación hasta la fecha ha fracasado, porque no vemos, pues, esa correcta transferencia económica que hoy pide a gritos no solamente el hospital central de la PNP, que se encuentra prácticamente, pues, abandonado porque no es unidad ejecutora, donde ellos tendrían la capacidad para poder articular para que esto se haga una realidad y no dependan económicamente, siendo una sede central que se encuentra embalsada con casos quirúrgicos, con casos de consultorios externos, laboratorios.

Usted, como exministro y con la experiencia que tiene, ha visualizado la gran necesidad de esta población, y sobre todo la parte del pobre recurso humano en médicos especialistas, específicamente en materia oncológica.

En ese sentido, somos conscientes, presidente, que hoy, hoy le toca un reto muy importante al señor ministro del Interior. Primero, es sentar al representante de Saludpol y que explique y que brinde un diagnóstico situacional y qué acciones ha venido realizando hasta la fecha, porque vemos que no ha cambiado. Hoy nuestros hermanos que se atienden en las diferentes IAFAS a nivel nacional tienen un límite presupuestal.

Ya lo he mencionado: las IAFAS tienen pobre presupuesto a nivel nacional, y muchas de ellas se encuentran también con deudas, y de las cuales no han sido, pues, canceladas, y limita la atención

## DOCUMENTO DE TRABAJO

oportuna y eficiente a nuestros hermanos de la policía, y eso permite que las enfermedades neoplásicas avancen y generen un efecto, no solamente al paciente el maltrato, sino a la familia, con un colateral.

De igual manera, presidente, quiero mencionar que el señor ministro del Interior tiene la gran responsabilidad de liderar y solicitar con carácter urgente en la sesión de Consejo de Ministros, para que pueda solicitar la ampliación del presupuesto, para poder aumentar de lo que ya requieren, no solamente para medicamentos esenciales, que es dentro de los protocolos sanitarios oncológicos, de acuerdo a las guías clínicas hoy vigentes, sino estamos hablando de un presupuesto en materia de alto costo, o sea, medicamentos farmacológicos oncológicos de alto costo, que hoy se requiere un trabajo articulado, tanto Ministerio del Interior, tanto la autorización por parte del MEF, y por supuesto del Ministerio de Salud a través de Cenarios.

Pero hay que ser claros, presidente. ¿Por qué se caen las licitaciones? También las licitaciones para acceder a algunos fármacos oncológicos de alto costo y algunos que son esenciales dentro del PNUME que se encuentra, pues, hoy vigente. Es porque hay concertación de precios y la concertación de precios es por los monopolios farmacéuticos que hoy están manejados por estos sistemas.

En ese sentido, presidente, para mí, finalizo diciendo que eso se requiere con carácter urgente, no solamente la reestructuración de Saludpol, sino dotarles de médicos especialistas a nivel nacional, porque hoy los hospitales a nivel nacional o centros de salud a nivel nacional que se encuentran en las regiones... es crítico, es crítico, presidente, se encuentran desabastecidos y, sobre todo, no hay médicos especialistas para atender sus demandas, que hoy se requieren con bastante urgencia.

Es por ello, presidente, que para mí ha sido muy importante este punto de agenda, y saludo esa iniciativa porque permite visibilizar la crisis institucional por parte del Ministerio del Interior, y esperamos respuestas por parte de... y que tome la mejor decisión el ministro del Interior. Si no, tomaremos decisiones también como bancada.

Muchas gracias, presidente.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, congresista Portalatino.

Tomamos con muchísimo interés las observaciones y las propuestas que ha realizado.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Continuamos con la sesión y le volvemos a dar el uso de la palabra a la doctora.

**La JEFA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ, señora Giannilú Sotomayor Woolcott.**— Bueno, para continuar en el tema de la anatomía patológica, nosotros sí desarrollamos lo que, aparte de la citología, la inmunohistoquímica y algunos estudios moleculares, en caso de que no tengamos la capacidad, lo tercerizamos con la IAFAS, y en adición tenemos un patólogo oncólogo de planta, así como un externo, que es el que nos da sustento y nos apoya como un referente.

Hacemos radiología intervencionista. Específicamente, nosotros no tenemos a alguien de planta, pero sí tenemos un médico contratado. Hay un médico que hace la evaluación y ese médico viene a hacer los procedimientos. Entonces, siempre hay una coordinación previa.

Para iniciar mejor la diapositiva, para hacerle contacto a lo que es la capacidad operativa, en lo que es la capacidad operativa. En lo que es patología clínica, nosotros tenemos dos laboratorios. Nosotros tenemos el servicio de laboratorio tercerizado. En lo que es el Centro Médico Naval, tenemos a la empresa Suiza Lab, la cual nos permite que nuestros pacientes puedan tomarse sus muestras en todas las sedes y locales de este laboratorio, y tenemos el Synlab, que está en el Policlínico Naval de San Borja.

Nuestros pacientes oncológicos que se tratan en el Centro Médico Naval pueden ir a cualquiera de estas dos sedes para poderse tomar sus análisis.

En el tema de radiología, contamos con equipos de radiología portátiles y fijos, tenemos ecógrafos de alta gama, tenemos el resonador de tres teslas y tenemos dos tomógrafos. Uno de doscientos cincuenta y seis cortes y el de dieciséis cortes.

En lo que es patológica, hacemos [...?] citología, hacemos estudios moleculares y en caso de que no tengamos los reactivos, eso se deriva para la parte externa y, aparte de un médico de planta como oncólogo, tenemos un referente.

Radiología intervencionista sí desarrollamos; contamos con una sala híbrida, la cual nos permite cualquier tipo de procedimientos. Se puede hacer por tomografía o ecografía también. Tenemos un médico contratado en el [...?] viene por los pacientes en forma específica y un médico que hace la evaluación previa.

Y tenemos medicina nuclear, que pronto está para renovación del equipo. En el caso de los PET/SCAN, como en el caso igual que la Policía, nosotros también lo tercerizamos.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Siguiente, por favor.

Con respecto a la capacidad operativa en el tema del personal y los recursos humanos, en cirugía oncológica no contamos con un cirujano oncólogo de planta, pero contamos con un consultor externo, tanto del área de cirugía oncológica como genitourinaria. Sí tenemos a un ginecólogo oncólogo de planta, así como tenemos dos mastólogos.

En lo que es medicina oncológica, somos seis médicos oncólogos, un hematólogo que ve la parte [...?], y tenemos cuatro licenciados especializados en oncología. En adición, tenemos un auditor oncológico externo, tanto a nivel de la IAFAS, como un referente que nos apoya en el tema del diagnóstico y manejo.

Lo que es radioterapia, muy similar a la policía, nosotros no contamos con el equipo; lo tercerizamos a través de las IAFAS. Pero eso sí, si nuestros pacientes requieren un inicio de tratamiento como emergencia, el paciente puede ser atendido dentro de las 24 horas.

Las camas hospitalarias en sí, nosotros no tenemos un servicio de oncología, no tenemos camas propias del servicio. Hay doscientos veintidós camas, pero el paciente oncológico jamás se va a quedar sin una cama para hospitalizarse.

En caso de que el paciente requiera aislamiento invertido, también tenemos áreas competentes. Se desarrollaron dos cuartos con presión negativa y tenemos cuartos con presión negativa y presión positiva para los pacientes, y eso se hace según los requerimientos.

En el tema de las cirugías y los turnos, como en todos los hospitales, hay una lista de espera, pero en el caso de los pacientes oncológicos se priorizan para el tema del manejo; hay manejo multidisciplinario con los servicios, tanto de oncología como la parte quirúrgica y anestesiología.

En oncología pediátrica no contamos con un oncólogo pediatra, pero nosotros tenemos un *staf*, tenemos un *staf* de tres médicos oncólogos y una enfermera licenciada especializada en oncología pediátrica; se da según la demanda de los pacientes.

En el caso de que tengamos un diagnóstico de leucemia aguda, la atención es de forma inmediata. Se hace un diagnóstico precoz e inicia tratamiento a la brevedad mientras va corriendo el resto del estudio con previo flujo o el estudio de hasta histocompatibilidad, que también se puede lograr hacer.

En el caso del banco de sangre, somos un banco certificado, tenemos ISO, hacemos cantidad de campañas a nivel de todas las

## DOCUMENTO DE TRABAJO

dependencias de la Marina de Guerra, y no tenemos ningún problema con el tema del soporte sanguíneo.

En el caso de trasplante de médula, no está cubierto por nuestro seguro. Nosotros tenemos un seguro con la Naval, un seguro facultativo, pero sí se ha hecho en algún momento un trasplante autólogo.

Siguiente, por favor.

La historia clínica electrónica todavía está en implementación; estamos trabajando en eso, hay bastante data que se tendría que ingresar. Tenemos historias de más de cincuenta y sesenta años, pero es un logro, un objetivo que lo haremos a corto y mediano plazo.

Siguiente, por favor.

Con respecto al mantenimiento de equipamiento biomédico e infraestructura. El Centro Médico Naval hace al hospital referente de la Marina de Guerra del Perú, hace requerimiento a la división de salud, o sea, hace un listado priorizado para el tema de mantenimiento, se consolida a través de lo que es la logística y ellos son los que nos logran el contrato con las entidades externas.

Con respecto al plan de reposición de [...] biomédico, contamos con un plan maestro, en el cual se evidencia la vida útil del equipo, así como se prioriza. ¿Por qué? Porque si mi plan maestro me dice que yo tengo que renovar el día de hoy un ecógrafo, pero si yo tengo prioridad en renovar una torre de laparoscopia, voy a renovar la torre de laparoscopia. Por eso es algo muy dinámico; se conversa, se dialoga, tanto la parte del Centro Médico Naval como la Dirección de Salud.

Siguiente.

Con respecto a la gestión de calidad, **(5)** el Plan Onconaval, que es un plan facultativo, ¿qué nos va a asegurar a nosotros? Nos asegura acceso equitativo con todos los pacientes, independientemente del grado, independientemente de la edad.

Todos sus afiliados tienen la cobertura en forma equitativa y en forma oportuna. Es una atención especializada la que recibe. En caso nosotros no tengamos un especialista, lo traemos al especialista o lo sacamos fuera para que pueda ser evaluado.

Contamos con 12 Guías de Práctica Clínica, con resoluciones directorales. Tenemos la evaluación de la adherencia a guías de todos los profesionales de la salud del área de oncología, hacemos un manejo multidisciplinario, tenemos consultorio de nutrición, de psicología, manejo del dolor.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Tenemos un comité de manejo paliativo, en el cual hay médicos de anestesiología, de medicina intensiva, de geriatría, de oncología, de pediatría, para hacer un grupo o tomar decisiones en grupo, por así decirlo.

Contamos con un comité de cáncer, contamos con un comité de tumores que se activa cuando hay casos de difícil diagnóstico.

Tenemos una auditoría interna y externa por la IAFAS-FOSMAR, tenemos planes de mejora, y reuniones mensuales que no solamente nos reúne a la parte asistencial, sino que nosotros tenemos la oportunidad de dialogar con la Dirección de Salud y con la misma dirección de los fondos, con DIFOSMAR, DISAMAR y DICEMENA, y esto hace que este flujo funcione.

Por eso que si yo tengo un paciente que requiere el día de hoy una radioterapia de emergencia, yo lo puedo estar sacando antes del mediodía para tratamiento, porque hay una buena comunicación y diálogo entre las tres partes.

Siguiente, por favor.

Nosotros por el tema del plan básico, contamos con 435 medicamentos coberturados, la mayoría de ellos en PNUME y otros que se han agregado según la demanda.

En el caso del Plan Onconaval, nosotros tenemos dos petitorios, bueno, dos grupos de petitorios, el Grupo Alfa, que tiene 228 medicamentos, y el Grupo Bravo, que tiene 54 medicamentos. Este último grupo, acá tenemos los medicamentos de alto costo. Todos nuestros pacientes inician el tratamiento a la semana o a las dos semanas del diagnóstico.

Nosotros, por ejemplo, tengo un paciente con un diagnóstico, le inicio la quimioterapia, mientras me va llegando la inmunoterapia.

¿Cómo es el manejo con nuestros pacientes? Primero, el Centro Médico Naval, por medio del Servicio de Oncología, solicita el medicamento, obviamente sustentándolo, sustentándolo, diciendo: "yo requiero este paciente, este paciente tiene este perfil", se lo informa a la Dirección de Salud, la Dirección de Salud se lo informa al DIFOSMAR, hay una coordinación, se autoriza y se dispensa. Todo este proceso dura menos de 48 horas.

A veces el problema de tener el medicamento muchas veces es que el abastecimiento médico, el que hace el requerimiento pide a las empresas y el internamiento de estas drogas son de 7 a 10 días, y esa es la demora ¿no? Pero, nosotros iniciamos, por ejemplo, con la quimioterapia y le anexamos en el momento oportuno la inmunoterapia en el caso de los medicamentos de alto costo.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

El año pasado, por ejemplo, el gasto de los medicamentos de alto costo ha superado los 24 millones, solamente considerando los medicamentos del Grupo Bravo, no contando con las atenciones extrainstitucionales, que se pueden dar por el tema del PET SCAN, la radioterapia o los otros restos de los medicamentos del Grupo Alfa, ¿no?

Eso es todo de la parte del servicio, señor.

**El señor PRESIDENTE.**— Muchas gracias por la presentación.

No sé si el doctor Querevalu, quiera continuar.

**El señor** .— Señor presidente, bueno, a continuación como Director de las IAFAS y administrador de los fondos, o los recursos que van destinados al Sistema de Salud de la Marina, comentarles que si bien es cierto, recibimos el aporte del 6% del Estado, ese presupuesto que recibimos como IAFAS, está destinado para la atención solamente del plan básico. Si hay algún tipo de tratamiento del cáncer, con ese plan básico solamente actuamos hasta el tema del diagnóstico.

La siguiente diapositiva, por favor, para ir entendiendo el tema.

Bueno, como IAFAS, Marina de Guerra del Perú, nosotros tenemos un total de afiliados, entre titulares, cónyuges, derechohabientes, en este caso hijos, hijastros y hasta padres y suegros, afiliados al plan básico. Como se puede apreciar en la diapositiva, tenemos noventa y ocho mil personas. Y afiliados a nuestro Plan Onconaval noventa y seis mil personas. Más de un 95% de nuestros afiliados están coberturados con un seguro oncológico.

Pero la particularidad que tiene esta afiliación con este seguro oncológico, como bien ya lo ha mencionado la comandante, este es un plan complementario; por lo tanto, es un plan voluntario y eso tiene un costo, esto tiene un pago de prima. Ese cobro de la prima lo administramos nosotros, y ese cobro efectuado y lo que se recaude en el año por pago de esa prima oncológica, ese dinero es usado única y exclusivamente en el tema del tratamiento del cáncer.

La siguiente, por favor.

Bueno, estas son nuestras primas para un modo de conocimiento de lo que nosotros cobramos en la actualidad, para coberturar a nuestros noventa y seis mil afiliados, si en algún momento requiriesen del uso o de la activación de este plan ¿no?

**El señor PRESIDENTE.**— ¿El afiliado la paga o la paga la institución?

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**El señor** .- El afiliado. El afiliado de su bolsillo hace los aportes de acuerdo a esas primas ¿no?

Relativamente son, a comparación del mercado, son recontra bajas. Pero mal que bien, nuestro plan ha tenido en algún momento, el último incremento ha sido el año 2022 de primas que cobrábamos entre 9 y 10 soles, ahora estamos en 23 soles. Obviamente, estos incrementos se hacen con un sustento de estudios matemáticos actuariales para poder determinar cuánto es lo que necesitaríamos para que nuestro plan siga siendo sostenible en el tiempo.

La siguiente, por favor.

Esto es un histórico, de hace dos años, de lo que nosotros recaudamos del cobro de esas primas para el sustento de nuestro aseguramiento en el tema oncológico.

El año 2023, con la cantidad de afiliados, hemos tenido unos ingresos de veinte siete millones; y 2024, veintisiete, casi veintiocho millones. Y la proyección del presente año, como ya todos sabemos, con el incremento de nuestras remuneraciones, también se va a ver incrementado el presente año la recaudación de este fondo. Con esto es lo que nos manejamos anualmente, para lo que es el tema del tratamiento del cáncer.

La siguiente, por favor.

Bueno, con respecto a la diapositiva anterior, dentro de esos veintisiete millones, obviamente está dividido en el grueso, que es la adquisición de medicinas. También hay una parte considerable, que es el pago de nuestras atenciones extrainstitucionales que tenemos. Como ya lo mencionó la comandante, en algunos casos, si no tenemos el soporte dentro de nuestra IPRESS preferente, que es el Centro Médico Naval, tenemos convenios, como lo estamos manifestando en esta diapositiva.

Nosotros tenemos prácticamente coberturado o lo que se ha tratado, porque la Marina tiene presencia casi en todas las regiones del país, teniendo una buena población, y nos hemos visto en la necesidad de también buscar alianzas con IPRESS, tanto privadas como públicas a nivel nacional, para que nos den el soporte correspondiente y nuestros pacientes puedan ser atendidos sin la necesidad de estar acá.

La siguiente, por favor.

Bueno, ¿qué es lo que hemos hecho con respecto a campañas en exámenes preventivos?, porque no solamente vemos el tema ya cuando la preexistencia está, sino tratamos de hacer o que en Marina haya una cultura preventiva, que es lo que podría ser un talón de Aquiles en el tema este del cáncer. Y hemos venido ya,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

desde hace dos años atrás, teniendo convenios con clínicas que nos puedan dar el soporte de poder mandar a nuestros asegurados.

Ellos solamente con el pago de la prima correspondiente, tienen el acceso anualmente de hacerse exámenes preventivos. Es una demostración con las IPRESS, con las cuales hemos tenido convenio a nivel nacional, desde agosto del 2023 a septiembre del 2024, la cantidad de exámenes que hemos ido realizando de manera preventiva.

La siguiente por favor.

Esto es el año pasado, acá solamente en el área de Lima y Callao.

Y la última diapositiva, -la siguiente, por favor- es el presente año, ya con otra IPRESS, y a la fecha, lo que vamos teniendo como exámenes preventivos.

La siguiente, por favor.

Bueno, eso era la información de acuerdo a la agenda solicitada, que el Ministerio de Defensa nos había hecho llegar para que sea presentada, señor presidente, en esta comisión y espero, bueno, si hay alguna consulta después, pueda ser absuelta tanto por el suscrito como por la comandante Sotomayor.

Muchas gracias, presidente.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias por la presentación.

Y sí, vamos a tener estación de preguntas para que los que participan puedan esclarecer algunos conceptos u observaciones que señalen.

Doctor Querevalu.

**El DIRECTOR DE SANIDAD DEL MINISTERIO DE DEFENSA, señor Alan Querevalú Olivares.**— Doctor, señor presidente, hay personal que por motivos institucionales de agenda no han venido, sin embargo, ¿me permite hacer las exposiciones, tanto del Ejército como de la Fuerza Aérea, por favor.

Fuerza Aérea del Perú, por favor.

Sí, a David. A David.

Al señor David, [...?].

No, no es.

¿No?

Señor David.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**El señor PRESIDENTE.**— En tanto puedan instalar, vamos a dejar en el uso de la palabra a la doctora María Elena Fernández, Directora del Proyecto de Proinversión, a fin de que informe respecto a los proyectos de inversión por mecanismo de Asociación Público-Privada. (6)

**LA DIRECTORA DE PROYECTOS DE PROINVERSION, señora María Elena Fernández Cervantes.**— Buenos días.

Muchas gracias, congresista Aguinaga. Buenos días a todos los presentes en esta sala.

Muchísimas gracias por la invitación.

Traigo el saludo del director ejecutivo de Proinversión, el doctor, el señor Luis del Carpio.

Efectivamente, soy la directora de proyectos en temas de salud, y nosotros recibimos los encargos de los sectores que forman parte del sistema de salud, para desarrollar proyectos, bajo la modalidad de asociación público-privada.

En este caso, nosotros hemos recibido el encargo del Ministerio de Defensa, para desarrollar uno de los primeros proyectos emblemáticos que tiene el Ejército del Perú, que es el Hospital Militar Central.

Por favor, si pueden hacer la presentación, se los agradecería muchísimo.

En tanto hagan la presentación, quiero comentar, de que nosotros lo que hacemos es, desarrollar proyectos de infraestructura y servicios públicos. Ese es el encargo principal.

Proinversión no interviene propiamente en la gestión médica o clínica, salvo que el encargo sea un proyecto de bata blanca, que sea un proyecto integral.

Dentro de los proyectos de asociación público-privada tenemos tres modalidades: Una, la denominada bata gris, que solamente se encarga la operación y mantenimiento de servicios generales: llámese lavandería, alimentación, seguridad, etcétera, donde no hay ninguna participación de una actividad médica. Eso lo denominamos bata gris.

Un bata verde, es aquel servicio donde se adiciona al servicio de bata gris, servicios de apoyo al diagnóstico, donde hay alguna intervención de carácter clínico.

Por ejemplo, laboratorio; por ejemplo, esterilización, o también puede ser algún servicio de hemodiálisis, de diagnóstico por imágenes.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Ahí ya estamos hablando de un proyecto de bata verde.

Y hablamos de un proyecto de bata blanca, cuando todo el servicio, incluido la prestación médica, está derivada a un privado.

Si es la segunda, por favor...

Bueno, yo les pasé la presentación.

Bueno, he escuchado atentamente la problemática que tiene la Policía Nacional, con su reciente hospital que está operando con muchísimas dificultades, por temas de presupuesto y seguramente que es así.

Todo el sistema de salud atraviesa problemas de presupuesto, lo que no permite atender con oportunidad y con calidad a los pacientes, principalmente en el tema oncológico.

En el caso de la Marina de Guerra del Perú, la situación se torna diferente, ¿no?, porque han acudido a esa tercerización de algunos servicios, para poder atender con oportunidad a sus pacientes.

Entonces, justamente esos problemas de oportunidad de atención, del tema de gestión de medicamentos, o lo que es más importante, el equipamiento del hospital es el que una APP resuelve.

Entonces, vamos a ir presentando el primer proyecto, que está a cargo del Ministerio, o perdón, que fue encargado por el Ministerio de Defensa, y que es el Hospital Militar Central.

En el caso del Hospital Militar...

Sí, la siguiente, por favor.

El nuevo Hospital Militar Central, es una iniciativa privada. ¿Qué significa esto? Que una empresa privada, allá por el año 2016, presentó el proyecto, un proyecto integral a Proinversión para su desarrollo.

Fue declarado de relevancia por parte del Ministerio de Defensa, y todo este tiempo se ha venido desarrollando el proyecto.

El monto de inversión de ese nuevo hospital central es de mil trescientos veinte millones de soles, por un periodo de 30 años, que comprende: 5 años de diseño y construcción, además de un hospital de contingencia, y 25 años de operación y mantenimiento.

¿Qué implica este proyecto? Implica el reemplazo integral de la actual infraestructura, la que se ubica en la avenida Brasil y Pershing, y, además, el equipamiento total del hospital militar, que tiene una antigüedad de más de 60 años, y que debe ser

## DOCUMENTO DE TRABAJO

reemplazado por un moderno hospital que cumpla con las características de la categoría III-1.

Este diseño o este encargo, este proyecto, comprende 10 servicios no asistenciales denominados Bata Gris, y cuatro servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento, con recursos físicos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año, y el cumplimiento de exigencias de niveles de atención, que garantizan la sostenibilidad del activo, para una atención de salud de calidad, tanto para la población titular del hospital militar o del ejército del Perú y de sus derechohabientes, por todo el periodo del tiempo de vida del proyecto.

La siguiente, por favor.

La cartera de servicios que se va a concesionar junto con el diseño, la construcción y el equipamiento del hospital, se puede ver en la siguiente lámina.

Lo que le mencionaba al inicio, los servicios de bata gris, que son ropería y lavandería, alimentación, seguridad y vigilancia, gestión y manejo de residuos sólidos, la administración de los estacionamientos, porque van a haber más de 600 estacionamientos disponibles en sótanos, aseo, limpieza y manejo de vectores, gestión de almacenes, mantenimiento integral de la edificación y equipamiento electromecánico, asociado a la infraestructura.

El mantenimiento integral del equipo clínico y no clínico, lo cual implica también la reposición de ese equipamiento, al término de su vida útil o cuando estos equipos se malogren.

El mantenimiento de tecnologías de la información y comunicaciones, lo cual también implica en la historia clínica electrónica.

Hasta ahí tenemos todo lo que son servicios de bata gris y adicionalmente son cuatro servicios Bata Verde, que es esterilización, el servicio de patología clínica, servicio de hemodiálisis y diagnóstico por imágenes. Son 14 servicios que se van a incorporar a este nuevo proyecto hospitalario, y que va a ser concesionado por un periodo de 30 años.

Acá quiero destacar algo y que es la problemática justamente para el tratamiento del cáncer, o para este tema que nos convoca hoy, que es el equipamiento.

El equipamiento en todo el sistema de salud y en todos los hospitales del país, a lo largo y ancho, tienen mucha dificultad por temas de presupuesto, ¿no? Y además para su reposición, hay todo un trámite burocrático, que finalmente no se llega a concluir; y, por tanto, no hay una disponibilidad del

## DOCUMENTO DE TRABAJO

equipamiento que permita dar ese tratamiento, ya sea preventivo o un tratamiento de recuperación a los pacientes de cáncer.

Entonces, acá en este proyecto, estamos integrando la reposición inmediata del equipamiento, a cargo de un operador privado.

O sea, no va a ser el Estado, quien vaya a comprar con todos los procedimientos que implica, y se pueda dotar el equipamiento, sino va a ser una responsabilidad del operador privado, de acuerdo a unos indicadores y niveles de servicio.

Por eso es que ese tema de la disponibilidad del equipamiento es un elemento sumamente importante, que recién se están incorporando en los proyectos de asociación público-privada, a partir del año pasado.

Y esto es una gran novedad, porque el Estado siempre ha tenido una posición contraria, a que sea el privado quien compre el equipamiento médico, pero lamentablemente hemos visto que no hay esa oportunidad.

El privado maneja estrategias, maneja escala de precios, o sea, tiene una mejor posibilidad de negociación; y con ello también nos puede traer innovación y tecnología. Porque se malogra un equipo y se van al cementerio de los grandes almacenes, ni siquiera se pueden dar de baja, ni siquiera se pueden reponer y nosotros lo hemos visto esa situación, cuando hemos ido a hacer los diagnósticos a los hospitales, en los que estamos trabajando, y lamentablemente esa es una situación que el Estado no puede resolver.

Adicionalmente, hago un paréntesis, justamente el IREN del norte del país, las mismas personas que han estado con ustedes reunidos, han estado en Proinversión, porque quieren encargarse todo el tema del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, para que sea gestionado, desarrollado a través de Proinversión. ¿Por qué? Porque estos son proyectos que son financiados al 100% por el privado, y sólo y únicamente el Estado paga al privado, por la infraestructura, por el equipamiento y por los servicios, una vez que el hospital esté concluido y atendiendo al primer paciente.

Antes, el Estado no desembolsa un solo centavo. ¿Por qué? Porque el riesgo es totalmente transferido al privado.

Y, entonces, el privado tiene un incentivo, de diseñar en los tiempos justos, de construir con la mejor calidad. ¿Por qué? Porque se va a quedar operando 25 años más.

Porque tiene que dotar equipos de última tecnología y de buena calidad: alemanes, europeos, etcétera. Porque los va a tener que reponer, si es que se malogra.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Entonces, no pueden venir equipos de muy mala calidad, porque el riesgo está transferido.

Entonces, esta APP de los hospitales, tiene la gran ventaja: primero, de la reposición de los equipamientos con oportunidad.

Y, segundo, que hay una predictibilidad presupuestal.

Uno de los grandes problemas acá de todos es, no tengo presupuesto, hay que pedirle al Ministerio de Salud que aumente presupuesto o a Economía, y no lo dan. O sea, uno puede pedir 100, le dan 30, le dan 40.

Los contratos de APP, lo que garantizan, es una predictibilidad presupuestal, porque el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de Hacienda, asume el compromiso y la responsabilidad de retribuir estos contratos, por el periodo que se firmen, porque son contratos que tienen todas las seguridades y garantías del Estado peruano.

Y eso es algo que todos los que estamos acá, deberíamos entenderlo, internalizarlo, porque le escuchaba a la funcionaria Sotomayor, que decía, hemos tercerizado.

Claro, porque la tercerización de alguna manera nos resuelve el problema.

El privado está en mejores condiciones de gestionar, y uno solamente le paga un capital o le paga una tarifa, etcétera, y son ellos los que asumen el riesgo.

Pero a diferencia de la tercerización, un contrato de APP, ¿qué cosa es que lo diferencia o que lo fortalece?

Que los contratos de Asociación Público-Privada, por mandato de la ley, mínimo son de 10 años y máximo de 60.

Los contratos de tercerización son de un año, máximo de 3.

Lo que el privado no tiene un incentivo para incorporar mayor tecnología, mayor eficiencia.

En cambio, si es que nosotros le entregamos con estándares de calidad, con certificaciones internacionales y pagamos por su desempeño, la situación se torna diferente.

Uno de los grandes ejemplos de una APP exitosa, que es solamente Operación y Mantenimiento Bata Verde, es el Instituto Nacional del Niño de San Borja, que ustedes pueden visitarlo y la doctora Zulema Tomás, puede dar fe de ello, que funciona.

Y ahora estamos trabajando, lo vamos a ver en la segunda etapa de este Instituto del Niño de San Borja.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Y siempre el Ministerio de Salud dice, los presupuestos, los presupuestos y eso va a cambiar, va a cambiar. ¿Por qué? Porque justamente, antes para darle la disponibilidad presupuestal, ellos tenían que hacer un análisis de todos sus proyectos de inversión, de todas las modalidades, inversión pública G to G, obras por impuestos, etcétera.

Ahora, con la nueva Ley de APP que se está impulsando, lo que va a hacer es, que las APP van a tener una disponibilidad exclusiva para desarrollar proyectos, principalmente en temas sociales, como salud y educación.

La siguiente, por favor.

Luego tenemos, acá hay una estadística, ¿no? 295 000 beneficiarios, que es personal del ejército, activo y retirado, y todos sus derechohabientes. (7)

Tenemos anualmente el 100% de disponibilidad de la nueva infraestructura y del equipamiento y de los servicios en modalidad de APP, que va a permitir al personal atenderse con calidad esperada, se espera trescientas mil atenciones médicas, treinta mil atenciones de emergencia, quinientos cincuenta mil análisis de laboratorio sin retrasos, ciento diez mil diez\* pacientes de hospitalización, diez mil cirugías sin postergación.

Dentro del tema del tratamiento del cáncer, podemos decir... le decía que, en el Hospital Militar, se va a dotar con el equipo de resonancia magnética, un equipo de tomógrafo y todo lo que son el tratamiento de la quimioterapia. O sea, de acuerdo con su nivel III-1, este hospital va a tener todo el equipamiento y toda la implementación necesaria para el tratamiento del cáncer, patología clínica, radioterapia, quimioterapia ambulatoria, farmacia, etcétera.

La siguiente, por favor.

Cerramos con el Hospital Militar Central, que esperamos que este año se pueda declarar de interés el proyecto y se pueda adjudicar, porque también es un proyecto competitivo. Ya el Ministerio de Defensa está revisando la versión inicial del contrato, que justamente en este momento hay una reunión en Proinversión para discutir algunos aspectos del proyecto, pero esperamos que, en este año, podamos adjudicar.

El actual Hospital Militar se va a demoler completamente y en ese predio se va a construir la nueva infraestructura y el hospital de contingencia, se va a implementar en la parte posterior del hospital. El Ejército no quiso que la contingencia sea en Chorrillos, en otros establecimientos por las facilidades de acceso de sus beneficiarios, ¿no?

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Y entonces, ese hospital tiene más de 60, 70 años y ya está con grado de vulnerabilidad. Estamos trabajando intensamente, sabemos que el Ejército del Perú, el Ministerio de Defensa, no tiene presupuesto; sin embargo, Proinversión es parte del Ministerio de Economía y Finanzas y lo que estamos haciendo es, solicitar el apoyo de la Dirección de Presupuesto y ya nos han indicado que sí van a tener la disponibilidad para lograr concluir con este proyecto.

Luego, estamos con el Hospital General de la FAP, que también, dentro de su informe multianual de inversiones en asociaciones público-privadas, han incorporado la sustitución de este hospital, que se encuentra en la avenida Aramburú. Se ha calculado que el monto de inversión de este nuevo hospital que incluye diseño, construcción y equipamiento por un periodo aproximadamente de 20 años, cueste ciento noventa y cuatro millones de soles. Ellos tienen una población mucho más pequeña y por eso también se está analizando, si este hospital de Aramburú va a quedar como contingencia. Ese es el planteamiento que tiene la FAP, sin embargo, estamos en ese proceso de evaluación.

También va a ser un hospital con concesión de bata gris verde, porque ellos tienen muchos problemas en temas de laboratorio, en temas de diagnóstico por imágenes. Si bien es cierto, tercerizan, pero ya reitero que la tercerización es a corto plazo y cada vez que renuevan los contratos o vuelven a licitar, siempre el privado les sube las tarifas correspondientes. Este hospital, en este momento, está en una firma de convenio de encargo de parte de la FAP a Proinversión, apenas se firma el convenio, que debe ser en el mes de mayo, nosotros empezamos a trabajar con este hospital. Este también es categoría III-1, entonces va a contener igual todo lo que es el equipamiento para la detección y tratamiento del cáncer.

La siguiente, por favor.

Luego, tenemos tres proyectos hospitalarios que nos encargó el Ministerio de Salud, en el marco de un convenio interinstitucional, firmado en el año 2019.

Es el Hospital de Emergencias Villa El Salvador, que solamente comprende operación y mantenimiento, la gestión del Instituto Nacional del Niño de San Borja y el Hospital Unanue.

La siguiente, por favor.

En el caso del Hospital Villa El Salvador, como es una infraestructura ya construida y viene funcionando desde el año 2016, solo se está incorporando la operación y mantenimiento bata gris; Sin embargo, la ventaja de, aparte de que son, pues, lavandería, etcétera. Acá lo que sí está, lo que el impacto que

## DOCUMENTO DE TRABAJO

va a generar en este hospital es, la reposición del equipamiento total, la reposición del equipamiento total y una puesta a punto del hospital, que ya por el uso de 8 o 9 años ya manifiesta un deterioro, las luces, los cables, la infraestructura, que no le dan mantenimiento por falta de presupuesto.

Entonces, el operador privado va a entrar a hacer una, no remodelación, sino una refacción, una puesta a punto en un periodo de 18 meses y va a reponer todo el equipamiento que en este momento está deteriorado, está parado por falta de mantenimiento y no hay una reposición de parte del titular del pliego. Entonces, lo que estamos trasladando al privado es, que reponga todo ese equipamiento que más o menos tiene un monto de cien millones de soles.

Los resultados de salud van a ser probablemente más impactantes que lo que actualmente tienen, porque es un hospital al igual que todos, que tiene problemas de presupuesto, que tercerizan lavandería, que son empresas informales, que no hay ningún tipo de certificación, que no hay un control de calidad, etcétera, etcétera. Y con esta concesión que vamos a dar por un periodo de 16 años, pensamos que vamos a contribuir en una mejor gestión del servicio asistencial a toda la zona del sur de Lima, incluido algunos balnearios.

Realmente este es un proyecto y ustedes en el Congreso lo deben saber, que hemos estado impulsando de todas las formas, porque realmente no podemos permitir que los hospitales nuevos, esos activos donde el Estado ha invertido tanto, se vayan deteriorando por falta de un mantenimiento, por falta de la reposición del equipamiento, por estos contratos de tercerización, muchas veces sin controles o sin la exigencia de la calidad que se requiere para los servicios. Acá el director del hospital está preocupado si el ascensor se malogró, si el vigilante no llegó a su puesto de trabajo, que si la alimentación no cumple con los estándares, etcétera, etcétera. Todo eso va a ser trasladado a los concesionarios que van a ser controlados por indicadores de servicios que están incluidos en el contrato y que van a ser supervisados por la propia entidad y además con un supervisor que se deberá contratar y que debe cumplir también la experiencia internacional, que se tiene para este tipo de proyectos.

La siguiente, por favor.

Luego, tenemos el Instituto Nacional del Niño de San Borja, sabemos que este instituto tiene un APP, que este año, en el mes de octubre, finaliza su contrato, fue un contrato que se concesionó en el año 2014 y que ha traído bastantes beneficios; sin embargo, con el tema del equipamiento, la problemática existía, porque si al operador privado le dices, me vas a mantener el equipamiento de este instituto, ellos van a hacer el

## DOCUMENTO DE TRABAJO

mantenimiento hasta cuando se cumpla la vida útil del equipo, una vez que se deteriora qué cosa voy a mantener.

Entonces, estas situaciones, lecciones aprendidas, nos ha permitido incorporar esta dotación de equipamiento o esta reposición del equipamiento, a fin de que los tratamientos de los pacientes no sigan postergándose y puedan tener una atención inmediata.

El nuevo contrato se va a desarrollar por un periodo de 17 años, con un monto de inversión de ciento veinticinco millones de dólares. Sabemos que este instituto tiene competencia a nivel nacional, pediátricos y adolescentes, ¿no? Y realmente ha sido una APP exitosa y por esa razón, es que ahora el encargo es por un periodo mayor y además que se asocia al equipamiento por los cumplimientos de años de vida útil. Entonces, ahí tenemos una estadística también de todo lo que el hospital logra o el instituto logra y que realmente la propia dirección siempre dice que esto no es un costo para el Estado, sino por el contrario, inclusive haciendo una comparación estadística en cuanto a precios, en cuanto a costo y a resultados con el Hospital del Niño de Breña, el Instituto del Niño de San Borja tiene un ahorro más o menos entre el 20 y el 30% de su presupuesto.

Y ahí, congresista, yo quería incidir, fíjense, esta APP de 10 años, que costó en su momento algo de cuarenta y tres millones de soles, tuvo una predictibilidad y una sostenibilidad respecto al presupuesto, o sea, el instituto nunca fue de Minsa, dame más, mira porque tengo que pagar mi contrato o al MEF. No, porque era una obligación firme del Estado peruano, esa APP en automático se paga y es así que estos proyectos de asociación público-privada garantizan un presupuesto para el desarrollo de los proyectos.

La siguiente, por favor.

Podríamos hablar muchísimo de verdad, hay bastante información, pero sé que el tiempo apremia.

Y el último proyecto que nos ha encargado el Ministerio de Salud, también en el marco de ese convenio es, el proyecto integral diseño, construcción, operación y mantenimiento del Hospital Nacional Hipólito Unanue, que hasta ahora tenemos estimado que el monto de inversión va a ser doscientos cincuenta millones de dólares y va a ser por un periodo de 20 años y acá solamente también es bata gris, pero con el componente de la reposición del equipamiento, en la que se incluye todo aquello que está asociado al tratamiento oncológico.

Este proyecto, este año empieza la estructuración y esperamos que en el 2026, se pueda concesionar. Nos preocupaba hasta hace dos semanas atrás el tema de la capacidad presupuestal, porque

## DOCUMENTO DE TRABAJO

entendemos que el Ministerio de Salud tiene esas dificultades, pero, ahora, con el Ministerio de Economía y Finanzas se está proveyendo todos estos presupuestos que van a ser asignados a las asociaciones público-privadas, porque se ha demostrado que resultan beneficiosos y además aseguran, digamos, una atención de calidad.

No podemos ir muy lejos, vemos los hospitales bata blanca de EsSalud, que también podemos conversar mucho, en la que participamos cuando estuvimos en el Seguro Social de Salud, ahora en Proinversión. Entonces hay experiencia que nosotros trasladamos al servicio del país, en materia de salud.

Muchas gracias.

Atenta a las preguntas, consultas que puedan hacer.

**El señor PRESIDENTE.**— Agradecemos a la doctora Fernández la presentación.

Vamos a pasar a la estación de preguntas y aquellos que desean formular pregunta, levantan la mano, para concederle la palabra.

Doctor, Paredes.

**El doctor PAREDES SALAZAR, Ricardo.**— Sí, señor presidente de la comisión y bueno, de repente a los que de alguna manera tienen injerencia.

Nosotros entendemos que el Programa del cáncer tiene gratuidad en quimioterapias y entiendo también en prevención. Hasta ahora la sanidad ha ido pagándole a Cenares un monto determinado, pero, entiendo que no debería ser así. Entonces, ¿quisiera saber si efectivamente esto es así?, ¿si hay gratuidad y en todo caso cómo tenemos que hacer?, ya no sé si que nos devuelvan el dinero, pero sí, por lo menos a futuro cómo tendríamos que hacer esto en plan de... entiendo que hay programas al respecto.

**El señor PRESIDENTE.**— Muy bien, al final van a ir respondiendo, esta bien.

**LA REPRESENTANTE DE CENARES.**— Buenos días, les saluda Moray [..?] en representación de Cenares.

Bueno, con respecto a... no es un pago que, en este caso, la Policía hace Cenares. Lo que hace la Policía es, participar dentro de las compras corporativas que realiza el Cenares, entonces lo que hacen es, sí, ellos mismos administrar el presupuesto, porque lo que nosotros les pedimos como Cenares es la certificación presupuestal, para que se lleven a cabo los procesos de selección, ustedes mismos administran sus contratos.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Ahora, eso es con medicamentos en general, con los medicamentos oncológicos, nosotros como Ministerio de Salud tenemos una población asignada. Esta población asignada es determinada en este caso, por la Dirección de Prevención y Control de Cáncer del Minsa. **(8)**

Dentro de esta población no está incluida, salvo que la doctora me corrija, la población de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional está incluida toda la población que acude a los establecimientos adscritos al Ministerio de Salud.

Nosotros, como Cenares, estos medicamentos, los oncológicos, sean los de petitorio, no petitorio o alto costo, los distribuimos a los establecimientos de salud del Minsa.

Eso es lo que quería...

**El señor PRESIDENTE.**— Aprovecho la presencia de Cenares para...

Hay una problemática que es universal en los diferentes subsectores de la salud y particularmente en el cáncer, el costo de los medicamentos.

¿Cómo puede hacer Cenares para abaratar los medicamentos?

Porque vemos que la adquisición de los medicamentos es a través de proveedores o de intermediarios, y eso encarece horribilmente, si usted compara con otros países desarrollados y que nuestros medicamentos, acá son excesivamente costosos.

Cuando vemos a la Policía Nacional del Perú, le digo doctora, que, de todas sus adquisiciones en farmacia para la atención, es evidentemente que es una población cerrada, porque es un subsector de la salud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional, es uno de los cinco subsectores, ellos el 38% de su presupuesto lo gastan comprando medicamentos oncológicos.

¿Por qué no hemos hecho el esfuerzo de, una vez establecidos los precios de compras que tienen, rebajarlos, poder tomar acciones para abaratar los costos?

No habrá Contraloría en el mundo que le dirá a usted y lo señalará si usted va y compra directamente al productor, porque muchas veces los intermediarios generan desabastecimiento y el usuario —y se lo demuestro— va al privado y paga el doble.

Y si en un medicamento de cáncer de mama, que gastan 13 mil soles semanales, tres semanas por una de descanso, no hay bolsillo que aguante ni institución que pueda tener esas coberturas.

¿Han hecho esfuerzo de ver si los laboratorios nacionales pueden producir estos tipos de medicamentos?

## DOCUMENTO DE TRABAJO

¿Han hecho esfuerzo para tener otros sitios para poder adquirir en otros países que sí los producen, pero no a través de intermediarios que muchas veces demoran adrede la entrega de los productos, no llega al usuario?

Lo veo muchas veces con el seguro colegio médico, tienen que sacar de su bolsillo para no perder justamente el tratamiento, y esto resulta demasiado oneroso.

No sé si todas estas compras centralizadas traen beneficio o no.

¿Qué mecanismos podemos utilizar?

Porque esto es un clamor general, todas las presentaciones que tenemos con las instituciones del cáncer, el gran problema es la compra, aparte de otro problema que no hay este oncólogo pediatra, que lo hemos señalado, en las diferentes instituciones.

Le dejo en el uso de la palabra.

**LA DIRECTORA DE PROYECTOS DE PROINVERSION, señora María Elena Fernández Cervantes.-** Respecto a ese tema.

Más o menos el 80% de medicamentos de petitorio, los medicamentos oncológicos, tienen ficha técnica aprobada por Perú Compras, son adquiridos a través de subasta inversa.

Esos medicamentos no podemos salir a comprarlos en el mercado internacional.

Ahora, el otro porcentaje, el 20%, y los medicamentos no petitorio, son adquiridos tanto en el mercado nacional como en el internacional. En internacional, sin intermediarios.

Nosotros hacemos una indagación de mercado en paralelo entre el mercado nacional e internacional.

Allí ya, de acuerdo a los resultados, se ve cuál es la oferta más beneficiosa. Si es la internacional, Cenares como droguería, tramita el certificado de registro sanitario o, en su caso, la autorización excepcional para la importación y uso de los productos y esos productos llegan directamente a Cenares.

No estamos adquiriéndolos a través de cooperantes de repente, sino directamente con las empresas, como se dice, los productores en el mercado internacional.

Ahora, si hay en el mercado internacional, sí optamos también por la compra de mercado nacional.

Lo que sí debemos mencionar es que los medicamentos no petitorio, desde que hemos iniciado la compra, se está reduciendo el costo.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

¿Por qué? Porque en el primer año, por decir, compramos medicamentos oncológicos, la mayoría de los de alto costo, los no petitorio, los compramos por contratación directa.

Sin embargo, al siguiente año, como ya hubo empresas que vieron que estábamos adquiriendo en cantidades para coberturar un año, ya no eran por instituciones, empezaron no solo a registrar –valga la redundancia– el registro sanitario, sino también a ofertar los productos.

Y hay productos de alto costo que ya han ingresado inclusive como licitaciones públicas. Ya hay competencia.

Entonces, al haber competencia también se abaratan los costos.

**El señor PRESIDENTE.**— Disculpe que insista, pero siempre hay mecanismos.

Usted puede pedir a los productores... hay productores que.

Acuérdese en el problema del Sida, el tratamiento triple en el mundo en ese momento costaba 2 mil y tantos dólares mensuales.

Entonces, la Organización Mundial de la Salud facultó a laboratorios de Brasil y de la India a que produzcan ese producto.

La OPS, en el programa de vacunaciones, hace la compra para todos los países de las Américas y abarata los costos al mínimo. O sea, compra para 400 millones de personas.

Entonces, ¿por qué no se puede hacer lo mismo? Si son instituciones de salud, decirles: "Buenos, señores, unirse a los medicamentos oncológicos, queremos que se haga una compra de esta naturaleza, como se hace con el fondo rotatorio".

¿Por qué no trabajamos el tema?

O sea, bien fácil, es decir: "Convoco". Viene. Si no son los proveedores, ¿pero oficiaron a los productores?

Y no habrá ninguna Contraloría. Lo he vivido en la época de los respiradores, cuando un respirador costaba 45 mil dólares.

Digo: "Pero esto es un horror. Vamos oficiando al productor, a ver, de California. Cotíceme estos respiradores Sit Callao". 20 mil dólares. Menos de la mitad.

Entonces, hay que saber comprar. Hagámonos la idea que es nuestro dinero. No caigamos en el facilismo. Estoy seguro que vamos a poder tener mucha cobertura justamente en este tipo de medicamentos.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Hemos sacado la ley para que la farmacopea que tenga aprobación en los países desarrollados ya no tenga que estar pasando todos los trámites engorrosos que da la Digemid, y que para poder tener un producto acá demora dos años y medio, tres años.

Y lo teníamos en el gobierno, que la farmacopea...

¿Usted cree que un país como Estados Unidos o como Francia va a probar un producto que es de pésima calidad?

Aquí, por ejemplo, un antidepresivo cuesta 160 soles la cajita. Usted va a Europa, 10 euros.

¿Por qué esa diferencia en un país pobre?

Entonces, tenemos que trabajar. Es evidente es que hay que trabajar los temas. No hay que sentarse a esperar. Tenemos que atacar el futuro.

Vamos a concederle el uso de la palabra a la congresista Portalatino, y luego al congresista Kamiche, ambos médicos.

Congresista Portalatino.

**La señora PORATALATINO ÁVALOS (PL).**— Muchas gracias, presidente.

Quiero, primero, iniciar por un tema muy importante, sobre las diferenciaciones en la atención de la salud pública entre el Ministerio de Defensa, que engloba el Ejército, la Marina y la FAP.

Hoy, hemos sido testigos y hemos tenido conocimiento de primera mano por testimonios del mismo personal de salud y también de los integrantes de las diferentes instituciones mencionadas, que probablemente se ve también esa diferenciación.

Mayor oportunidad para la marina y menos oportunidad para las Fuerzas Armadas\*, que eso genera una discriminación.

¿En qué sentido? En que los servicios se encuentran con mayor oportunidad y acceso a estos mismos.

Sin embargo, hemos sido testigos de que hoy por hoy se está visibilizando un futuro hospital para las Fuerzas Armadas.

En ese sentido, quiero hacer énfasis en eso, ya que no podemos mantener ello.

Es nuestra política, presidente, es equidad y justicia con una atención de salud correcta.

Segundo punto, presidente.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Hemos podido recabar información sobre los fármacos de alto costo.

Y quiero enfatizar, presidente, lo que menciona la señora representante de Cenares y también el representante del Ministerio del Interior, sobre el acceso oportuno y la adquisición de estos fármacos oncológicos de alto costo.

Y usted muy bien lo ha dicho.

Aproximadamente se gasta por paciente de 13 mil a 15 mil soles. Y en otros casos, hasta 20 mil soles mensuales para acceder, tener una calidad de vida y tener oportunidades para mejorar de la neoplasia que atenta el organismo.

Sin embargo, ha mencionado la señora de Cenares que falta la certificación por parte de la institución que represente en este caso Susalud.

Susalud probablemente no está certificando oportunamente, porque son ellos lo que hacen los contratos para hacer las compras corporativas nacionales para acceder a estos fármacos oncológicos, que tienen el acceso con el registro sanitario para ejercerlo. Primer punto.

Y sobre eso tienen que respondernos, presidente, a lo mejor administrativo, y probablemente son los funcionarios los que sienten el desabastecimiento y no saben de la piedra angular que genera la amenaza.

Tercer punto, presidente.

Necesitamos nosotros, presidente, en estos momentos para ser tan iguales como otros países latinoamericanos y probablemente también europeos, que es una gran distancia no en años, pero podemos iniciar.

Y una de las maneras de iniciar es la propuesta del señor ministro de Salud, César Vázquez, que ha promovido un proyecto de Ley de Creación de la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos, y Otros, que va a permitir no solamente administrar financiera y presupuestariamente, sino también tener la autoridad y las competencias necesarias.

Porque, efectivamente, usted lo ha dicho, Digemid ha sido un organismo en este caso adscrito al Minsa, del que no vemos ningún resultado de los últimos años, porque existe la corrupción de alto vuelo.

Ha habido expedientes técnicos exclusivamente de fármacos de alto costo y otros que no son de alto costo, que se encuentran dentro del Pnume y que no ha habido acceso a tener la celeridad

## DOCUMENTO DE TRABAJO

de poder evaluar esos registros sanitarios del exterior, no han podido ingresar y generado pérdidas humanas irreparables, y también ha generado avances de las mismas enfermedades.

No podemos permitir. Y esta es una oportunidad para poder tener acceso.

¿Y por qué no generar una producción de fármacos? ¿Qué nos falta? Científicos tenemos, presidentes.

Científicos peruanos, tenemos. Si hay que traer del exterior científicos para aplicar las experiencias exitosas a nuestro Estado, tenemos que hacerlo.

Presidente, usted hoy está liderando esta gran necesidad y ha palpado el diagnóstico situacional en este Año Fiscal 2025, y es cruda la realidad que afecta a todos los sectores sin distinción en todos los estratos económicos.

Es por eso, presidente, que también me preocupa otro punto que se ha abordado y que ha referido la señora representante de Proinversión, sobre tema de las concesiones.

Habla sobre las concesiones, de la bata gris, la bata verde, y estamos preocupados, presidente.

Efectivamente, siempre queremos nosotros una buena administración tanto de la gestión de recursos humanos como de los equipos médicos, tecnológicos de alta gama, que puedan que puedan dar asistencia eficiente, oportuna, y sobre todo dar condiciones y el mantenimiento oportuno para que no queden pues como quedan muchos hospitales ya que se encuentran antiguos, y que probablemente se encuentran con falta de mantenimiento porque no hay presupuesto, no hay voluntad política, etcétera.

Lo que lo que supuestamente refiere la señora representante de Proinversión es oportuno, pero también hago crítica en este caso.

Efectivamente, nosotros hemos escuchado todos los años, presidente, que el Estado peruano no tiene la capacidad de administrar los recursos naturales, mucho menos los recursos económicos para dotar a las instituciones, específicamente hablando del sector Salud, **(9)** para garantizar una atención de calidad y digna.

Es mentira, presidente.

Acá el responsable es la corrupción, este flagelo que genera tanto perjuicio.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Eso vemos también en Saludpol. Saludpol está entrapando administrativamente la falta de capacidad y probablemente situaciones irregulares.

En ese sentido, son las personas y no es el Estado propio, sino son las personas, porque el Minsa, como EsSalud y el Minsa, tienen excelentes equipos de alta gama, tecnológica, han podido acceder sin concesiones, presidente, sino con la voluntad política y la disposición de presupuesto para acceder a esos equipamientos con una programación obviamente pues correcta.

En ese sentido, presidente, saludamos las decisiones para fortalecer los hospitales de las Fuerzas Armadas, el Hospital del Niño de San Borja, y los otros hospitales, el Hospital Hipólito Unanue.

Sin embargo, ¿cuántos años vamos a estar sometidos a que la empresa privada sea dueña de estos propios? ¿Vamos a estar nosotros sometidos también a su buena disposición o voluntad política para que hagan las reposiciones?

Las reposiciones de los equipos de alta gama deberían ya haberlo efectuado, presidente, y usted es conocedor de ello, porque usted ha visibilizado los hospitales, ya que es que es decisión política, presidente.

No hay voluntad política del Estado, del Ejecutivo, porque para poder hacer la reposición primero tiene que ser el pliego, y el pliego tiene que solicitar la aprobación y el visto a bueno del Ministerio de Economía y Finanzas para garantizar que los equipos estén repuestos y que requieran darles esa prestación a todos los asegurados de las diferentes instituciones que hoy se encuentran en la Comisión Especial.

En ese sentido, presidente, para mí es preocupante.

Treinta años estamos hablando de concesión. Treinta años.

Y ahí va mi pregunta, presidente.

Quiero a través suyo, presidente, pedirle a la señora representante de Proinversión que se nos brinde por escrito –si lo tiene, en estos momentos– cómo se está dando la adjudicación y si cumple con los estándares de calidad la empresa que va a garantizar, que tenga todo el perfil idóneo para poder optimizar en un futuro este aporte por modalidad de APP.

Por otro lado, también quiero dejar constancia, presidente.

Si esta modalidad de APP exclusivamente para darle concesión de 30 años se ha priorizado para la salud como derecho o se está

## DOCUMENTO DE TRABAJO

convirtiendo hoy por hoy en una mercantilización del servicio de salud en nuestro Estado peruano.

Hay que hacernos la pregunta, presidente, porque eso llama mucho a la suspicacia, porque hoy el Estado peruano sí tiene los recursos, pero no se está distribuyendo de forma correcta al Estado peruano.

Muchas gracias, presidente.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, congresista.

Concedemos el uso de la palabra al congresista Kamiche.

Doctora Fernández, para que pueda...

**LA DIRECTORA DE PROYECTOS DE PROINVERSION, señora María Elena Fernández Cervantes.**— Claro que sí.

Con relación a la pregunta que hizo la congresista Portalatino.

Quiero mencionar que el proyecto del Hospital Militar es una iniciativa privada que se presentó a Proinversión en el año 2016.

Este proyecto se deriva al Ministerio de Defensa para que, de acuerdo a ley, pueda emitir su opinión de relevancia.

¿Qué significa esto? Si les interesa o no.

Y es el propio Ministerio de Defensa quien decide si el proyecto va o no va y por qué periodo. Y el periodo de 30 años lo decidió el Ministerio de Defensa.

Lo que hace Proinversión es diseñar el proyecto. Diseña en función a la necesidad propiamente del hospital y, dentro de ello, incorpora todos los elementos que implican el proyecto.

Es decir, el diseño, la construcción, el equipamiento y la operación del hospital por un período de 25 años, porque cinco años se va a demorar o va a ser el período en el que el inversionista privado demuele el hospital, elabore el expediente técnico, construye el hospital, elabore o desarrolle el hospital de contingencia.

Y la operación y mantenimiento es solamente 25 años.

Lógicamente, esta estructuración del proyecto obedece a una serie de lineamientos que el propio Estado, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, lo establece.

Por ejemplo, la identificación de los riesgos del proyecto, la asignación de los riesgos del proyecto y la cuantificación.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

También tenemos lineamientos para el diseño del contrato, las cláusulas estandarizadas y los niveles de servicio que se trabajan con el mismo Ejército Peruano. Es decir, con el Hospital Militar Central.

¿Qué quieren alcanzar por cada uno de los servicios? No lo decide solamente Proinversión, sino se trabaja de la mano toda la parte operativa con el Ejército o con el titular del proyecto.

Entonces, el resultado es un contrato bastante amplio y complejo, que trae una serie de derechos y obligaciones de las partes.

Lógicamente, todo esto está controlado, fiscalizado por el propio Estado.

En realidad, no se debe ver como un mercantilismo. Porque si hablamos nosotros de la obra pública tradicional, igual lo desarrolla un privado. O sea, igual construye un privado, no lo construye el Estado.

Cuando hablamos de equipamiento, también lo compra el Estado.

Acá igual, el único riesgo es que se traslada al privado y le dices: "Oye, tú compra bajo mis especificaciones Estado y con los precios que yo te voy a aprobar".

"No es que tú privado me vas a definir las especificaciones, los precios, no. Yo Estado te voy a controlar, pero tú tienes mayor capacidad de negociación. Tú no pasas por esos trámites engorrosos que lamentablemente tenemos en el Estado".

Entonces, eso se torna ineficiente, pero el control lo tenemos nosotros.

Ahora, el Hospital Central Militar no es un bata blanca, porque los médicos, el personal asistencial y de diferentes servicios, va a seguir prestando el servicio médico.

Acá lo único que se les va a dar el soporte es en la parte de los servicios generales, que actualmente está tercerizado.

No me van a decir que alimentación, cocinan ahí. Casi el 90% de servicios que lo vamos a concesionar por un período largo y bajo estándares de calidad, en este momento están tercerizados.

Y aun cuando no se les exige estándares o niveles, como en el caso de la Marina, resulta. ¿Por qué? Porque es el Estado quien controla, quien supervisa. El Estado no deja de hacer su labor, no se desentiende de la función.

Y cuando vemos entre una y otra administración, el tema es gestión.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Cuando hablamos de Estado, estamos hablando del grupo de funcionarios que formamos parte del Estado. Y el resultado de que una u otra gestión es mejor que la otra, es efectivamente un tema de gestión.

Y lo he visto en carne propia directamente con la Marina, con la FAP y con el Ejército, y vemos diferencias.

A mí, señor congresista, me llamó muchísimo la atención cuando nos reunimos con el viceministro de Recursos para la Defensa, y nos dicen que la compra de medicamentos lo hace cada una de las Fuerzas Armadas de manera individual.

Cada uno tiene su petitorio farmacológico, cada uno tiene su presupuesto y cada uno es una unidad ejecutora independiente.

A mí me llamó la atención. Le dije: "Pero ¿cómo?".

Bueno, no estén dentro de la compra corporativa con el Minsa o con EsSalud, pero por lo menos las Fuerzas Armadas sí, y no lo están.

Y entonces, eso implica que cada uno que compra, claro, negocia un precio, no tienen esa capacidad de negociación.

Porque lo que le preocupaba al viceministro de Recursos para la Defensa era precisamente esto, que como no hacen una compra corporativa, terminan haciendo compras individuales y un paracetamol que cuesta 10 céntimos lo terminan comprando en un sol o en dos soles o en tres soles.

¿Por qué? Porque sus procesos se caen y tienes que atender. Ese es el problema.

Entonces, no es que el Estado no sea eficiente, el estado puede eficiente. Pero, como bien lo dice la congresista Portalatino, lamentablemente este mal endémico de la corrupción es tan difícil, pero tan difícil de poder desterrarlo de nuestro sistema. Es muy difícil.

Nosotros, como promotores de la inversión privada, hemos viajado por muchos países del mundo.

Y la verdad, a mí me da pena decirlo que cuando comparamos un sistema de salud del Reino Unido, de Gran Bretaña, Corea, Alemania, nosotros somos una aldea.

Lamentablemente, como usted bien lo señala, somos los funcionarios. No sabemos planificar, no sabemos programar.

Queremos un hospital por acá, más allá, todo de manera disfuncional.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

En este momento, el problema del cáncer es un problema a nivel nacional. Y todas las regiones, congresistas, quieren un instituto del cáncer.

Loreto quiere un instituto del cáncer. Lo quiere Pura. Lo quiere Puno.

En realidad, todos vienen por querer hacer un instituto del cáncer, porque dicen: "Tenemos pacientes que no pueden viajar". Lo entendemos.

¿Pero de dónde parte? Parte de una planificación. Parte de que el propio rector del sistema de salud haga una planificación. Nosotros podemos hacer.

El IREN de Trujillo ha venido, nos ha tocado las puertas, y estamos consiguiendo financiamiento del Reino Unido para desarrollar ese proyecto.

Ahora, nos ha venido un financiamiento de Alemania, de una agencia estatal alemana, que puede también financiar los estudios.

Si el órgano rector no tiene una planificación adecuada, lamentablemente no podemos hacer nada. Y lo que buscamos es una solución para el problema de salud del país, congresista.

De verdad, a mí me gustaría en algún momento explicarle un poco más para que usted vea los beneficios.

Pero siempre recuerde, congresista, a través del presidente, esto no es una privatización. Por el contrario, el Estado nunca deja de ser el titular de la prestación de salud que está consagrado en la Constitución Política del país.

Gracias.

La directora nacional de Cáncer del Ministerio de Salud (MINSA) en Perú es la Dra. Essy Milagros Maradiegue Chirinos

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, doctora.

Doctora Maradiegue, directora nacional de Cáncer del Ministerio de Salud, tiene la palabra.

**La DIRECTORA NACIONAL DE CÁNCER DEL MINISTERIO DE SALUD, señora Essy Milagros Maradiegue Chirinos.**— Muy buenos días.

Voy a tratar de ser concreta en aras del tiempo.

Veo una oportunidad muy interesante.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Sabemos que el sector salud está fragmentado en cinco subsistemas, que son Ministerio del Interior, Defensa, SIS, EsSalud y Privados.

Entonces, tenemos oportunidad hasta mediados de junio para ir al MEF y poder solicitar una demanda adicional en dos aspectos críticos y muy importantes.

En realidad, tanto Fuerzas Armadas como Ministerio del Interior tienen en este momento, que son el tema de los medicamentos y el tema del tamizaje.

Porque sí considero que el tamizaje debe ser transversal para todos, así como pasa con las vacunas.

¿Cómo se gestionó el tema de las vacunas? Existe una ley.

Entonces, ¿cómo podemos gestionar el tema del tamizaje?

Cada subsector, ya sea Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, tienen unas instituciones administradoras de seguros, sus aseguradoras (IAFAS), y se les asigna un presupuesto.

Entonces, lo que tenemos que gestionar ante el MEF es una demanda adicional para que nos puedan asignar un presupuesto, tanto para tamizajes como para el tema de poder comprar los medicamentos a través de Cenarios.

Porque somos como cinco islas, cada uno comprando en pequeño, y realmente nuestro mercado no es ni siquiera apetecible ni a nivel nacional ni a nivel internacional.

Capaz con eso le respondo la pregunta, doctor Aguinaga, por qué no somos apetecibles para un mercado internacional y que nos puedan ofrecer mejores precios.

Porque, en realidad, dicen Perú compra muy poquito y compran de manera aislada.

Entonces, no nos ven como de manera unificada y que podamos ser más apetecibles.

Les pediría que nos envíen un documento, nosotros podemos brindar la asistencia técnica, esto es ya como se diría para ayer, para poder empezar a trabajar en ello.

Gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Doctor Palacios.

**El doctor PALACIOS.**— Señor presidente, por si intermedio, poder comunicar que nos hemos reunido con el ministro de Economía y

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Finanzas ya hace dos semanas, por su intermedio, y se le preguntó dos cosas.

Que Interior y Defensa puedan implementar la cadena presupuestal de prevención y control del cáncer, de tal forma que tengamos la trazabilidad de los recursos financieros, y seamos transparentes en que la población sepa cuánto presupuesto para el recurso humano, para equipamiento biomédico, para el mantenimiento, para el medicamento oncológico.

Pero también se le planteó que, en el marco de la implementación del programa presupuestal, **(10)** dado que el problema de cáncer no distingue si soy paciente de EsSalud, de la Marina, de Defensa, se le ha planteado que todo lo que corresponde a prevención del cáncer, prueba molecular VPH, sangre oculta en heces, sea gratuito.

De tal forma que se implementen los programas nacionales verdaderamente, que el país a través de ministerio Salud, implemente los programas nacionales de prevención del cáncer, que nos manda la OMS, que es de cáncer de cuello uterino, de mama y de cáncer de colon y recto.

Yo creo que, teniendo la presencia de la directora nacional de Cáncer, se puede también empujar en ese sentido, tener esta reunión con el ministerio de Economía y Finanzas y que, dado que existe un marco normativo del año 2017, podamos hacer uso de esto.

Segundo punto importante, es con respecto a la intervención del Dr. Paredes. Para el mensaje presidencial, julio del año 2023, la presidenta de la República hizo mención que los medicamentos oncológicos que compra Cenares, considerado como recursos estratégicos, son gratuitos para todos los afiliados, pacientes con cáncer, afiliados al sector público. Por ende, no corresponde la opinión de parte de Cenares, en el cual hace mención que eso solamente para pacientes SIS, sino que, en el mensaje presidencial de julio de 2023, definió la gratuidad; y, por ende, un paciente con cáncer de EsSalud o de las Fuerzas Armadas y la Policía tiene también acceso a estos medicamentos oncológicos.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, doctor Palacios.

Si bien es una reunión para ver específicamente los temas de cáncer, también como consecuencia de la presentación de la doctora Fernández, nos permite hacernos preguntas.

¿Qué cosa es mejor un sistema de bata blanca o lo que tenemos actualmente? ¿No es así? Porque actualmente, los que representamos algunas regiones, vemos, pues, que, en una bata blanca, lo que se va a exigir es indicadores de calidad y fácil acceso de los pacientes con calidad y calidez.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

¿Qué vemos ahora cuando vamos a provincia? Un tremendo ausentismo de los profesionales y nadie los controla. En un sistema de esta naturaleza usted le pide, usted tiene que cumplirse estos requisitos. Estos son sus términos de referencia y esos términos de referencia redundan en un beneficio al paciente.

El tema de las farmacias es realmente escandaloso. Uno, particularmente, uno de los indicadores de la mala gestión es el aumento de las farmacias que circundan los hospitales. Y cuando asistimos a los hospitales y preguntamos oye ¿cómo es el sistema de tus recetas? Tenemos hospitales del cual yo vengo que tiene 3.000 consultas diarias, pero no sé si escasamente 100 recetas llegan al hospital, a las farmacias. ¿Por qué? Porque está circundado de la misma gente adentro que le dice no hay acá, hágalo allá. Y en provincias es peor, porque las farmacias que circundan te venden al menudeo.

O sea, encarece mucho más el producto hacia el paciente, que siempre es un paciente pobre.

Entonces, ese correctivo se tiene que dar. Tiene que haber la manera de que la receta, a través del sistema de la historia electrónica y el sistema electrónico pase directamente a la farmacia y que el paciente vaya a la farmacia y le den sus medicamentos. Pero, actualmente, el sistema es engorroso.

En el mismo EsSalud, preguntaba al presidente la última vez ¿cómo va a hacer él para separar lo que es el financiamiento? Porque los seguros son financiadores de la prestación. Una prestación que es paquidérmica, que es lenta, que es onerosa y que vemos que el sistema bismarckiano del año 35, ya no tiene espacio en el mundo. Las discusiones a las cuales he asistido en algunos países importantes, ya este sistema se tiene que... ya muestra caducidad.

Entonces, ¿qué vamos a hacer? Tenemos un EsSalud con 63 mil trabajadores, de los dieciséis mil millones que tiene el sistema contributivo para ingresar este año, 2025, se va siete mil millones en planillas. Eso es inaceptable. Con un sistema del que nos proponen, yo creo que sería una muy buena solución. Lógicamente nos hemos acostumbrado a que no queremos dar paso de modernidad, más que nada. Y lógicamente tampoco no queremos despojarnos de muchos beneficios, porque tenemos descontrol. La verdad, en provincias, cuando usted va a los servicios de cirugía, de medicina interna, nunca encuentra un médico. 11 de la mañana. O todos los pacientes a veces son tamizados por el mismo personal de seguridad y los mandan a la clínica del frente, o los manda a otro lado.

Entonces, ahí hay que ponerle un alto, porque lógicamente esa población tiene necesariamente necesidad imperiosa de ser atendido con calidad y calidez.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Será motivo de una... de un debate próximo.

Quiero agradecerles a todos vuestra presencia, no quiero abusar del tiempo, pero sí, evidentemente, lo que más nos golpea es ¿cómo vamos a mejorar nuestra atención oncológica? ¿Cómo vamos a cumplir las metas del país de erradicar el cáncer de cuello uterino? ¿Qué estamos haciendo con las... con las... muy bien.

**El señor** .— Señor presidente, como de manera informativa.

Como Marina Guerra, a través del ministerio de Defensa, hemos solicitado Fisal, que es este fondo intangible que tiene y maneja el tema de medicinas de alto costo, que nos incluya a la Fuerza Armada, porque no estamos incluidos. Es manera de gestionar más recursos para en algo aliviar lo que yo he expuesto, en este caso, de que nuestro seguro oncológico está cubierto por los asegurados a través de primas.

Y otro punto a mencionar, señor, como instituciones bajo la tutela del ministerio de Defensa, estamos gestionando el incremento del aporte del Estado de ese 6%, porque como todos saben, EsSalud recibe el 9%, nosotros el 6%. Con ese 6%, gestionamos y hacemos lo mejor posible para tener a nuestros asegurados en buena lid para afrontar cualquier dificultad que puedan tener en tema de salud.

Esas eran dos cosas que quería ponerlas acá en la mesa, como conocimiento.

Gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Evidentemente, ¿cómo vamos a dar este paso para mejorar nuestras compras en los medicamentos oncológicos y en general en todos los medicamentos? Porque las intenciones de tener una compra centralizada a través de una sola institución, no se cumple. Y cuando compra, compra mal y tarde.

Entonces, sí tenemos que dar paso. Sí tenemos que comprarnos ese pleito para poder para poder facilitar el acceso a los medicamentos.

Doctor Querevalú.

**EL DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL MINISTERIO DE DEFENSA, señor Alan Querevalú Olivares.**— A través de usted.

Cuando nosotros tenemos en cuenta la ley y estas leyes amparan a las enfermedades, a los pacientes con enfermedades raras y huérfanas, cuando vemos una ley que habla mucho de las enfermedades terminales catastróficas. Pero todo y todo se aterriza en base a presupuestos. Nuestros pacientes, nuestros usuarios, nuestros clientes, porque las Fuerzas Armadas no

## DOCUMENTO DE TRABAJO

solamente ven a su personal beneficiario. Yo he estado dos años en el VRAEM como director del centro de salud militar de Pichari, en pleno contexto de pandemia y hemos abrazado a la población no como Fuerzas Armadas, sino como nación.

Y nuestro objetivo del sector Defensa, sobre todo en salud, es la defensa y sigue siendo la defensa nacional. Pero respondemos al requerimiento de la Nación cuando hay gestión de riesgo de desastres, cuando nos convocan acciones cívicas humanitarias estamos presentes, cuando a través de éstas sacamos a pacientes vía aérea, utilizando nuestros aviones, nuestro material que se va por río o por mar o por aire, o sea, lo hacemos con mucho gusto.

Gestionamos, haciendo uso de los recursos, haciendo uso de las alianzas estratégicas con los diferentes sectores, pero también hacemos uso de parte de la gestión de aquellas entidades que están fuera de nuestro ámbito territorial.

En ese escenario, vamos a seguir trabajando, articulándonos entre nosotros. Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, doctor.

Y hacía algunas conclusiones, ¿cómo vamos a levantar las barreras que nos separan? Porque estamos prácticamente los subsectores trabajando como compartimentos estancos, sobre todo en la compra de medicamentos oncológicos. Para que cada institución no compre, pues, de manera individual, compre caro y mal. Tenemos Cenares, que tiene que mejorar necesariamente sus procedimientos para poder abaratar los costos y que haya beneficio para más personas y alcance los fondos para más personas.

Doctora... Doctor Querevalú ¿puede apagar su micro, por favor?

**La doctora .**— Sí doctor. Bueno una de las maneras como bien decía la doctora, es cómo hacer para que las Fuerzas Armadas y Policiales participen con nosotros en la compra no sólo de medicamentos oncológicos, sino de medicamentos en general. Cenares socializa una lista de medicamentos, entre ellos los oncológicos. Por ejemplo, para el año 2025, nosotros estamos adquiriendo 56 medicamentos oncológicos, ya todos contratados, medicamentos oncológicos petitorios, de los cuales la policía sólo ha participado con 14 productos. Ahora, para el 2026, hemos programado igual 56 medicamentos oncológicos y en general entre las Fuerzas Armadas y Policiales están participando con 27 medicamentos oncológicos.

Entonces, es necesario que ellos revisen bien la lista de medicamentos que utilizan en sus establecimientos de salud, para que puedan participar con nosotros en este tipo de compras y

## DOCUMENTO DE TRABAJO

abaratando costos y no comprar como islas como bien se estaba mencionando.

**El señor PRESIDENTE.**— Eso trae como conclusión, de que tienen que reunirse las Fuerzas Armadas con el Cenares, el Minsa y EsSalud para hacer una compra corporativa.

Aquí no hay recelos con nadie ni resquemores. Acá lo que tiene que haber es allanar los caminos para poder tener éxito en una gestión.

El...

**El señor .-**¿ Me permite interrumpirlo, doctor Aguinaga?

Si vemos a la salud como recursos sanitarios, hay que verlo desde el punto de vista de dos líneas estratégicas y críticas.

Yo creo que el contexto Covid, nos hizo entender que el oxígeno, sin ese insumo, mucha gente moría. Ahora vemos la situación del cloruro de sodio que, básicamente, se va a nuestro organismo vía endovenosa y nos ayuda mucho en los tratamientos. Hay que volver al punto de vista de un recurso sanitario crítico de una nación. Y si vemos a los recursos sanitarios como estratégicos al recurso humano, a su infraestructura, creo que vamos a hacer una diferencia desde ya importante en lo que queremos hacer como salud dentro de nuestra nación.

**El señor PRESIDENTE.**— Definitivamente. Es Salud, los demás son subsectores. ¿Qué hacemos por la salud? ¿No es cierto? ¿Cómo vamos a levantar todos estos pequeños impedimentos que tenemos para implementar una historia clínica electrónica? ¿Cómo vamos a hacer para hacer una inversión en salud? Cuando en el mundo, el 6% del PBI, debe ser invertido en salud. Ahora vamos a tener al banco, vamos a tener a la CAF el próximo día 6, para discutir inversión en salud y vemos que Perú, el presupuesto que está invirtiendo en salud, es 3.5% y, encima, la ejecución llega 85% o 80% O sea, encima de que hay ineficiencia, hay deficiencia de recursos. O sea, es complejo, es duro, pero hay que dar los pasos para poder irlo solucionando.

Quiero agradecerles sobremanera a todos, nos hemos tenido dos horas y media, y sí invoco a Cenares y a las instituciones que puedan reunirse para darle una solución a estas compras de medicamentos oncológicos.

Muy buenos días y gracias a todos.

Señores congresistas, antes de levantar la sesión, pido la dispensa del trámite de aprobación del acta para ejecutar los acuerdos tomados. Si no hay oposición, se dará por aprobado.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señor presidente, a través de la plataforma de sesiones Microsoft Teams, **(11)** no hay ninguna oposición para la aprobación del acta.

**El señor PRESIDENTE.**— No existiendo temas a tratar en agenda y siendo las 11:31 h, se levanta la sesión.

Muchas gracias.

**—A las 11:31 h, se levanta la sesión.**