

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
SEGUNDA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2023

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

7.ª SESIÓN ORDINARIA
(Matinal)
(Documento de trabajo)

LUNES, 15 DE ABRIL DE 2024
PRESIDENCIA DE LA SEÑORA MERY INFANTES CASTAÑEDA

-A las 10:10 h, se inicia la sesión.

La señora PRESIDENTA.— Buenos días.

Agradeciendo a Dios por este nuevo día, y que en verdad Él siempre reine en nuestros días, para que cada día sea mejor.

Empezamos la séptima sesión ordinaria del Periodo Anual de Sesiones 2023-2024 de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la Prevención y Control del Cáncer 2023-2024.

Señores congresistas, miembros de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la Prevención y Control del Cáncer, vamos a determinar el *quorum* para iniciar la presente sesión.

Por favor, señora secretaria, proceda a pasar la asistencia a los señores congresistas.

La SECRETARIA TÉCNICA pasa lista para comprobar el *quorum*:

Sí, presidenta.

Mery Eliana Infantes Castañeda.

La señora INFANTES CASTAÑEDA (FP).— Presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Chirinos Venegas, Patricia.

Presidenta, por intermedio de la plataforma solicita su registro de asistencia la congresista Chirinos Venegas.

La señora PRESIDENTA.— Proceda, secretaria.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Gracias.

Varas Meléndez, Elías Marcial.

El señor VARAS MELÉNDEZ (PB).— Presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Gracias, congresista.

Alva Prieto, María del Carmen ha solicitado licencia, presidenta.

Picón Quedo, Luis Raúl (); Portalatino Ávalos, Kelly Roxana (); Portero López, Hilda Marleny () .

El congresista Sánchez Palomino también solicita su registro por intermedio de la plataforma.

La señora PRESIDENTA.— Dele por aceptado su registro, señora secretaria.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Gracias, presidenta.

Congresista Trigozo Reátegui (); congresista Vásquez Vela.

Presidenta, por intermedio de la plataforma, también solicita la congresista Vásquez Vela su registro de asistencia.

Segundo llamado.

Picón Quedo, Luis Raúl (); Portalatino Ávalos (). Portero López ().

Presidenta, con 5 congresistas puede dar inicio a la sesión.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, señora secretaria.

Siendo las 10:15 h, del día 15 de abril de 2024, y contando con el *quorum* respectivo, dejando constancia de la licencia de la María del Carmen Alva Prieto, procedemos a dar inicio a la séptima sesión ordinaria, de acuerdo a la agenda programada.

DESPACHO

La señora PRESIDENTA.— Como primer punto de la agenda, señores congresistas, se han enviado a sus correos la referencia de los oficios remitidos y recibidos. Si alguno de ustedes desea una copia de algún documento específico pueden solicitarlo a la secretaría técnica de la comisión.

Informes

La señora PRESIDENTA.— Como segundo punto se informa a los señores congresistas que con fecha 3 de abril del presente se ha remitido a la Presidencia del Congreso y a la Oficialía Mayor el tercer informe trimestral del trabajo de esta comisión, informes que se encuentran a disposición en la página web de la comisión.

Asimismo, mediante Oficio 044/2023-2024 e esa comisión se remitió al Ministerio de Salud el informe aprobado en la sexta sesión ordinaria, con las recomendaciones y sugerencias al proyecto de decreto supremo de adecuación del reglamento de la Ley Nacional del Cáncer.

Señores congresistas se ofrece el uso de la palabra a fin de que puedan realizar algún informe en esta sección

No habiendo ningún informe pasamos a la sección de pedidos.

Pedidos

La señora PRESIDENTA.— En el tercer punto de la agenda se informa que mediante Oficio 1231/2023.2024-OM-CR, la congresista Vivian Olivos traslada a esta comisión el caso del señor Nelson Eduardo Salazar Valenzuela, quien ha solicitado la adquisición del medicamento, el inhibidor Cabozantinib para el tratamiento del cáncer medular de tiroides, asociado al Síndrome de Cushing; asimismo, mediante Oficio 905-2023-2024-KRPA-CR, la congresista Kelly Portalatino Ávalos, miembro de esta comisión, solicita que se invite a Renetsa para brindar explicaciones sobre el retraso de evaluación de tecnología sanitaria del medicamento de alto costo antes solicitado, llamado Cabozantinib; y la evaluación de otras moléculas que llevan más de 6 meses de atención, lo cual ha sido incluido en la Agenda de esta sesión.

Queridos colegas si alguno desea hacer algún pedido, puede hacerlo en este momento.

No habiendo ningún pedido pasamos al siguiente punto de la agenda.

ORDEN DEL DÍA

La señora PRESIDENTA.— Señores congresistas, para el primer y único punto de Orden del Día hemos invitado al señor ministro de salud César Vásquez Sánchez, con la finalidad que informe a esta comisión los puntos señalados en la agenda de esta sesión.

Informe sobre las acciones realizadas por su despacho para la reglamentación del subsidio oncológico previsto en el artículo 6 de la Ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, y la segunda disposición complementaria final del reglamento de la citada ley, Decreto Supremo 024-2021-SA.

Informe detallado sobre la situación de la detección oportuna y atención integral del cáncer infantil en el Perú, con la referencia a establecimientos de salud que atienden cáncer infantil, equipos con los que cuentan, personal médico, incluyendo el número de oncólogos pediatras asignados a los establecimientos de salud a su cargo y tratamientos utilizados. Informe sobre el Plan de gestión para fortalecer y mejorar los servicios de oncología pediátrica en los establecimientos de Salud del Minsa.

Asimismo, hemos invitado a la presidenta ejecutiva de Essalud, señora María Elena Aguilar del Águila, a fin de que informe a esta comisión lo siguiente:

Informe sobre las implicancias de la Ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente en Essalud, en especial, en lo que respecta al "Subsidio Oncológico" y el impacto financiero de la norma; y si cuentan con un Estudio Actuarial al respecto.

Informe sobre el plan de gestión para fortalecer y mejorar los servicios de oncología pediátrica en las redes asistenciales de Essalud.

Y, finalmente, hemos invitado al presidente ejecutivo del Instituto Nacional de Salud, el doctor Víctor Javier Suárez Moreno, quien coordina a su vez la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Renetsa); asimismo a la directora general del Instituto de Evaluación de Tecnologías de Salud e Investigación (IETSI), doctora Rosa Magaly Acosta Barriga, a fin de que informen sobre el estado de la "Evaluación de Tecnologías Sanitarias" del medicamento Inhibidor Cabozantinib y la evaluación de otras moléculas que llevan más de seis (6) meses sin atención.

Por lo que, a fin de conocer a detalle los puntos antes citados se le concede, en primer lugar, la palabra a la doctora Essy Maradiegue Chirinos, directora ejecutiva de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, en representación del ministro de salud, a fin de que informe a esta comisión lo siguiente:

Informe sobre las acciones realizadas por su despacho para la reglamentación del subsidio oncológico previsto en el artículo 6 de la Ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, y la segunda disposición complementaria final del reglamento de la citada ley, Decreto Supremo 024-2021-SA.

Informe detallado sobre la situación de la detección oportuna y atención integral del cáncer infantil en el Perú, con la referencia a establecimientos de salud que atienden cáncer infantil, equipos con los que cuentan, personal médico, incluyendo el número de oncólogos pediatras asignados a los establecimientos de salud a su cargo y tratamientos utilizados.

Informe sobre el Plan de gestión para fortalecer y mejorar los servicios de oncología pediátrica en los diferentes establecimientos de salud del Minsa.

Señora doctora, le cedo la palabra para que usted exponga sobre los puntos que se le dio a conocer.

Muy buenos días, en primer lugar, para saludarla y muchas gracias por estar acá, porque nosotros como comisión estamos interesados en mejorar todos estos problemas; y en verdad, doctora, estamos trabajando todas las semanas, porque el problema que se está viendo en los hospitales son casi lo mismo.

Le dejo la palabra, doctora, y muy buenos días.

La DIRECTORA EJECUTIVA DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER, señora Essy Maradiegue Chirinos (en representación del Ministro de Salud).— Muy buenos días, presidenta.

En primer lugar, agradecer la oportunidad para explicar este tema de cáncer infantil.

En nombre de ministro de salud, reciban un cordial saludo. Él, por temas de agenda, no ha podido venir, sin embargo, está al tanto de esta problemática y también muestra su preocupación al respecto.

Voy a comenzar a desglosar punto por punto. En primer lugar, nos solicitaron un informe acerca de todas las acciones realizadas para la reglamentación del subsidio oncológico previsto en el artículo 6 de la Ley de Cáncer Infantil, y la segunda disposición complementaria final del reglamento de la citada ley, que nos indica que había que reglamentar el tema del subsidio dentro de los 30 días siguientes de promulgado el reglamento.

Dicho sea de paso, ya vamos casi dos años en un esfuerzo por intentar reglamentar estos aspectos del subsidio, pero al parecer no es tan sencillo, y lo voy a demostrar a continuación:

En primer lugar, el artículo 6, tal como lo indica la ley, vemos que las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en Salud, llámense IAFA, tanto públicas y privadas, otorgar un subsidio económico equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales al trabajador por familia que tenga un niño o adolescentes menor de 18 años que sea diagnosticado con cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario, a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal, debidamente certificado por el médico especialista.

Aquí el primer punto, y está resaltado, dice que este subsidio beneficiaría al trabajador, por familia, de un niño que tenga el diagnóstico de cáncer, y esta era la primera preocupación en el Ministerio de Salud cuando tuvimos que reglamentar este aspecto, puesto que este artículo básicamente está contemplado para aquellos que tienen un trabajo formal. **(2)**

Entonces, desde ese punto de vista el Ministerio de Salud emitió un documento indicando que este articulado de reglamento no podría estar a cargo en ese aspecto desde el Ministerio de Salud, sino involucraba al Ministerio de trabajo y a Essalud.

Entonces, dentro del trabajo de la reglamentación, comentarles que de todas maneras se elaboró el reglamento con el equipo y se envió un documento, como vamos a mirar en adelante, hacia el Ministerio de Trabajo, con la propuesta de la reglamentación en lo que corresponde a subsidio y licencia con goce de haberes.

Entonces, como ustedes pueden ver en nuestra gráfica, y para ponerlo muy claramente, el beneficiario el subsidio oncológico es el trabajador, y esto nos referimos como un trabajador formal. Definitivamente los pacientes dentro del rango de diagnóstico del cáncer, más del 60 a 65 % de los pacientes oncológicos tienen SIS, aproximadamente un 25 % tienen Essalud y menos del 5 % en forma privada.

Como ustedes pueden ver, desde este punto de vista, a pesar de que espíritu de la ley buscaba disminuir o reducir un aspecto

muy importante como es el abandono del tratamiento, vemos que hay una gran mayoría de familias que estarían quedando fuera de este beneficio.

Entonces, en ese momento, solicitamos al Seguro Integral de Salud hacer un análisis de cuántos pacientes en ese momento estaban atendiendo con un Seguro Integral de Salud. Lo que hicimos fue un análisis de cada paciente con cáncer, es un paciente particular, algunos llevan tratamiento por 12 meses y merecerían recibir un subsidio por ese tiempo, o algunos más allá de los 30 meses.

Por eso es que ustedes ven que esa cifra de beneficiarios, de 1600 fue u a cifra que se conversó con el Seguro Integral de Salud, y también sacamos la cuenta de a cuánto podría ascender este monto, como mínimo 18 millones y como máximo alrededor de 45 millones de soles por año.

¿Y qué es lo que se buscaba o cuál era el beneficio? Otra vez, reducir el tema del abandono de tratamiento, que lo teníamos alrededor del 20%, y con esta modificación se busca que esto se reduzca a menos del 5%. Y esta medida realmente va a conllevar a una serie de acciones que se han venido realizando para tratar de reducir el abandono de tratamiento, como son: formación de equipos de abandono en hospitales, colocación de navegadores para que se oriente a las familias acerca de no abandonar su tratamiento.

Sin embargo, a pesar de todas estas medidas, y como ustedes bien saben, el tema del cáncer no es un tema que solo atañe al sector Salud, sino que es multisectorial. Los factores socioeconómicos lamentablemente hacen que estas familias sigan teniendo la necesidad de regresar a su lugar de origen y los niños abandonen su tratamiento.

Desde el ministerio de Salud elaboramos una propuesta conjunta, conversada con el Seguro Integral de Salud que es la IAFA que se encarga de la cobertura de estos niños con cáncer. Y la propuesta de modificación era básicamente para que se faculte a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento de Salud (IAFA- Seguro Integral de Salud), para que otorgue un subsidio económico equivalente a estas dos remuneraciones mínimas vitales, por lo menos de forma bimestral, al representante por familia: padre, madre o tutor que tenga un niño o adolescente menor de 18 años afiliado al SIS, que sea diagnosticado de cáncer y que se encuentre en tratamiento, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario.

Y para ello, para que el SIS pueda otorgar este beneficio, había que facultar al SIS para que pueda otorgar un subsidio, que eso tampoco estaba regulado, y que también se hizo la consulta para que eso pueda ser. La idea era que tengamos el análisis de presupuesto, tengamos la anuencia del SIS y con eso poder subir

este documento al CCV con todos los respaldos técnicos a fin de que pueda ser aprobado el tema subsidios.

Sin embargo, nuestra ingrata sorpresa fue que, a pesar de todo, este esfuerzo quedó en que nuevamente ameritaba actualizar la data, en que el presupuesto tenga que ser financiado desde el Ministerio de Salud sin un presupuesto adicional, que creo que eso tampoco era el objetivo, pero esa fue la respuesta. Y aquí simplemente se menciona que el SIS requeriría una modificación para incorporar dentro de sus funciones el tema del financiamiento del subsidio.

Y aquí vienen en esa lámina todos los documentos o informes que se han venido dando desde el Ministerio de Salud sobre la base del tema de la reglamentación de este artículo 6. Y también las consultas que se hicieron e incluso cómo se trabajó con Essalud para elaborar ese aspecto del reglamento de la licencia con goce de haber, por ejemplo; y el momento en que se presenta también esta propuesta a CCV, y también se comenta acerca de cómo fue devuelto con las observaciones del MEF en su momento, que mantiene una postura sobre la necesidad de asegurar el financiamiento por el sector Salud.

Y lo que se ha hecho actualmente solicitar al SIS los datos sobre los beneficiarios actuales del subsidio, porque si usted ha podido revisar lo que nos hemos dado cuenta, según los últimos datos de cáncer en menores de 19 años, vemos que esto ha aumentado con relación a lo que se tenía antes de la pandemia. En el 2019 eran 1800 casos nuevos, y actualmente son alrededor de 1934 lo que se estima. Entonces, vemos que hay un crecimiento, así que es necesario actualizar esa data.

Y aquí también mostramos todos los documentos que se han estado cursando a fin de que tanto OGPP del Minsa y el SIS puedan brindarnos esa información, y también capaz me estoy adelantando a la pregunta hacia Essalud, pero definitivamente a nosotros nos llegó el estudio actuarial de Essalud. Seguramente ellos lo van a informar más a detalle en su momento, pero aquí tenemos los resultados. Igualmente, el pronunciamiento de Essalud con respecto a la licencia con goce de haber que seguramente la van a comentar.

Y aquí el envío desde el Ministerio de Salud de la propuesta de reglamento de licencia que se hizo, la primera desde el año 2022. Esas son las evidencias en las cuales nosotros hemos cursado con respecto a ese punto.

Con respecto al segundo punto, presienta, ustedes solicitan un informe detallado sobre la situación de la detección oportuna y atención integral del cáncer infantil en Perú, con la referencia a establecimientos de salud que atienden cáncer infantil, equipos con los que cuentan, personal médico, incluyendo el número de oncólogos pediatras asignados a los establecimientos de salud a su cargo y tratamientos utilizados.

Comentarle en este momento que hasta casi 5 años el 90% de la atención de niños y adolescentes con cáncer se centraba en Lima. Actualmente contamos con 14 establecimientos a nivel nacional, tanto del Minsa, Essalud y también de las Fuerzas Armadas para el tratamiento de niños y adolescentes con cáncer. Vemos que el 61.5% de niños se atienden en Lima, a diferencia de hace 5 años.

El Ministerio de Salud cubre casi el 60 % de la población; bueno no es que cubra casi el 60% sino que tiene el 60% de establecimientos, 8 de 14; y Essalud tiene 6 de 14 establecimientos a nivel nacional para el tratamiento de niños y adolescentes con cáncer. Y las regiones donde se ubica el tratamiento, como ustedes pueden observar están en Trujillo, Chiclayo, Cusco y Arequipa fuera de Lima. Son estas únicas 4 regiones fuera de Lima que atienden cáncer en niños y adolescentes.

Algo importante que decirle, presidenta, es que los oncólogos pediatras no son los únicos que atienden cáncer en niños y adolescentes en el Perú. Tenemos un gran grupo de más de 50 hematólogos que manejan niños y adolescentes con leucemia en Perú. Y también tenemos alrededor de 40 oncólogos-pediatras, de los cuales alrededor de 2 manejan todos los tumores en niños, llámense leucemias y tumores sólidos; y alrededor de otros 20 que manejan solamente los tumores sólidos.

Definitivamente, desde el Ministerio de Salud nosotros estamos completando una actualización de datos con respecto a eso, porque quiero comentar que hace unos 5 años aproximadamente hemos tenido más de 10 oncólogos pediatras que se han sumado al grupo de especialistas.

Ahora sí, las estrategias. Solo para contarle que hace 5 años el Perú fue escogido como país índice para una iniciativa que se llama la Iniciativa Mundial de Cáncer Infantil; y, en ese aspecto, quería mostrarle los resultados de cara al tercer punto que es la gestión de planes en base a cáncer infantil.

Y comentarle algunos resultados que sí los podemos ver con números, que era algo importante de notar. Sin embargo, no podemos tener una satisfacción completa, puesto que aún hay bastantes aspectos que cubrir.

La señora PRESIDENTA.— Para darle un pequeño respiro, vamos a recibir a los dos colegas, al congresista Varas Meléndez y a la colega Kelly Portalatino Ávalos que se están integrando a esta sesión. Muy buenos días, colegas.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Presidenta, si me permite, también el ingreso del congresista Picón Quedo y la congresista Portero López, quienes también se encuentran en la plataforma.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, señora secretaria.

Continúe, doctora.

La DIRECTORA EJECUTIVA DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER, señora Essy Maradiegue Chirinos (en representación del Ministro de Salud).— Simplemente para mostrarle el análisis de situación de cáncer en niños y adolescentes.

En este momento, la cifra de incidencia de casos ha ascendido, estamos casi en 18 por 100 000 habitantes, y la mortalidad es de 7.4 por 100 000 habitantes. Hay un ligero descenso de la mortalidad si lo comparamos con otros países, pero todavía es un desafío grande, puesto que todavía estamos diagnosticando en estadios avanzados, esa es nuestra realidad aún.

Según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana la sobrevida global es alrededor del 63%, sin embargo, para nuestro país lo ideal sería estar por encima del 70 a 75%. Tenemos en este momento 12 hospitales que cuenta con unidades de oncometología pediátrica; y, como les comentaba, más de 1900 casos por año según la Agencia de Investigación de Cáncer, con respecto al periodo prepandemia que era de 1800, hay un ligero aumento, y se espera que esto sea sostenido a lo largo del tiempo. Sin embargo, con respecto a cáncer en general es menos del 2% del total de casos de cáncer en el país.

8.5% de pacientes abandonan el tratamiento de cáncer en niños y adolescentes, comentarles que hace 5 años esta cifra era alrededor del 18%. Comentarles que tenemos 50 oncomatólogos pediatras aproximadamente para manejar la situación de tratamiento de cáncer en niños y adolescentes. Pero no son los únicos, también tenemos, como les comentaba, hematólogos que manejan la parte de leucemia en niños y adolescentes, alrededor de 1 por 38 casos nuevos. Definitivamente, según el estándar internacional, deberíamos ver 15 casos nuevos por año, pero aquí esta cifra más que se duplica. Entonces, para que vean la cantidad de trabajo que existe.

Aproximadamente, como les comentaba, hay un 70% de centralización de los servicios, y esto se ha reducido de alguna manera, desconcentrando los servicios en Lima a nivel de distintos hospitales. Ya no solamente INEN, no solamente San Borja, sino que, en el Instituto del Niño de Breña, en el Hospital Carrión, en el Hospital Dos de Mayo ya se brinda diagnóstico y tratamiento definitivo.

Contamos con un plan de cáncer de niños y de adultos, que este año vence, hasta el año 2024. **(3)**

Esto simplemente es para mostrar lo que la iniciativa ha hecho durante estos últimos años, que es favorecer la producción de normas.

Estas son las áreas de oportunidad que se han trabajado en cáncer infantil, que el Ministerio de Salud ha trabajado, tanto en la parte de registro como en el retraso de diagnósticos.

Vemos que ha habido un descenso de 107 días a 57 días, y en la centralización de los servicios del 90% al 70%, en el abandono del tratamiento del 18 al 8.5%.

No son cifras que nos puedan poner en una situación ideal, porque idealmente deberíamos hacer un diagnóstico en 30 días, la centralización de los servicios debería estar mucho menor, y el abandono del tratamiento menos del 5%, que es lo que nos hemos planteado como meta para estos tres años siguientes.

Hay una serie de pasos que estamos trabajando, tanto el Ministerio de Salud como la OPDS y Saint Jude, un hospital de los Estados Unidos, para intentar mejorar esta situación.

Esto es en base a un paquete técnico.

Y hay algunas respuestas positivas.

Por ejemplo, en la Escuela Nacional de Salud Pública se ha logrado articular un programa de cuidados integrales de cáncer pediátrico, que mira no solo el diagnóstico temprano, sino los cuidados paliativos y también la parte de cuidado psicosocial.

Y también se ha trabajado con el Organismo Regional Andino de Salud en un curso a nivel de las zonas vulnerables, y este curso es de diagnóstico precoz compartido con otros países de la región, como son Venezuela, Colombia, Ecuador, Chile.

Se ha logrado abrir también algunas salas.

Se amplió la sala de hospitalización del INEN. Se apertura la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

En el Instituto del Niño de San Borja se incrementaron también pruebas para mejorar los diagnósticos de leucemia.

Se han implementado servicios de oncología pediátrica en los hospitales del Instituto de Breña, el Hospital Carrión, el Hospital Sabogal, el Dos de Mayo, y se espera que para este año podamos conseguirlo en Cayetano Heredia y en el Hospital María Auxiliadora.

Creo que la Ley Nacional de Cáncer complementa de alguna manera lo que se trabajó en la Ley de Cáncer Infantil, que solo abordó cuatro áreas de oportunidad importantes en este problema.

Sin embargo, la Ley Nacional de Cáncer complementa el trabajo en el sentido que, hay fortalecimiento de la infraestructura, equipamiento, el tema de la cobertura de atención integral de la sospecha oncológica, y los medicamentos o suministros oncológicos.

Estos son los medicamentos oncológicos de alto costo, los que están en fosforescente, que sirven para las patologías en niños y adolescentes.

Hay una serie de normativas que estamos trabajando, que están vías de aprobación en el Ministerio de Salud, y creo que la parte más importante es lo que estamos pretendiendo este año con la

Guía de Práctica Clínica de Leucemia, como la enfermedad más frecuente de los niños y adolescentes.

También hemos tratado de fortalecer la telemedicina, que nos ha ayudado mucho durante la época de pandemia y que ahora estamos continuando para el seguimiento de los pacientes oncológicos. Eso ha favorecido la desconcentración en la atención.

También hemos podido evaluar los servicios de oncología pediátrica de los cinco establecimientos más importantes, como son el Hospital Almenara, Rebagliati, el Instituto de San Borja, el IREN Sur y el INEN.

Hemos hecho una serie de recomendaciones y seguimientos para fortalecer los registros, mejorar la infraestructura y las guías de atención.

Tenemos el observatorio de acceso público, que estamos reestructurando para que tenga una información real y oportuna.

Esto es un estudio de gastos de bolsillo que siempre lo traigo a colación, solamente para decirles que en las familias de los niños y adolescentes con cáncer el gasto que se genera cuando un niño tiene diagnóstico de cáncer significa un gasto catastrófico para la familia.

Esto involucra a más de 40% del gasto del ingreso familiar. Antes del diagnóstico, alrededor del 86%. Después del diagnóstico, 75%.

Definitivamente, tener un hijo con cáncer en la familia empobrece.

Por ello, hemos hecho estas iniciativas, como la modificatoria de este subsidio.

Comentarles que desde el presupuesto de este año, Año Fiscal 2024, para cáncer infantil están contenidas, en la parte de contratación de profesionales, técnicos y asistenciales, dentro de esa partida de 66 millones, hay contratación para oncólogos pediatras a nivel de las regiones.

Igualmente, la compra centralizada de equipamiento médico y biomédico, con la adquisición de tomógrafos, resonadores y ecógrafos, también favorece a la detección temprana de cáncer infantil.

Igualmente, la compra centralizada de los recursos estratégicos o suministros.

Eso lo podemos ver en esta gráfica, donde se observa en amarillo lo que también favorece a los niños y adolescentes con cáncer.

Se trata de dos resonadores, siete tomógrafos y los ecógrafos, que están distribuidos alrededor de 33 en la compra de este año.

También se fortalecido la anatomía patológica de cáncer en el Perú, tratando de llevarla a nivel de regiones. Eso también va

a permitir mejorar la calidad de diagnóstico de cáncer en niños y adolescentes.

Dentro de los planes, presidenta, está en primer lugar la elaboración la elaboración del Plan Nacional de Cáncer Multisectorial en Menores de 18 Años.

Promover la implementación de una red oncológica nacional que no solamente involucre desde la sospecha de diagnóstico sino la terapia de rehabilitación, cuidados paliativos.

Incluir la capacitación en diagnóstico precoz, implementar más servicios de oncohematología pediátrica, como le comentaba, en Cayetano, en María Auxiliadora, en Lambayeque y el IREN Centro.

Establecer parámetros y promover los centros de excelencia en atención de cáncer infantil e implementar el Registro de Cáncer Pediátrico a nivel nacional.

Asimismo, obtener un financiamiento específico para algunos tumores sólidos de cáncer infantil, incluirlos en el programa presupuestal como es el tema de los tumores cerebrales y algunos tumores abdominales, que no están incluidos.

Y normar las estrategias de abandono de tratamiento.

Creo que con eso respondería las tres preguntas.

La señora PRESIDENTA.— Muchas gracias, doctora.

¿Algunos técnicos del Minsa quisieran exponer algo, para pasar a las preguntas?

Está abierto el campo para poder hacer las preguntas.

La doctora Kelly Portalatino tiene la palabra.

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

Primero, quiero saludar esta sesión y este punto de agenda, que es importante.

Nosotras como madres y probablemente hemos sido parte de familiares que han padecido de cáncer, tanto cáncer infantil o cáncer en adultos, sabemos cuál es el desgaste emocional y económico para miles o millones de familias.

Quiero iniciar, presidenta, saludando a nuestro colega Elías Varas y a todo el equipo técnico, al Ministerio de Salud, a la doctora que se ha insertado en esta dirección tan importante, y hay un reto muy importante por seguir avanzando.

Y también a los diferentes funcionarios del Estado, que hoy nos acompañan.

Presidenta, hemos escuchado atentamente, por lo que quiero hacer la pregunta sobre algo que ha sido muy cuestionada y salió por los medios nacionales.

Se hizo una licitación para la adquisición de tomógrafos a nivel nacional, y el exfuncionario que presidía DPCAN manifestaba que

era la responsabilidad tanto por la parte del contratista como por la parte de la unidad usuaria, que no había implementado para la contratación del recurso humano, que ellos deberían garantizar el recurso humano, para darle esta operatividad a este bien que va a ayudar a diagnosticar, dar tratamiento y seguimiento de los niños y niñas con cáncer, y también de cáncer en adultos.

Alrededor da esa información a la fecha, porque ya pasó un buen tiempo, si ya se ha cumplido en dar todas las condiciones técnica-sanitarias para que se pueda adaptar y operativizar el tomógrafo resonador.

Y si ya contamos con el recurso humano para que pueda prestar ese servicio prestacional en las unidades oncológicas que han sido destinadas para los diferentes establecimientos de salud.

Y el tercero, ¿ese personal de salud cuenta con la capacidad?, ¿está con la asistencia técnica necesaria, según la empresa, el proveedor?

Presidenta, hemos visto que una de las brechas de recursos humanos son los médicos especialistas.

El gran reto que le toca a la doctora que representa esta importante Dirección Nacional de Cáncer, es que podamos mejorar las cifras. No podemos permitir que hasta la fecha se pueda tener 50 oncohematólogos pediatras a nivel nacional.

Toda esa población está concentrada en la capital, más del 80%, teniendo en consideración que todavía no se ha aprobado la doble percepción para que no sean sancionados nuestros médicos especialistas.

Entonces, mi pregunta es: ¿Qué está haciendo el área de DPCAN en acciones de articular con este importante organismo, que es CONAREME?

CONAREME ya debió implementar políticas públicas o directivas para este año fiscal que salgan dos residentes médicos, y hasta la fecha no existen.

Esto lo venimos pidiendo desde la Comisión de Salud, lo venimos pidiendo desde esta Comisión Especial de Cáncer, porque es una de las brechas de recursos humanos críticos, porque no es posible que tengamos 50 oncohematólogos pediatras.

Hoy en día hay considerar, presidente, que CONAREME es una institución que está enriqueciendo sus arcas y probablemente para los propios funcionarios. Están comprando bienes no para fortalecer la institución.

El recurso ordinario que ingresa, esas recaudaciones, debe servir para impulsar la ampliación de plazas o más campos clínicos, para tener más médicos generales con segunda especialización.

No hay una política clara. Probablemente ya exista. Sin embargo, quiero mencionar lo siguiente.

Siempre CONAREME y la cúpula, porque hay una élite, y hay que decirlo con sus nombres propios, presidenta... siempre hemos tenido iniciativas legislativas para cerrar esta brecha.

Sabemos que hay plazas cautivas, médicos generales nombrados, que desean tener oportunidad para participar y especializarse.

Los médicos no solo quieren hacer una segunda especialización, sino también una tercera especialización.

No tenemos siquiera un oncólogo pediatra de retina, y así sucesivamente en las diferentes especialidades.

Presidenta, la siguiente pregunta que me preocupa es sobre el retraso de diagnóstico.

Estamos hablando que debe ser diferenciado el trato. **(4)**

Específicamente el retraso de diagnóstico... si la realidad en la capital es caótica, es crítica para el diagnóstico, no es que se supone que dentro de las normas sanitarias deban ser dentro de los 30 días, pero vemos el embalse, vemos la falta de tecnologías que requieren los establecimientos de salud o la falta de recursos humanos.

Si nosotros vamos por la parte del (ininteligible), presidenta, es terrible. Tenemos cuántos DIRENE, presidenta. Tenemos Junín, tenemos Arequipa, tenemos Trujillo.

Y vuelvo a decir, presidenta, a través suyo, que le queda un reto muy importante.

Hemos modernizado la Ley General del Cáncer, le estamos dando ciertas facultades al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, pero también que se cumpla con el resultado.

Hoy los institutos regionales de enfermedades neoplásicas, las pocas que existen, se encuentran colapsadas, se encuentra con falta de profesionales multidisciplinarios para abordar el diagnóstico oportuno.

Ojo, presidenta, por su intermedio, si nosotros estamos dotándoles mayor presupuesto a la detección de prevención y control de cáncer, tenemos que aplicar y modernizar las políticas públicas.

Cómo es posible, presidenta, que en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud hasta la fecha, y lamentamos, y gracias a Dios ya se fue el exdirector general de DPCAN, porque tantos años ha estado y no ha hecho nada por la institución.

En el primer nivel de atención hoy existen consultorios preventorios oncológicos, que prácticamente es como un consultorio externo.

Al preventorio oncológico, presidenta, se le tiene que dotar de equipos tecnológicos, para que el médico general o en su calidad de hacer campañas integrales descentralizadas tenga todos los insumos.

¿Dónde está la prevención y el control, presidenta? No existe. Tratamos de cumplir por cumplir.

Quiero culminar mi primera participación, presidenta, porque esto es muy extenso.

La problemática no viene de ahora, viene de décadas. Necesitamos voluntad y decisión política.

Creo que el señor ministro... por eso ha optado por cambiarlo, porque ha identificado la problemática de raíz. Pienso de esa naturaleza. Y espero que sea así.

Tenemos la información de que la centralización que ratifica lo que estamos hablando, porque debe ser diferenciado el trato tanto del Macro oriente, que ahí el costo de vida es altísimo, y que los casos nuevos de diagnóstico de cáncer infantil y de cáncer de adultos llegan al INEN, y ya está colapsado. Y, obviamente, no tenemos una torre pediátrica, presidenta.

De igual manera pasa en el Seguro Social. El Hospital Almenara no tiene consultorios pediátricos, atienden en la Unidad de Hospitalización.

Esa es la cruda realidad que pasa la salud pública en nuestro Estado peruano.

Obviamente, necesitamos continuar con estas preguntas.

¿Con cuántos recursos especializados cuenta RENETSA, IETSI y Digemid para la evaluación de las tecnologías sanitarias?

¿Cuántas moléculas en este momento están en fase de evaluación y cuándo se publicarán estos dictámenes?

¿Cuántas horas al día trabajan estos recursos humanos, cuáles son sus tipos de contratos y vínculos con la institución?

¿Cómo se evalúa la productividad de estos funcionarios? ¿Cuáles son sus remuneraciones?

Quiero hacer un pequeño comentario.

Se supone, presidenta, que estos especialistas tienen que dar celeridad, diligencia y eficiencia, cumplir con todos los requisitos sanitarios, según los estudios tecnológicos y también la metodología.

Pero hay un embalse, presidenta. Así como les pagan un buen sueldo, también tienen que ser eficientes y eficaces.

El último, presidenta.

¿Cómo es el proceso de evaluación y cómo se realiza la convocatoria para los especialistas en lo que corresponde al

estudio de las diferentes moléculas, que requieren atención y prioridad?

Gracias, presidenta.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, doctora Portalatino.

La respuesta, doctora.

La DIRECTORA EJECUTIVA DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER, señora Essy Maradiegue Chirinos (en representación del Ministro de Salud).— La primera pregunta fue respecto al tema de los equipos.

Respecto al tema de los equipos, es cierto, se compraron 29 mamógrafos, que en este momento ya están operativos y con evidencia de funcionamiento hacia la población, todos a nivel de Lima y Callao.

A nivel de las regiones.

A este momento todos están con licencia en trámite de IPEN. Están funcionando fuera de Lima alrededor de seis o siete establecimientos más, y esperamos que para fines de abril ya estén al 100%.

Respecto al tema de los tomógrafos, doctora, comentarle que se han distribuido los tomógrafos a nivel de Lima Norte, Lima Sur, Ancash, Cusco, y Ucayali.

Estos tomógrafos en están en período de prueba. Todos ellos están instalados en este momento por la contratista, y están en proceso de prueba.

También se espera que para mayo estén ya al 100%.

Por ejemplo, el Hospital Tupac Amaru del Cusco y el Eleazar Guzmán Barrón inician protocolos de prueba hoy.

Respecto a los resonadores, son dos tanto en Cayetano Heredia como en María Auxiliadora.

En María Auxiliadora ya está al 90%, y va a iniciar protocolos de prueba el día 22 de abril.

El de Cayetano Heredia está pendiente programar el protocolo de prueba, pero ya está pendiente la entrega de un transformador para ajustar el tema de energía eléctrica. También se espera que para mayo ya esté en funcionamiento.

Hemos elaborado un cronograma de monitoreo. Personalmente he estado yendo a los de Lima. También estamos haciendo un programa para ir hacia regiones, a fin de poner a punto todos ellos.

Algo interesante de esto es que, con esto no solamente estamos beneficiando el cáncer, sino estamos beneficiando una serie de enfermedades. Así que somos conscientes de eso.

No solamente la Dirección de Cáncer, sino la Oficina de Administración, la Dirección de Ingeniería y Equipamiento del Ministerio de Salud, de la Dirección General de Operaciones.

Estamos haciendo un trabajo coordinado y en conjunto para poner a punto estos equipamientos.

Respecto a su segundo punto, doctora, coincido perfectamente con usted.

Existe una formación de recurso humano muy disminuida. Y esto tiene que ver con muchos aspectos. Creo que no es momento de explayarme porque los pediatras generales no quieren ser oncohematologos pediatras.

Influye una serie de aspectos que no solamente tiene que ver con la formación, sino con el sistema de trabajo y las oportunidades laborales para tratar esta enfermedad.

Sin embargo, comentarle que hemos hecho una gestión, a fin de incrementar las plazas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, que actualmente funciona con tres residentes, incrementar las plazas a ocho. Y también gestionar las plazas cautivas.

Porque, como bien dice usted, existen médicos pediatras a nivel de las regiones que tienen la necesidad, por ejemplo, a nivel de Cusco o a nivel del norte, que se les daría la oportunidad a través de plazas cautivas de poder postular hacia una universidad y poder tener la especialidad.

Otro aspecto importante, y también coincido, es el tema de modernizar las políticas públicas.

Estamos tratando de actualizar, por ejemplo, la directiva de cáncer de cuello uterino mama, y contamos con una directiva de diagnóstico precoz de cáncer infantil.

Creo que eso nos ha permitido de alguna manera ordenarnos. Sin embargo, es necesario no solamente la normativa, sino brindar distintas estrategias, usar la telemedicina, mejorar el tema de la capacitación, articularnos con EsSalud y Fuerzas Armadas, que eso también estamos tratando de hacer, a fin de ampliar la cobertura hacia los distintos especialistas y profesionales de la salud en el conocimiento y la detección temprana de cáncer infantil, en este punto.

Otro aspecto importante es el siguiente.

El cáncer en niños y adolescentes es una problemática que, la verdad, no solamente se va a resolver con descentralización.

¿Qué significa? Se necesitan de algunos centros especializados para tratar la enfermedad más frecuente de niños y adolescentes, como es la leucemia.

Por eso, ustedes ven que no es fácil descentralizar. La estrategia que hemos adoptado es desconcentrar. ¿Qué significa?

Que los establecimientos de nivel 3, que muchos de ellos están en Lima y que pueden brindar atención de calidad y diagnóstico adecuado a niños y adolescentes, pues están aperturando servicios de oncohematología pediátrica.

Y nuestro objetivo es que esto sea una cascada, mientras se va fortaleciendo y mejorando a nivel de regiones, y que ellos puedan tratar cáncer en niños y adolescentes.

También es importante que esto se pueda articular en Minsa y en EsSalud, porque vale decir que en el norte de nuestro país, por ejemplo, el Hospital Preciso Belén de Trujillo contamos con oncólogo pediatra que ve principalmente tumores sólidos, pero al lado tenemos el Hospital Virgen de la Puerta, que tiene un hematólogo maneja leucemias, incluso están aperturando una unidad de trasplantes.

Entonces, desde aquí invocaría a que nos apoyen para fortalecer el tema del intercambio prestacional y que más niños puedan ser tratados en el norte.

La señora PRESIDENTA.— ¿Alguna otra pregunta?

El señor VARAS MELENDEZ (CD-JPP).— Gracias, presidenta.

Saludar a todos los funcionarios de EsSalud y del Ministerio de Salud.

Quién puede dudar a la fecha que el tema de la salud está demasiado descuidado.

Quién puede dudar que a la fecha el motivo que el día de hoy encontremos acá a los funcionarios para que den cuenta referente a lo que es la implementación de la Ley 31041, Ley del Cáncer del Niño y del Adolescente.

Realmente, una cosa es la teoría cuando tratamos de explicar y otra cosa es la práctica, cómo están los hospitales de abandonados.

Es cierto, el Perú ahorita es un gran problema. No sabemos a dónde vamos en el tema de la salud, de la agricultura, en todos los sectores.

Entonces, el escuchar acá a la funcionaria del Ministerio de Salud sobre lo que están haciendo, sobre las brechas que tienen, hace que lo vea como una ilusión, que no va a haber capacidad para resarcir o empezar a trabajar en esto.

Me dirán: Por qué es tan pesimista. No es que sea pesimista.

Para empezar, cuántos centros hospitalarios están adecuados para atender a pacientes niños y adolescentes en el tema del cáncer.

Veamos el tema de la infraestructura, el tema de equipamiento y el tema de los recursos humanos.

Estoy seguro que ustedes se van a dar la respuesta ahí. Me dirán: "No, hay 12". Pero cómo está el nivel de complejidad para el diagnóstico.

No solamente se trata de nominarlo mediante una resolución, sino veamos qué problemas resuelve.

Vayamos a lo más cercano, para ir descendiendo. Tenemos Junín y tenemos el IREN La Libertad. Cómo están con el tema del cáncer en niños y en adolescentes.

Ustedes, con la mano al pecho, estoy seguro que se van a dar cuenta que no está realmente implementado para hacer ese tipo de atenciones.

El de Arequipa, no tengo la suerte de conocer. Pero estoy seguro que está en las mismas condiciones.

Entonces, ustedes se van a ir dando cuenta que todo se ha centralizado. Y cuando se centraliza, es muy delicado, porque ahí van a tener que ver el tema de las referencias, todo un tema burocrático que, lejos de ser una solución, es un maltrato para el usuario.

Tratar de dar una solución, porque el día de hoy se le ha convocado por parte de esta Comisión para que nos explique el tema del subsidio oncológico, la situación de la detección oportuna y atención integral del cáncer infantil, y el plan de gestión para fortalecer y mejorar los servicios de oncología.

(5)

Ha tratado de mostrarnos alguna información, pero no es el objetivo que nosotros todos hemos venido a escuchar acá.

Ahora, el tema del Cenares es un fracaso.

Hace buen rato el tema de las compras centralizadas corporativas es un fracaso, porque no podemos pretender agotar un proceso administrativo como exige la OSCE para la adquisición de medicamentos que a veces se necesitan rápido.

Y mientras se hacen todos los procesos de licitación, hasta ahí el paciente vaya a ver qué ha pasado. De repente ya es un difunto más y pasa a formar parte de la cifra de mortalidad.

Entonces, el Ministerio de Salud tiene que adecuar los procesos administrativos de acuerdo a la necesidad que tiene el paciente, individualizarlo.

En ese sentido, presidente, considero que el Ministerio de Salud, como ente rector, tiene que entender que no todo se tiene que hacer bajo las mismas leyes o los mismos procesos administrativos, porque no va a poder solucionar de manera oportuna los problemas.

Pero cómo saber que tiene los problemas si no nace ninguna iniciativa desde el seno del Ministerio de Salud. Cómo poderlos ayudar.

Lo otro, es con el tema de los mamógrafos, gran problema.

Miren cuándo se adquirieron, cuándo se distribuyeron y cuándo se están haciendo las pruebas. Mientras tanto hay una población demandante que se acumula cada día más.

Lo preventorios son nominación nada más, porque no hay recursos humanos especializados, en primer orden.

Segundo, no hay el equipamiento adecuado, solamente se limitan prácticamente al examen físico, y no hay implementación de equipos para llegar a la detección del cáncer. No hay. Todavía se tiene que migrar a los hospitales de nivel 2 o 3.

Y eso no fue lo que se pretendía en un momento, hacer la detección oportuna y en su localidad con el tema del cáncer.

Quiero hacer una pregunta puntual, para ver el nivel de deficiencia que tenemos y el tema de la fragmentación y fraccionamiento de nuestro sistema de salud.

¿Cuántos convenios ha celebrado el Ministerio de Salud con EsSalud y las Fuerzas Armadas para ver el tema del cáncer en adolescentes y en niños?

Quiero una respuesta puntual.

Con esa respuesta, presidente, me van a decir que están interesados en el problema del cáncer del niño y del adolescente.

Muchas gracias, presidente.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, doctor Varas.

Doctora, le hago dos preguntitas para que pueda resolverlas.

¿Tiene alguna propuesta de modificación del Reglamento de la Ley del Cáncer Infantil?

Para que este caso del subsidio infantil lo tome el Ministerio de Trabajo, ya que la norma dice que lo debe hacer el Minsa.

El subsidio oncológico, en el artículo 6 de la Ley 321041, Ley de urgencia médica para la atención oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, así como su respectivo reglamento, con la finalidad de garantizar la atención oncológica oportuna y adecuada, para la protección de los derechos de las personas con esta enfermedad.

Inclusive, la Defensoría del Pueblo refería que lleva más de dos años sin cumplirse esta norma o ley.

La falta de implementación de las redes oncológicas.

La Defensoría del Pueblo refieren en el artículo que el Estado es quien debe brindar el apoyo económico a las familias de los niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer, ya que es una ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, y su respectivo reglamento.

Se dispuso la implementación del subsidio oncológico, y han pasado dos años y hasta el momento no se implemente.

Inclusive, la Defensoría del Pueblo solicitaba que se apoye o cubran tanto en el transporte como de las personas que están con cáncer, sobre todo en su estadía.

¿Y tiene alguna iniciativa desde el Ejecutivo de incluir en ese subsidio a los que tengan SIS?

Hay una propuesta del proyecto de ley que le acabo de leer, doctora, este tema es muy delicado.

Nosotros, a través de esta Comisión, queremos pedirle que, por favor, tomen interés...

Al inicio le dije que el mismo problema lo vemos tanto en Minsa como en EsSalud, y este problema cada vez se va agudizando más.

En lo del Minsa, los establecimientos que hemos visitado tienen la referencia: "Inclusive no hay camas".

Las sillas donde se van a administrar los medicamentos no hay. Los mismos pacientes tienen que a veces vérselas cómo reunir dinero para poder comprar.

Entonces, ya lo dicen los colegas que nosotros estamos visitando constantemente a este grupo de personas, y vemos que no hay mejoría.

Hasta la misma Defensoría del Pueblo se ha tomado la facultad de pronunciarse, pero queremos, doctora, que a través de usted, que ha entrado, se cambie este panorama, que sea una nueva forma de tomar conciencia con este grupo de personas, que en algunos momentos podemos estar, la que habla, cualquiera de los que estamos acá, y que nos gustaría ya conseguir todas normas que se han dado ya, y que nos pertenecen por ley a que nosotros tengamos una atención adecuada por profesionales, con medicamentos de última generación, doctora.

Seguimos con este mismo problema que no hay cuando acabar.

Esperamos su respuesta, doctora.

La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).— Gracias, presidenta.

Había mencionado, así como usted, presidenta y el congresista Elías Varas, sobre el tema de los institutos regionales descentralizados, qué directivas ha implementado para fortalecer estos institutos, porque están bajo su cargo, hasta que no se implemente lo que ya se ha promulgado.

Usted lo ha dicho, como ya colapsó y no hay recurso humano, tampoco hay insumos biomédicos, los laboratorios se encuentran desabastecidos por diferentes situaciones, y una de ellas por la administración de la unidad ejecutora.

Acá quiero dejar bien claro lo siguiente:

Qué acciones están haciendo también para la modificación de la Ley de Contrataciones del Estado que se originó y nosotros impulsamos, presidenta, para las modificaciones diferenciadas de adquisiciones de fármacos esenciales y de alto costo se puedan tomar como prioridad.

Y eso el Minsa lo ha derivado al MEF, y en el MEF está entrampado.

Por intermedio suyo también, qué acciones se están haciendo, qué mecanismos, qué estrategias, presidenta.

Para finalizar, el punto acá es que vemos nosotros que los proveedores que se insertan en las licitaciones están poniendo trabas.

Qué mecanismos van a hacer. O sea, ¿van a sancionar? Ellos demoran en la entrega y están infringiendo el contrato, no están entregando en el tiempo oportuno con diferentes justificaciones.

Eso también genera sobrevaloración de aquellas compras regionales o las compras de emergencia de las unidades ejecutoras, presidenta, y ellos esperan que se les espere, todas las unidades ejecutoras, y recién ahí se compra.

Pero deben generarse políticas públicas por parte del DPCAN o el INEN.

Presidente, como usted dice, cosas concretas, y que precise, porque es una responsabilidad muy grande que está asumiendo y necesitamos nosotros que se vea a corto o mediano plazo la evidencia de resultados.

Gracias.

La DIRECTORA EJECUTIVA DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER, señora Essy Maradiegue Chirinos (en representación del Ministro de Salud).— Gracias por los comentarios muy concretos que reflejan de alguna manera la problemática.

Lo primero que hemos hecho la semana pasada, el 4 y 5 de abril, y del 8 al 12, aparte de mirar todos los pasivos de la gestión previa, los equipamientos, etcétera, hemos hecho un análisis situacional a través de una misión internacional que nos ha venido a evaluar acerca de la situación del cáncer a nivel del país.

Hemos viajado a nivel Loreto, Iquitos, el norte, Trujillo, Arequipa, Cusco, y hemos visitado diversos establecimientos a nivel de Lima, justamente para evaluar el tema de la problemática del cáncer.

Puntualmente, a nivel de los IREN, nosotros estamos sosteniendo reuniones con INEN, en el marco de la Red Oncológica Nacional, y nuestro objetivo es trabajar como indica la ley a nivel de red.

Para ello, era necesario conocer el diagnóstico situacional.

Como bien dijo el congresista Varas, en cuestión de cáncer infantil el IREN Centro en este momento no cuenta con una unidad de oncohematología pediátrica por falta de especialistas.

En su momento hubo un especialista, y lo más interesante que ahí haya infraestructura.

Sin embargo, este especialista tuvo que por equis motivos renunciar y migrar hacia Lima.

Lo que ha favorecido el conocer esta problemática, se ha gestionado para que existan, a través de este decreto de urgencia, que las contrataciones CAS que se están cayendo como desiertas, pues puedan utilizarse locadores de servicios o trasladar especialistas a determinadas zonas, a fin de que podamos tener el recurso humano disponible.

Realmente, no es sencillo abordar de manera puntual un establecimiento.

Para manejar el cáncer infantil y decir: "Vamos a descentralizar", esto tiene que ser un proceso.

Comentarle que en Arequipa por lo menos tenemos más de 60 casos nuevos por año.

En La Libertad alrededor de 100.

En Cusco alrededor de 50 casos.

Nos gustaría que así fueran en el IREN Centro y en otros establecimientos, pero esto es parte del trabajo que nos estamos proponiendo realizar.

Respecto a los convenios de EsSalud o de Fuerzas Armadas.

Estamos trabajando en paralelo, porque no puedo esperar la aprobación de un convenio.

¿Qué estamos haciendo? Me he reunido tanto con el coronel de las Fuerzas Armadas, que lleva a cabo la parte de diagnóstico precoz, y se está estableciendo con ellos actividades.

Una de ellas, por ejemplo, son campañas a nivel de cobertura de VPH y de detección temprana de cáncer en general, desde cáncer infantil hasta adulto, porque es una necesidad.

Respecto a EsSalud, también mantenemos reuniones con nuestros colegas, no desde ahora, sino ya hace más de cinco años que venimos trabajando con ellos en el marco de esta iniciativa mundial de cáncer infantil.

No miraría el vaso en el caso de cáncer infantil tan vacío, la verdad. Lo miraría medio lleno. Y no con un afán de vender una falsa idea, sino, por el contrario, existen números que respaldan que sí hay cierto avance.

No es lo ideal, como le comentaba, pero sí hay reducción en los tiempos de diagnóstico, hay reducción en el abandono del

tratamiento, hay disminución de la centralización de los servicios.

Claro, esto tiene que ser un proceso que continúe perseverante. Como decía la doctora Kelly Portalatino, esto es un gran desafío no solo desde el punto de vista del cáncer infantil, sino del cáncer en general.

El presupuesto, como ustedes ven, es de alrededor...

Si ustedes las cifras, vemos que en la partida de lo que corresponde a medicamentos es aproximadamente del 50%. Es decir, **(6)** durante estos años nos hemos ido hacia la parte recuperativa del cáncer, y realmente debemos ir hacia la parte de prevención, porque sabemos que el cáncer se puede prevenir en alrededor del 40%.

Entonces, de hecho, hay mucho por trabajar, pero aquí mi compromiso por mejorar esta situación.

No sé si con eso habría respondido.

Perdón.

Me preguntó sobre la modificatoria, sí, yo estoy llana a conversar con su equipo, por qué desde el Ministerio de Salud en su momento no se pudo reglamentar esa parte que me tocó también estar en ese tema, pero me gustaría conversar, capaz, con su equipo de asesores para ver cómo podemos sacar este reglamento de la ley sin afectar y que todos tengan un derecho al subsidio.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, doctora.

Culminada la presentación de los funcionarios del MINSA les damos las gracias a cada uno de ellos, doctora, también a usted, por haber participado en esta sesión, así como los aportes brindados que ayudarán a los congresistas miembros de esta comisión, ya que nuestra labor de coordinación, monitoreo, y fiscalización sobre los avances de la prevención y control del cáncer.

Le invitamos abandonar la sala si en caso lo requiera, doctora, o pueden mantenerse también acá para también después apoyar en propuestas, ya que nuevamente los congresistas estarán haciendo las preguntas debidas a los diferentes ponentes.

A continuación, vamos a invitar a los representantes de EsSalud, a hacer el uso de la palabra, en nombre de su presidenta ejecutiva, quien ha solicitado la dispensa debido a su ausencia ya le hemos considerado en la agenda programada.

Por encontrarse con motivos ajenos, no ha podido venir y se encuentra en la sala los siguientes funcionarios: Katya Yolanda Chávez Romero, gerente general de Prestaciones de Salud; Alberto Barrenechea Pastor, gerente central de Seguros y Prestaciones Económicas; y, Gino Alejandro Trejo Maguiña, gerente central de Asesoría Jurídica.

Tenemos como primer ponente a la doctora Katya Yolanda Chávez Romero, gerente general de Prestaciones de Salud, a fin de que presente su exposición.

-Intervención fuera de micrófono.

La GERENTE GENERAL DE PRESTACIONES DE SALUD DE ESSALUD, señora Katya Yolanda Chávez Romero.— Señora Presidenta [...?] también los saludos correspondientes.

Comenzamos la presentación con la exposición del doctor Barrenechea, del orden de la agenda que nos ha alcanzado.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA.— Perfecto.

Proceda, doctor Alberto Barrenechea Pastor.

Bienvenido.

El GERENTE CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DE ESSALUD, señor Alberto Barrenechea Pastor.— Gracias.

Buenos días; buenos días, con todos; buenos días, señores congresistas; buenos días, Presidenta de la comisión; funcionarios del Ministerio de Salud.

Gracias por invitarnos a este importante tema relacionado con el cáncer infantil.

Tenemos dos encargos, primero voy a tratar la parte económica, de financiamiento y luego daré pase a la doctora Katya Chávez para ver la parte relacionada con el informe de gestión prestacional.

¿Pudieran poner la presentación, por favor?

Gracias.

Bueno, efectivamente, tenemos esta ley que fue, como todos saben, emitida en el año 2020 en pleno proceso de la pandemia, con lo cual ya en la aplicación y en el entorno en el cual se desarrolló la ley, evidentemente, era un contexto en el que ya cambió; o sea, estábamos todos con la premura de la pandemia y, probablemente, a partir de ahí se generaron ciertas externalidades que, como bien mencionó el Ministerio de Salud, se observan el día de hoy como, por ejemplo, en pandemia priorizaron las atenciones COVID y, evidentemente, se postergaron muchos tratamientos entre los cuales se incluían los temas de cáncer.

Esto se ha visto que después de la pandemia se observara un crecimiento relativo en cuanto al número de casos de pacientes con cáncer o en general pacientes de alto costo en todas las prestaciones.

También fue un contexto difícil durante la pandemia el poder coordinar con las autoridades, porque todos estábamos dándole prioridad a la pandemia y como tal hacer las consultas

relacionadas específicas con la ley. En 2020 era un contexto complicado de hacer, porque, repito, todos estábamos ocupados dándole prioridad al tema de la pandemia.

Por tanto, mucho de la ley, mucho del reglamento, que estaba pendiente se quedó en procesos de coordinaciones a nivel de correos electrónicos o entrevistas telefónicas básicamente, y por eso seguramente han quedado temas pendientes por especificar o por resolver.

Como dije al principio, voy a dedicarme un poco más a ver la parte económica, financiera y luego daré pase a la parte prestacional.

Comentar el hecho de que nuestra institución, el Seguro Social de Salud, EsSalud, nos regimos por leyes específicas dentro del ámbito del Ministerio de Trabajo, tenemos una suerte de responsabilidad para con nuestros asegurados y empleadores; nos regimos también de acuerdo con la responsabilidad de gestión pública en el financiamiento, por ver también el financiamiento de las prestaciones de salud, tanto las de bajo costo, mediano costo, como las de alto costo, en la responsabilidad de nuestros más de once millones de asegurados.

Periódicamente nosotros tenemos un convenio con la Organización Internacional del Trabajo para que realice estudios sectoriales que permitan de alguna manera ir viendo cómo va nuestra situación económica financiera, cómo va nuestra sostenibilidad, cómo va nuestra viabilidad económica institucional en el tiempo, para ver si efectivamente los ingresos de recaudación permiten financiar a cabalidad las prestaciones de EsSalud, económicas y sociales que por ley nos es encomendada.

Digo esto, porque es importante cualquier iniciativa, cualquier proyecto de ley, cualquier propuesta que pueda darse, tiene que ser siempre evaluada. Como bien nos han solicitado el día de hoy con un extra tutorial que lo respalde para que vea el impacto de la medida; más aún, si está en juego el pago de una prestación económica o la extensión de un derecho de una prestación de salud o la inclusión de un grupo de beneficiarios.

Cualquiera sea las tres situaciones, tenemos que volver al impacto económico financiero que implica esto en el fondo del presupuesto institucional, para ver si es que es posible financiarlo.

Como mencioné, el contexto del entorno en que se da y esto es más un tema del Sistema de Salud, existen dos grandes financiadores del sistema; por un lado, está el financiamiento público, que está a cargo del SIS, el FISSAL y también los programas presupuestales del Ministerio de Salud y el presupuesto de los gobiernos regionales que es el que ustedes como congresistas aprueban anualmente; y, por otro lado, está el financiamiento del Seguro Social. Ambos somos los dos grandes

operadores que en el Sistema financiamos las atenciones de salud de todo el país.

Aproximadamente, el 70% de la responsabilidad de los beneficiarios está a cargo del sistema público; y, aproximadamente, el 30% a cargo de nosotros como Seguridad Social.

Sin embargo, dada la escasez presupuestal que muchas veces hay en el financiamiento público, terminamos observando que sucede lo que llamamos en Economía de la Salud, una especie de filtración o un grupo de beneficiarios que cuando no encuentran que el financiamiento público les alcanza para ser atendidos, buscan el operador más cercano, en este caso el Seguro Social.

Creo que en más de una ocasión se ha hecho evidente que nosotros como EsSalud terminamos muchas veces financiando, por ejemplo, principalmente el alto costo del país; o sea, el mayor número de cáncer de pacientes de alto costo termina estando en el Seguro Social comparado con el financiamiento público.

Lo vemos en los casos de Hemodiálisis, lo vemos en los casos de cáncer, lo vemos en los casos de trasplantes, en general, en todo lo que signifique alto costo, lo vamos a observar un 30, 70; es decir, que yo tengo el 30% de los casos y que el sistema público tenga el 70%.

Vamos a observar que yo tengo como que el 40%, el 50%, el 60%, dependiendo del alto costo que estemos tratando y el sistema público tendrá un porcentaje menor, ¿por qué se da esto? Porque es evidente que en tanto la escasez del financiamiento público no sea suficiente, es evidente que la población va a buscar resolver su problema tratando de ingresar al Seguro Social y tratando de acceder a los beneficios que nosotros sí otorgamos.

Pero a esto nos sobrecarga también y esto hace que cuando nuestro asegurado que regularmente cotiza, quiera acceder a los beneficios, tenga también que estar en una situación de lista de espera o de largas colas, y esto ocasiona un problema posterior a futuro.

Lo cierto es que —como pueden ver en las gráficas, y hemos traído solo unas cuantas— pueden ustedes observar cómo ha venido comportándose el alto costo; por ejemplo, aquí tenemos en el primer cuadrante, las sesiones de Hemodiálisis. Y si ustedes ven, en los últimos quince años se observa un crecimiento bastante significativo.

Lo mismo ocurre con los tratamientos de inmunoterapia o quimioterapias, sucede lo que conversamos hace un momento. Si el financiamiento público no es suficiente, evidentemente, las cargas terminan generando una extraordinaria negativa y pasan a ser asumidas por el Seguro Social, con lo cual nos pone en una situación en la que terminamos con más pacientes de lo que deberíamos tener, debido a que por la flexibilidad del sistema

las filtraciones o los traslados de un grupo poblacional hacia otro, de una IAFA otra IAFA, se permite.

Lo mismo pasa con los exámenes especializados como las tomografías y en general. Esto implica también tener que contratar más personal para poder cumplir con estas atenciones de alto costo.

Pero ya quisiéramos que así como el alto costo crece, creciera también la recaudación, de modo tal que frente a este financiamiento de alto costo pudiéramos tener el financiamiento suficiente a través del incremento de recaudación, pero esto no se da, motivo por el cual cuando la Organización Internacional del Trabajo realiza los estudios actuariales, lo que viene anunciando hacia los últimos cinco estudios actuariales que se han realizado, es que cada vez a EsSalud se le va cortando la brecha de ingreso versus gastos y lo que ocasiona es una situación de déficit, una situación de déficit futuro que ya en el último estudio actuarial presentado en diciembre del año pasado, nos pone en una situación apremiante para los próximos años.

Y es que el alto costo, realmente cuesta bastante, como su nombre lo dice, es un alto costo. Es alto costo para todo financiador, para todo IAFA.

Aquí hemos hecho unas simulaciones solo para que más o menos tengan una idea del impacto: la insuficiencia crónica renal, pudiéramos estar alrededor de los 500 o 600 millones de soles por año, solamente en insuficiencia crónica renal; en enfermedades oncológicas, podemos estas más o menos gastando otros 500 millones más por año aproximadamente; y así, podemos ir decantando una serie de diagnósticos específicos, tratamientos específicos, que nos van sumando 500 más 500 más 500 y podemos estar en 3 mil o 4 mil millones de soles al año.

Evidentemente, eso sobrepasa cualquier financiamiento que pueda tener el SIS o el FISAL o nosotros mismos, porque evidentemente en tanto esto vaya creciendo —repito— y los ingresos no crezcan al mismo ritmo, obvio que el financiamiento público no le va a alcanzar y a nosotros tampoco. Entonces, cómo así financiaríamos esto.

El tema que hoy tratamos, justamente, tiene que ver con el cáncer infantil, que forma parte de las enfermedades de alto costo para una población específica que son niños.

Justamente el último estado actuarial nos da cuenta de esto. Como el Seguro Social viene financiando el alto costo una manera significativa en los últimos años, lo que se proyecta a futuro, dada la recaudación, dado el crecimiento del país, asociado a la generación de empleos formales y el crecimiento de las empresas, nos pone en una situación apremiante en la que nuestros gastos —como ven la curva azul— va a ser superior a los ingresos que se ven ahí —en la curva turquesa—.

Quiere decir que a partir de los próximos años si es que esta situación no cambia, si esta situación no se revierte, el Seguro Social entraría en un esquema deficitario creciente.

Por un lado, los ingresos por recaudación no crecen al mismo ritmo del crecimiento del gasto por financiamiento de las patologías de alto costo.

Por otro lado, también hemos tenido nosotros una serie de momentos en que hemos perdido ingresos, como el caso de las gratificaciones que son dos veces por año o como otras tantas iniciativas como el caso de la reducción de la tasa del Seguro Agrario.

En fin, justamente, esos escenarios son los que el estado actuarial responsablemente —y es un organismo internacional independiente, como es la OIT— da cuenta de cómo está la institución y da cuenta de las proyecciones en los próximos años, qué es lo que podría ocurrir. (7)

Siguiente, por favor.

Bien, específicamente entrando al impacto de la Ley 31041, entendemos y nos queda claro que la problemática, como se ha conversado hace un momento, es sumamente importante, porque está en juego una población infantil y está en juego el empobrecimiento de un hogar, de una familia, que cuando tiene que afrontar estos gastos es catastrófico. Es evidente que el hogar si no tiene el trabajo, si no tiene empleo, si no tiene los ingresos, cómo podría financiar esto en el camino.

Pero nos queda claro que esto también se circunscribe a un ámbito público, en la que, obviamente, el SIS, el FISSAL, tienen a cargo proteger a la población que: o bien trabaja en el sector informal o bien no tiene empleo ¿no? Pero en el caso nuestro, en la que nuestros trabajadores, nuestros asegurados son asegurados titulares, que le llamamos así porque tienen un empleo en el sector formal, tienen un trabajo relativamente estable y motivo por el cual pertenecen al Seguro Social, digamos, no veríamos la aplicación económica de ésta..., por lo menos en lo que corresponde a la parte de prestaciones económicas, porque no habría que compensar a una persona que no trabaja, dado que una condición por el cual los padres de familia están dando el beneficio a su menor de edad, al hijo menor de edad, es justamente que está trabajando. Así que como tal, ya la razón económica de subsidiar o darle un subsidio a través de dos remuneraciones mínimo vital, digamos como que no tiene mucho sentido ¿no?

El salario promedio de un trabajador supera largamente las dos remuneraciones mínimas vitales para lo que corresponde al grupo de trabajadores que están con nosotros. Entonces, por ese lado, tendríamos que conversar bastante y ver un poco la razonabilidad económica de este punto ¿no?

Y, por lo mismo, veríamos también el caso de los pagos por algún subsidio adicional. Todo subsidio o toda prestación económica, como nuestra ley le llama, requiere evidentemente, -vamos a revisar esto- de un debido análisis de financiamiento, de dónde va a salir esto.

Nosotros no recibimos subsidios públicos, ni nada del Ministerio de Economía, que nos transfiera, nosotros vivimos al 100% de la recaudación de lo que nosotros contribuimos. Así que no hay más magia, que cualquier cosa extra tendrá que salir del propio financiamiento actual.

Siguiente, por favor.

Bueno, en más de una ocasión se emiten leyes que tienen que ver con el ámbito del alto costo, repito, como el caso del cáncer infantil. Pero nosotros debemos recordar que, si bien es cierto, existen listados priorizados de alto costo, listados priorizados de enfermedades raras o huérfanas, y todo lo demás, el ámbito de aplicación se da básicamente en el ámbito público, en el ámbito del Seguro Integral de Salud, FISSAL, donde están construyendo presupuesto, donde están construyendo coberturas, donde están tratando de darle forma a cómo participan en el sistema, contribuyendo con la cobertura prestacional del alto costo.

En el caso nuestro, en el caso puntualmente de salud, nosotros ya tenemos esta cobertura por ley hace muchas décadas, es más, es la razón de ser de nuestra institución, motivo por el cual, como mencionaba hace un momento, tenemos estas premuras económicas. Es decir, nosotros no podemos tener así nomás listados priorizados, porque la ley nos obliga a tener todo el listado completo.

Pero es así, es así como están dadas las reglas de juego, por tanto, hablar de una cobertura PEAS o una cobertura de plan complementario, o una cobertura de listado de huérfanos o de alto costo para efectos de la cobertura prestacional que tiene salud dado por ley, en verdad, los involucra a todos, no solo a los priorizados, sino también a los no priorizados.

Entonces, nuestra cobertura justamente es ilimitada y ya se viene otorgando año tras año, no solo para la población infantil, sino también para la población adulta, o cualquier asegurado que forme parte de nuestra población asegurada.

Siguiente, por favor bueno.

La ley en sí habla de tres -para nosotros- obligaciones que no forman parte de nuestra Ley de Modernización de la Seguridad Social, la 26790, en la cual se establece claramente cuáles son las prestaciones de salud que se otorgan, la población a la cual se debe otorgar este beneficio, y también las prestaciones económicas quedan explícitas, cuáles son las que se deben otorgar.

Entonces, la ley dice que nosotros cubrimos a los titulares y a los hijos hasta los..., una vez que cumple la mayoría de edad, 18 años, ya dejan de formar parte de la cobertura. Y de acuerdo con las reglas de juego del sistema, entendemos que pasa inmediatamente a formar parte del Seguro Integral de Salud. Es así como está estructurado actualmente.

En cuanto a la prestación económica o llamado subsidio o prestación económica, nosotros tenemos prestaciones económicas para cuatro situaciones: la primera tiene que ver con la maternidad; la segunda, con la lactancia; la tercera, con el sepelio; y la cuarta, con la incapacidad temporal. Es así como se ha establecido la ley, por tanto, cualquier otro subsidio, cualquier otra prestación económica forma parte de lo que sería un extra, digamos así, que tendría que ser evaluado si podemos financiarlo o no. Y para eso, como bien nos solicitan, se realiza un estudio actuarial que permita simular cuánto implicaría esto en el presupuesto institucional, porque, repito, sería algo que está por fuera de lo que nosotros pudiéramos financiar y tendría que ser dado por ley. Pero para eso, en la exposición de motivos tendría que haber todo un sustento financiero que podemos financiar.

Y lo tercero tiene que ver con la licencia con goce de haber, que, que de acuerdo con lo que está planteado, habla de que los primeros 21 días tendría que ser asumido por el empleador y después de esto, hasta el período de un año, tendría que ser asumido por los otros como entidad, lo cual tampoco está contemplado, porque no tenemos esta obligación.

Siguiente, por favor.

Bueno, los artículos referidos, ustedes lo conocen, está en el artículo 3, 6, el primero sobre la cobertura de extenderlo, una vez que cumple la mayoría de 18 años se extiende. El espíritu de la ley es que se continúa con el tratamiento, lo cual está claro, podemos entenderlo como que se continúa el tratamiento ya no a cargo de la IAFAS de Salud, sino a cargo de la IAFAS SIS, podríamos entenderlo así. Sin embargo, nosotros como entidad hemos optado por continuar con la atención.

Repito, estábamos en un contexto de COVID y estábamos en un contexto de otras prioridades, y lo que hicimos fue darle continuidad con nuestra propia oferta, con nuestra propia oferta asistencial, porque el espíritu de la ley dice eso, continuar con la atención. Sin embargo, si queremos buscar cómo se financia, pues hemos hecho llegar pedido al Seguro Integral de Salud, para preguntarles: ¿cómo nos financiarían esta atención después de los 18 años?, porque entendemos que el financiamiento debiera correr a cargo del financiamiento público.

En el caso del subsidio oncológico, que es el que, como bien se refirieron hace un momento los funcionarios del Ministerio de Salud, se dio un período de 30 días para reglamentarlo, pero no

se ha precisado todavía. Ahí teníamos varias interrogantes y, de repente, lo dejamos en consideración.

Que quede claro, estas dos remuneraciones mínimas vitales, dice aquí, se tendrá que extender el beneficio hasta el tiempo que dure el tratamiento. No especifica si es por única vez o si es mensual.

En algún momento ha habido coordinaciones telefónicas o correo electrónico que, creo, se mencionaba la posibilidad que sea bimensual, creo que en su momento también se mencionó, pero eso se da en un contexto económico en la que el hogar, repito, es una familia que no tiene empleo y que, obviamente, hay que beneficiarlo, y entendemos el espíritu de eso y parece genial, pero institucionalmente para el caso nuestro, repito, no es de aplicación económica, porque nuestro beneficio se da a raíz de un trabajador que ya está laborando y, por tanto, no tendría esa premura. Y, además, el financiamiento de la prestación de salud se da a cargo de la contribución del 9%, con el cual ya no hay pagos extras, ni copagos adicionales que hay que hacer para la atención, por tanto, el hogar si bien es cierto, y nadie quisiera estar en una situación de un hogar que afronta un tema de cáncer, por el lado del bolsillo del trabajador no tendría que hacer pagos adicionales porque está cubierto por su seguro y, por el otro lado, en la condición de empleo tampoco sería aplicable, porque el titular ya estaría trabajando. Entonces no habría razón para este subsidio, por lo menos de aplicación en el caso de nuestra institución para nuestros asegurados, específicamente.

Okey. Y luego tenemos en la disposición complementaria, el tema referido a la licencia con goce de haber, digamos que ahí sería todo un tema por conversar, ya en su momento se explicará realmente las implicancias legales de esto. Pero igual, hay un tema aquí, que es un subsidio nuevo para nosotros, que no ha estado por ley y que tendríamos que ver la razonabilidad y el impacto de esto, y de alguna manera ir viendo cómo se financiaría en una perspectiva responsable como gestión pública.

Siguiente.

Y esto porque, como mencioné en su momento, cualquier iniciativa que pueda venir para ser evaluada por la entidad, tenemos que ser respetuosos de los convenios. Tenemos un Convenio 102 de la OIT que señala explícitamente que toda iniciativa debe ser evaluada a través de un estudio actuarial que lo soporte y que pueda dar cuenta cuánto será el impacto de esto en la institución y ver si la institución está en condiciones de financiarlo.

Como mencioné hace un momento, en el estudio actuarial último, que fue presentado el año pasado, da cuenta que ya estamos en una situación deficitaria, por tanto, cualquier iniciativa que venga, sería bueno que venga bajo la perspectiva de generar ingresos y no precisamente de generar mayores gastos o costos,

porque esto haría más deficitario aún el escenario que ya se ha hecho como estimación.

Siguiente.

También.

Bueno, además del Convenio 102, también está el Decreto Legislativo 1171, que va en el mismo orden de ideas, que ustedes lo conocen, porque ha sido refrendado por usted mismo como Congreso, en la cual nos hace ver que cualquier iniciativa tiene que ser, evidentemente, sustentada en un estudio actuarial que lo soporte para que veamos la sostenibilidad o razonabilidad de la medida.

Nosotros hemos cumplido con hacer esto y ahí está un poco el resumen. En verdad, es mucho más extenso. Como bien dijo el Ministerio de Salud, nosotros acabamos ese estudio actuarial en agosto de 2022 e hicimos llegar más o menos como en octubre, en la que mostramos los impactos de la medida. Y acá lo separamos en tres columnas, muy concretas, para que se entienda. La primera que llamamos salud es la extensión del beneficio, o sea, el costo del asegurado, que una vez que llega a los 18 años continúe su tratamiento y tenemos que seguir financiando su atención; la segunda columna tiene que ver con el subsidio oncológico, que es esta prestación económica nueva, que se nos está imponiendo para poder evaluar su inclusión como parte de nuestra cobertura de prestaciones económicas; y lo tercero tiene que ver con la licencia con goce de haber, que también hace referencia la ley.

En el primer caso, repito, que ya venimos nosotros asumiendo como atención, más no necesariamente como financiamiento, a partir del año 22 en adelante, en ese estudio actuarial se estimaba que esto iba a ir *in crescendo* y partía de más o menos unos 2 millones de soles, 2 millones 600 en el año 2023 y se sigue extendiendo en el año 2031 a razón de 30.6 millones al año, por año.

En el caso de subsidio oncológico, partíamos en el 2023 de casi 30 millones y terminábamos cerrando, en el año 2031, con 171 millones por año de costo anual.

Y en el caso de licencia con goce a ver, pasábamos de un escenario también de 30 millones de soles por año, hasta aproximadamente 53 millones de soles al 2031. ¿Qué involucra esto? Que el financiamiento que necesitaríamos para poder cubrir esta medida iría del orden desde los 60 millones al año 2023 hasta los 255 millones en el año 2031.

Como verán, el impacto es significativo desde el arranque y esto requerirá ver las alternativas de cómo puede financiarse. Definitivamente, **(8)** para nosotros sería una alternativa que el financiamiento proceda del ámbito público, porque entiendo que de ahí nace el origen de la ley y principalmente para el 70% de las personas que tienen hogares en las que tienen hijos menores

de edad y que entendemos que buscan ayudar tanto al hogar con un subsidio como a la atención misma garantizándola a través de la IAFO pública ¿no?

Siguiente, por favor.

Bueno, aquí mostramos los estudios actuariales, cómo es que en el tiempo han venido dándonos recomendaciones, en las cuales siempre han tratado la problemática del cáncer como una problemática que se circunscribe dentro de la perspectiva del financiamiento del alto costo, junto con otras intervenciones, que hacen ver que, efectivamente, nuestra tasa de contribución del 9% tiene que buscar mecanismos de generación de ingresos para poder soportar lo que viene a continuación, que es el crecimiento de la tasa de alto costo, por un lado, para nuestra población asegurada, que regularmente cotiza; y, por otro lado, para aquella población que cuando no encuentra **(15)** una alternativa de solución en el financiamiento público, terminen buscando de ingresar en el momento a los beneficios del Seguro Social, para poder acceder a los beneficios de ser cubiertos sus prestaciones de alto costo.

Es decir, gente que no cotiza, pero cuando tiene un diagnóstico de enfermedad, como ve que el financiamiento público es escaso y hay barreras económicas de acceso, entonces termina buscando de tocar la puerta al Seguro Social, y entrando bajo cualquier otra modalidad con tal de acceder a los beneficios inmediatos, porque somos los dos grandes operadores del sistema y no hay dónde más recurrir.

El tercer sector sería el sector privado, pero es evidente que el sector privado no lo va a aceptar ¿no?

Siguiente, por favor.

Entonces, bueno, estos impactos, estos escenarios que nosotros hemos cumplido con hacer en la parte económica financiera, nos dan cuenta de lo que significa esto en términos económicos, en un contexto en el que nosotros, como bien dije en un principio, el estudio actuarial último del 2023, presentado en diciembre del año pasado, nos da cuenta de la situación en la que nos encontramos. Entonces, traemos esto a consideración para que las autoridades del Ministerio de Salud también tomen en cuenta de cómo es que deberían de resolver esto.

En algún momento hicimos llegar al Seguro Integral de Salud este pedido para cubrir las atenciones de lo que nosotros aplicamos a la ley, que es, una vez que el niño llegó a cumplir 18 años, se hizo adulto, hemos continuado su tratamiento en estos años y veríamos de buscar que alguien nos compense este financiamiento, porque, evidentemente, no podríamos asumirlo. Por eso es que hicimos llegar al Seguro Integral de Salud este pedido y entiendo que está en evaluación, para ver cómo harían para cubrir esto.

Bueno, en verdad, en el ámbito del financiamiento público no solo es el Seguro Integral de Salud, también están los programas, los programas, más el SIS, más el FISSAL, más todo lo que significa el sistema público.

Siguiente.

En más de una ocasión, que nos han invitado muy gentilmente ustedes como congresistas, nosotros hemos dado cuenta de lo que significa financiar el alto costo, y aprovecho el motivo para recordarlo otra vez ya como economista de la salud ¿no?, lo digo porque tratar la problemática de alto costo siempre va a ser una constante, hoy será cáncer, mañana será hemodiálisis, pasado será hemofilia, pasado será cualquier otra patología, y es evidente que hay que pensar como sistema.

No se trata de que yo diga: "yo no lo cubro, lo cubre el SIS, el SIS no lo cubre, me lo pasa a mí", yo creo que de eso no se trata esto, lo serio sería buscar una solución bastante concreta a la problemática, y como lo hacen todos los países.

Nosotros queremos ingresar como país a los países de la OCDE, esa es nuestra aspiración. ¿Y cómo hacen los países la OCDE para financiar el alto costo?, porque, vamos, ellos también enfrentan este problema. Pues, la respuesta es que lo hacen a través de financiamientos públicos.

Es decir, por más que puedan tener un sistema como el nuestro, también segmentado y fragmentado, porque en los países de la OCDE también sucede esto, las IAFAS o las aseguradoras o las financiadoras todas tienen un límite de financiamiento que no incluye el alto costo. En el alto costo se genera una especie de suerte de reasegurador o un asegurador de segundo piso, que se financia con financiamiento enteramente público y trata seriamente estas atenciones de alto costo. Porque pedirle a una IAFAS, como Saludpol o EsSalud, o el SIS o las Fuerzas Armadas y Policiales que financien el alto costo de su totalidad para su población asegurada, es realmente no hablar seriamente al respecto ¿no?

Más aún, en un contexto en que Perú no es precisamente el país con más aporte per cápita en salud de la región, probablemente estamos de media tabla para abajo.

Después de la pandemia ha sucedido un hecho importante, Chile Colombia y Uruguay, ni qué decir, han incrementado su gasto per cápita por ciudadano, cosa que nosotros no hemos hecho, nuestro financiamiento per cápita está alrededor de unos 300, 350 dólares por persona al año, mientras que países como ellos están por encima de los mil dólares por persona al año.

Es evidente que los recursos son insuficientes, son escasos y a partir de ahí tenemos que jugar ahora con el tema de financiar el alto costo.

Entonces, es evidente que la problemática hace que nosotros tenemos que darle prioridad seguramente a las enfermedades de mediana complejidad, baja complejidad y parcialmente de alto costo, pero cuando ya entramos a añadirle o quisiéramos llegar a coberturas más finas del listado priorizado de enfermedades raras, huérfanas o qué se yo, ya el financiamiento no nos alcanza.

Y tuviéramos que financiar alguna de ellas por un mandato legal, tendríamos que dejar de atender a muchas otras de baja complejidad o mediana complejidad y dejar a muchos ciudadanos desprotegidos, porque el presupuesto es único y como tal tendríamos algo así, como vestir a un santo para desvestir a otro, y creo que eso no es la idea tampoco.

Siguiente.

Y, finalmente, ya en esta parte económica recordar algunos elementos que enfrentamos también cuando tratamos esta problemática, que es parte del sector, que tiene que ver con muchas veces para estas enfermedades de alto costo, raras o huérfanas, tenemos muchos códigos de diagnóstico que no son explícitos.

Y, por otro lado, también tenemos el problema de valorizarlas, de costearlas, una debilidad propia del sistema que lo compartimos, creo, a nivel público todas las IAFAS, es que no tenemos un sistema de continuidad de costos que permita precisar mejor los [...] de tratamientos anuales que implican estos en el tiempo.

Bueno, doy pase a la doctora Katya Chávez, para ver la parte de informe de gestión en lo prestacional.

Muchas gracias.

LA GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD-ESSALUD, señora Katya Chávez Romero.— Señora presidenta, continúo con la presentación de EsSalud, el segundo punto de la agenda que se nos encarga es informar sobre el Plan de Gestión para fortalecer y mejorar los servicios de oncología pediátrica, específicamente en nuestras redes asistenciales como institución.

Siguiente.

La anterior, por favor. Gracias.

Esta es la información que podemos compartir, de manera general, respecto a lo que es cáncer infantil en EsSalud y de acuerdo a las evaluaciones que podemos realizar desde nuestras Oficinas de Información Inteligencia Sanitaria y la información que también podemos recoger a nivel nacional.

Cáncer infantil o cáncer en general es una de las patologías priorizadas a nivel nacional y nuestra proyección hacia el año 2026 coloca a esta enfermedad dentro del primer grupo de las siete patologías más importantes, donde están aquellas

prevenibles, como cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y leucemia, como lo mencionó el equipo del Ministerio de Salud, la primera patología que se presenta en el grupo etario infantil.

Siguiente.

Haciendo el análisis ya propio en EsSalud respecto a nuestra población asegurada, según grupo de edad y sexo, tenemos que para nuestros niños de 0 a 4 años, de acuerdo a sexo, los tumores malignos se encuentran en el sexto lugar de prioridad, en tanto en el grupo de asegurados, de 5 a 14 años, los tenemos ya en el cuarto lugar de las prioridades sanitarias que nos toca enfrentar y atender.

Siguiente.

Esta información estadística epidemiológica es importante porque de ello depende el análisis que debemos hacer en las oficinas y gerencias centrales de EsSalud para que nuestras redes asistenciales cuenten con la distribución de su infraestructura y recursos de todo nivel, humano, material, insumos, medicamentos, para poder llegar a las atenciones en todos los niveles de atención, tal como lo hemos identificado en las láminas anteriores, es decir, hablamos de la detección precoz, con actividades de promoción y de prevención, pero también de atención prioritaria en el segundo y tercer nivel, con atenciones preventivo promocionales de este nivel y a la atención recuperativa.

Como lo mencionó también el equipo del Ministerio de Salud, el gran reto es la detección temprana y precoz, porque lo que hemos venido atendiendo hasta el momento es la atención recuperativa por casos avanzados que se detectan.

Para la OPS, para EsSalud en este año, los cánceres priorizados están en el 57% de nuestra estadística, en tanto que el resto ocupa el grupo de los no priorizados con un 43%.

Si hablamos de las atenciones prioritarias del cáncer infantil, que es lo que tenemos en EsSalud a este año, ¿cuáles son los cánceres que más estamos identificando y atendiendo? Coincidimos con la estadística nacional, en que la leucemia linfoblástica aguda es el primer gran grupo de patologías que debemos atender, enfermedades de la sangre específicamente, seguidos de otros tumores, como el glioma o cánceres del cerebro y médula espinal, tumor de Wilms o cáncer renal, retinoblastoma o cáncer del ojo, del aparato ocular, Linfoma de hodgkin y linfoma de burkitt, como los siguientes tipos de cánceres del aparato linfático en niños.

Siguiente.

¿Qué es lo que estamos haciendo en Essalud?, y venimos ya haciendo desde hace muchos años, el análisis para nuestra detección oportuna y para la atención preventiva y recuperativa

a través de nuestro sistema de referencias y contrarreferencias, importante para manejar la información de una manera integral en el paciente y la atención pueda ser oportuna sea donde se encuentre el paciente diagnosticado o identificado precozmente.

Desde el año 2007, ya contamos con un registro de cáncer gracias a los dispositivos de EsSalud, esto nos ha permitido ir avanzando en la priorización, en la atención oncológica a todo nivel, más adelante ya priorizado en el nivel de los niños y adolescentes.

Hemos desarrollado también la guía de intervención nutricional, un factor importantísimo en el tratamiento del paciente diagnosticado para su recuperación y para el soporte que se le debe dar en cuanto comience a recibir los distintos tratamientos, sea quimioterapia, radioterapia, cirugías radicales.

La detección oportuna del cáncer en niños y adolescentes ya se da desde la resolución emitida en el año 2018 por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, con el objetivo de disminuir el tiempo de detección del cáncer en niños y adolescentes e iniciar su tratamiento oportuno.

Para ello se desarrollan posteriormente las guías de práctica clínica para el manejo inicial de leucemia linfoblástica aguda, porque ya está identificado que es el primer grupo de patología con mayor volumen de pacientes afectados en el grupo etario de niños y adolescentes.

Seguido, hemos avanzado con la resolución del año 2019 para la atención prioritaria de pacientes con diagnóstico oncológico. Es un procedimiento para la atención prioritaria de pacientes ya con el diagnóstico y con el daño evidente.

Posteriormente, desarrollamos y avanzamos en el año 2020 con el desarrollo de un proceso de atención de los centros oncológicos de prevención y diagnóstico precoz, esto con el objetivo de brindar la prestación de salud en centros oncológicos especializados, y comienzan ya los trabajos de intercambio prestacional a la pregunta que se le hace al Ministerio de Salud, de desarrollar convenios interinstitucionales en los que podamos trabajar de manera conjunta con todos los centros que a nivel nacional hagan detección precoz y hagan tratamiento oportuno.

Finalmente, en el año 2023, la última norma que hemos emitido es la actualización de nuestro sistema de referencia y contrarreferencia en EsSalud, con la finalidad de brindar al asegurado las prestaciones con oportunidad, debiendo ser trasladado nuestros pacientes oncológicos a los Centros donde deban recibir diagnóstico oportuno con centros de ayuda diagnóstica especializada y, por supuesto, el tratamiento ya especializado o de alta complejidad.

Siguiente.

Dentro de todas las normas que he mencionado, lo importante sobre el Registro Nacional de Cáncer en Niños y Adolescentes, y nos

lleva al desarrollo de un Observatorio Nacional de Lucha contra el Cáncer, importante para dar inicio a esta interoperabilidad de los sistemas de información con el Ministerio de salud, mantenernos informados es importante para tomar mejores decisiones, realizar la vigilancia epidemiológica, y para ello contamos nosotros ya en EsSalud con los tableros de análisis epidemiológicos que nos permitan desarrollar estrategias de intervención priorizadas sanitarias, información que nosotros remitimos al ente rector a través del [...?].

Realizamos la vigilancia epidemiológica y para ello desarrollamos una específica en lo que corresponde al cáncer infantil en EsSalud.

Siguiente.

Con esta información podemos tomar mejores decisiones y con ello desarrollar un flujo de atención oncológica especializada para todos nuestros pacientes con cáncer, pero que aplica de manera prioritaria para los niños y adolescentes. ¿Y qué es lo que hemos desarrollado? La alerta oncológica como primer punto ante la evidencia inicial de un paciente que pueda tener patología oncológica.

Inmediatamente realizar la referencia de la atención prioritaria, si es diagnosticado de una manera precoz en un centro de primer nivel de atención, que cuente con ayuda diagnóstica especializada o que a través de un convenio interinstitucional también haya podido ser diagnosticado precozmente, y deba ser trasladado para recibir el tratamiento especializado.

Esto nos lleva a controlar y a tener la trazabilidad de nuestras atenciones a través del listado de los pacientes con atención prioritaria.

Les asignamos para ello un delegado, para el paciente asegurado que ya comienza su atención con nosotros, esto con el apoyo de nuestra Gerencia Central de Atención al Asegurado, que define la inmediata asignación de un delegado para su seguimiento y acompañamiento, tanto del paciente como del titular responsable, si es un menor de edad; o de la familia que acompaña al paciente en caso de que sea trasladado de su ciudad de origen, hasta su primera atención oncológica y, posteriormente, para la continuidad de sus atenciones.

Siguiente.

¿Qué más es lo que estamos haciendo para desarrollar y fortalecer nuestra gestión asistencial? Pues, **(9)** reforzar la atención precoz y esto lo hacemos a través de la emisión, en el 2018 ya habíamos comenzado con la emisión del documento técnico para la detección oportuna de cáncer en niños y adolescentes, cuyo objetivo es disminuir el tiempo de detección en cáncer y buscar

signos y síntomas que lo podemos hacer a través de todas nuestras redes nacionales y en todos nuestros niveles de atención.

Este procedimiento, desarrollado en el año 2018, es seguido en su implementación a través del tiempo, a través de nuestra Oficina de Inteligencia e Información de EsSalud, OIIS, dependiente de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y, específicamente en la enfermedad de leucemia que es la de mayor volumen de pacientes, realizado en un seguimiento en menores de treinta años para el período 2019-2022, determinó que el tiempo para el diagnóstico, el tiempo promedio para el diagnóstico, una vez que el paciente contacta con el establecimiento y se detectan las primeras evidencias o signos, a los siete días nosotros ya podemos estar dando un diagnóstico presuntivo, lo cual lleva a que el paciente entre en el flujo de atención prioritario hasta llegar al inicio de sus atenciones.

Siguiente. Siguiente lámina, por favor.

En una lámina anterior mostramos como tenemos distribuidas las redes, los establecimientos o las IPRESS de EsSalud y efectivamente, nuestra base más ancha está en un volumen de más de trescientas IPRESS en el primer nivel de atención, llegando a doce IPRESS del nivel altamente especializado.

Sin embargo, en la práctica, qué es lo que tenemos como ejecución de actividades, pues una inversión en que el primer nivel de atención con el mayor volumen de IPRESS tiene principalmente las actividades de promoción y prevención y hacia ellas van orientadas nuestros documentos orientadores para que la detección precoz, efectivamente, sea eficiente, eficaz y oportuna.

Luego, el segundo y el tercer nivel de atención con menor número de IPRESS ya se encargan del diagnóstico definitivo del inicio en el manejo básico de la atención oncológica para trasladar a nuestros pacientes a centros especializados cuando ya requieren una atención de alta complejidad, probablemente por avance de la enfermedad.

Siguiente. La anterior, por favor.

Esta es la oferta actual en materia de tratamiento oncológico que ofrece EsSalud a todos los asegurados de acuerdo a la prestación ilimitada que ha sido mencionada por el doctor Barrenechea.

Nuestra cartera de servicios es amplia, contamos con catorce unidades oncológicas, siete unidades de hematología, cinco centros que cuentan con equipos de radio terapia, cuatro que se especializan en trasplantes de progenitores hematopoyéticos, considerando la lista priorizada de patologías.

Respecto a sedes de referencia y red oncológica en EsSalud, contamos con hospitales nacionales, especializados de segundo y tercer nivel, hospitales generales también a nivel nacional y,

en cuanto a intercambio prestacional, mencionar, por ejemplo, con IREN Centro, que ya tenemos un conjunto de procedimientos o lista de prestaciones específicas con IREN Centro, relacionadas principalmente con la atención por radio terapia, es un conjunto de aproximadamente seis procedimientos muy altamente especializados en IREN Centro.

Con el equipo de Piura, también tenemos firmado el intercambio prestacional, la compra de cartera. Aquí, específicamente, para atenciones preventivo-promocionales y de complejidad creciente. En Arequipa es con la Municipalidad de Arequipa y en Piura, con la Universidad de Piura.

Siguiente.

Con el equipamiento tenemos también, una lista especial de equipos de alta complejidad, pero también los de mediana y baja complejidad, que están distribuidas a nivel de nuestras redes a nivel nacional.

Aquí, para mencionar algunos de alta complejidad como, por ejemplo, es cámara gamma, el acelerador lineal, equipos de braquiterapia y últimamente los Petscan y el ciclotrón que está ubicado uno, uno, uno en Lima, incluido a cobalto terapia. Uno en la Red Almenara, uno en la Red Rebagliati, uno en la Red Sabogal, a nivel de Lima, que le da la atención a todo el país, pero que al ser de alta complejidad, comprenderán que no pueden estar distribuidos en todas las redes prestacionales de alta complejidad, como quisiéramos, porque de esto también, el manejo de estas máquinas también depende la alta especialización de los profesionales que lo manejan, de tal forma que si contamos con poco recurso humano altamente especializado en patología oncológica, es más difícil encontrar también personal dispuesto a trabajar en estos equipos, pero la idea es seguir fortaleciéndonos y aquí es donde estamos dándoles la atención a nivel nacional a nuestros pacientes oncológicos en general de los cuales también son beneficiados los pacientes pediátricos y adolescentes.

Siguiente.

Estas son imágenes de los equipos que tenemos, ya estos son los de mediana complejidad, tomógrafos distribuidos a nivel nacional y resonadores magnéticos.

Siguiente.

En cuanto a productos farmacéuticos, esta lámina lo que refleja es el volumen de medicamentos oncológicos que maneja EsSalud, un total de ciento catorce, si comparamos con el listado de medicamentos oncológicos que se encuentran en el listado del Minsa. Estos están en el petitorio farmacológico. Representa un gasto aproximado de noventa y seis millones, solo en productos farmacéuticos, a éstos hay que adicionarles lo que es material médico e insumos para su utilización, sin contar con el estudio

económico en cuanto a proyección que se ha hecho si nosotros intentáramos abarcar otras prestaciones además de la de salud.

Siguiente.

Hospitales que brindan tratamiento de quimioterapia, esta es la oferta asistencial de EsSalud, son catorce a nivel nacional los que brindan tratamiento de quimioterapia, de tal manera que tenemos una descentralización de la atención, no es solo Lima y lo que hacemos para fortalecer las capacidades de los centros al interior del país es trasladar a nuestros especialistas de las redes en Lima, para que capaciten a los colegas de las redes en el interior del país, en cuanto al manejo de equipos, detección precoz y el manejo inicial de los tratamientos oncológicos.

Siguiente.

Y, esto, complementando lo que mencioné hace unos minutos, respecto a convenios para prevención y control del cáncer, hay convenio marco con el INEN, estos todavía faltan desarrollarse a convenios específicos, sí tenemos los convenios de intercambio prestacional con redes como Junín, en el caso de IREN Centro, ya lo había mencionado, -adelante, siguiente- y otra cosa importante son los proyectos de inversión que trabaja EsSalud, no solamente para cáncer, pero sí está incluido el tema de la atención del cáncer que son proyectos para, por ejemplo, la creación de una unidad de tratamiento oncológico de una Red Oncológica en Cusco, específicamente en el Hospital Guevara de la Red Cusco.

La ampliación del servicio de radioterapia con el acelerador lineal para el tratamiento de pacientes oncológicos. Aquí ya en la Red La Libertad, y el mejoramiento y la ampliación del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital del Cusco también, proyectos que ya están en cartera, siendo evaluada su factibilidad, desarrollándose en la formulación de los estudios de preinversión. Esto, con la finalidad de seguir descentralizando la atención, el tratamiento y la detección precoz a nivel nacional para los asegurados de EsSalud.

Finalmente, agregar que no todo es atención médica y prestaciones de salud, como lo señaló también los señores congresistas, atención del cáncer es multisectorial, hay factores sociales que debemos atender también con nuestros pacientes, no nos descuidamos de la afectación psicológica que puede significar trasladar personas enfermas de su ciudad natal a lugares que le pueden resultar adversos y solamente vienen a recibir atención médica y de ahí que EsSalud se preocupa por hacer convenios, como en este caso, con Casa Ronald McDonald con las cuales les damos, además, alojamiento a los familiares de nuestros pacientes para que puedan recibir una atención complementaria a la atención de salud que requiere.

Siguiente.

Hasta ahí llega nuestra presentación. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA.— Muchas gracias, doctora.

Culminada la presentación de los directivos de EsSalud, ¿va a hacer una pregunta, doctora Portalatino?

También quisiera hacer un par de preguntas.

Gracias. Le cedemos la palabra.

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

Hemos escuchado atentamente las exposiciones teóricas por parte de los funcionarios, muy extensas, por cierto, presidenta, pero, esa es la cruda realidad que vive el Estado peruano, o sea, todos, aparentemente, están yendo por un tema de que están haciendo buenas decisiones políticas, pero, en la práctica y en la realidad esto es totalmente lo contrario.

Se habla presidenta, del subsidio para también el Seguro y a veces ponen tantas trabas sabiendo que, en los aportantes de la clase trabajadora, son miles y miles de trabajadores que aportan al Seguro Social para que puedan ser atendidos ellos mismos y sus familias, sus hijos, sus hijas y también, probablemente, pues los viudos o viudas.

Sin embargo, presidenta, un derecho fundamental que es la vida la integridad física o una calidad de vida de aquellos pacientes que estamos el día de hoy hablando específicamente de cáncer oncológico infantil o cáncer de adulto, estamos hablando que, a veces se habla y se trata de justificar que no hay mucha recaudación, no hay mucha recaudación y por lo tanto, el costo que generaría para adquisición de fármacos oncológicos de alto costo, generaría un desequilibrio de la Caja del Seguro Social, poniendo por encima la calidad de la vida de los mismos pacientes y, la salud mental, emocional de la misma familia, o sea, presidenta, es algo absurdo, discúlpeme, con todo el respeto que se merece la mesa, es absurda esa justificación.

Nosotros, presidenta, hemos identificado muy bien y somos conscientes, presidenta, que tenemos nosotros una debilidad muy grande y siempre ha habido diferentes definiciones, tanto Fonafe como el Seguro Social y no de la gestión de la señora María Elena, que muy bien es más política que ejecutiva, por cierto, presidenta.

Sin embargo, presidenta, tenemos que aterrizar porque el subsidio es también para el Seguro Social, no solamente para el Ministerio de Salud y tiene que poner énfasis y tiene que poner algunas pautas sin generar bloqueos ni candados para que pueda percibir nuestros trabajadores de la clase del sector público, son esa clase que hoy se encuentran discriminados.

Y quiero volver, también, a manifestar, presidenta, que se habla por parte de la doctora Katya Chávez, gerente central de

Prestaciones de Salud, donde manifiesta la crisis, la crisis que padece el Seguro Social del primer nivel de atención.

Como es posible que, teniendo veintiséis regiones de nuestro país, más de miles de centros poblados y, obviamente, municipalidades que tenemos que están adscritos muchos habitantes que somos provincia. Por ejemplo, en la región Ancash, tenemos veinte provincias y de las veinte provincias ¿usted cree que existen pues el primer nivel abastecido con infraestructura y con recurso humano para abordar la problemática de la prevención y control de cáncer infantil? No, presidenta.

Esa es la cruda realidad. ¿Cómo es posible que tengamos en el primer nivel trescientas IPRESS y solo de las trescientas, doce altamente especializadas? Eso es absurdo. Estamos en el siglo XXI, estamos en una supuesta, en un gobierno donde queremos nosotros seguir aportando y fortalecer el primer de atención, donde muy bien, reduciríamos nosotros el gasto de fármacos oncológicos de alto costo y téngalo por seguro que más del 40 o 50% reduciríamos en lo que se ha mencionado.

Sin embargo, presidenta, definitivamente, poco o nada se está haciendo o no se está reflejando en fortalecer el primer nivel de atención.

Definitivamente, no hay insumos, insumos biomédicos, no existen pues, peor, especialistas, no hay infraestructura, se encuentran hacinados, no tiene si siquiera garantiza o no hay directivas.

Hay que entender, presidenta, que el trato administrativo del Seguro Social es totalmente diferente al del Ministerio de Salud y ahí el cuello de botella, cómo es posible, para poder comprar unos insumos de un hospital, tenga que solicitar el área usuaria y que todo se concentre en la parte del Seguro Social en la sede central. Todo se compra ahí, presidenta, todo, absolutamente todo y eso, es inadmisibile, dónde están los administrativos, los funcionarios para bloquear. **(10)**

Si hay que promover una iniciativa legislativa para fortalecer esos candados, eso yo creo que es una amenaza latente, que amenaza no solamente a la administración sino amenaza a los asegurados, presidenta.

He ahí, donde todo se concentra pues en la capital y quiero manifestar también, presidenta, tenemos nosotros pues que informar lo siguiente por su intermedio.

El 26 de enero de 2024, Renetsa publica un listado de priorización de solicitudes, dentro de ellas se encuentra pues el ETS, EMS, de Ietsi, es decir las recepcionadas por Ietsi, hasta el 31 de diciembre de 2023, la cual nosotros felicitamos.

Sin embargo, no refleja esto la gran necesidad de medicamentos No Pnume y de alto costo, lo que se ha hablado y tenemos nosotros una gran población que hoy requiere ser atendida.

No es posible, presidenta, según todo el proceso del cuadro de poder darle un estudio, un estudio eficiente, para estos estudios tecnológicos sanitarios, para que puedan ser atendidos por estos especialistas, metodólogos y todo lo que corresponde para que puedan acceder a un fármaco bioequivalente y puedan brindarle una luz, una esperanza a nuestros pacientes que se encuentran en esa necesidad, porque sabemos que también las enfermedades raras y huérfanas existen y no podemos generar ni mancillar un derecho y estar postergados en la espera porque no hay financiamiento o porque todavía no sale o no culminan con los estudios tecnológicos sanitarios para poder adquirir ese fármaco.

Y, quiero solicitarle por su intermedio, presidenta, a usted, es lo siguiente, tenemos nosotros un joven que hemos notificado desde hace varios meses con cáncer de médula de tiroides y que ha requerido, con urgencia, el fármaco, Cabozantinib, que es un medicamento de alto costo cuya caja de treinta pastillas tiene un valor de veinte mil. A la actualidad, este medicamento, presidenta, ha sido remitido a la institución con fecha 24 de noviembre del año pasado. Poco después, ingresa a Renetsa y la fecha de la documentación oficial al respecto para su aprobación o en su defecto, de no aprobación, para el paciente, para que pueda acceder a este medicamento y no avance la enfermedad, no ha sido resuelto.

Este no es un caso aislado, presidenta, este no es un caso aislado, es un caso de miles de millones de hermanos que requieren, niños, niñas y adolescentes. Como es posible que tengamos una presidenta ejecutiva que no implemente políticas públicas sabiendo que el trato administrativo es totalmente diferente que el Minsa.

Presidenta, y discúlpeme que alce la voz, que estamos indignados, estamos indignados porque no solamente lo tenemos acá y yo pido a usted que por su intermedio como mujer y que ha valorado usted toda esta necesidad, tenemos al paciente para que él sea un testimonio clave de la alta burocracia y amenaza que padecen los asegurados y, no lo digo yo, lo hemos venido nosotros insistiendo y no tenemos nada con ningún funcionario, presidenta, ni mucho menos con la presidenta ejecutiva del Seguro Social, pero, no hay empatía, no hay desbloqueo, la norma no puede estar por encima del derecho a la vida, a la calidad de vida, presidenta, y si hay que dar una iniciativa legislativa, hay que hacerlo, para eso estamos nosotros en esta comisión.

Entonces, con su premiso, presidenta, no solamente de ese caso, no lo quiero dejar de mencionar, también un niño de ocho años que sufre de neurofibromatosis tipo 1 y, que hace poco, estuvo la presidenta en la Comisión de Fiscalización, y manifestaba que no tiene registro sanitario.

Un momentito, esa es la excusa de más de ocho meses, presidenta, *no hay registro sanitario y por lo tanto, no está incorporado dentro del petitorio nacional, dentro del Estado peruano y por*

lo tanto, no puede ingresar, por lo tanto, no se autoriza, por lo tanto no podemos generar una compra de emergencia y eso, o sea, presidenta, cómo es posible que yo pueda limitar la vida de un niño de ocho años que el tumor de la neurofibromatosis tipo 1, está desplazando el esófago y la tráquea y eso, le corresponde también a los funcionarios de Ietsi, porque Ietsi no ha tenido la empatía ni la sensibilidad social de ver cómo padecen niños y niñas a nivel del país y, ese fármaco que no tiene registro sanitario, según la presidenta, porque ya el Minsa ha dado todas las disposiciones normativas para poder apoyar en coadyuvar esfuerzos, el Seguro Social a través de la representada no ha hecho más para poder adquirir el Selumetinib de 25 miligramos para el tratamiento de neurofibromatosis tipo 1, que es un tumor plexiforme.

Y, con su permiso, presidenta, si me permite, por favor, que pueda exponer nuestro joven con cáncer de médula de tiroides.

Por favor, Jerson.

La señora PRESIDENTA.— [... ?] le cedemos la palabra al joven Jerson Eduardo Salazar Mendiola, quien es paciente oncológico, para que usted pueda pronunciarse.

Bienvenido a la comisión multipartidaria de cáncer.

Puede hablar.

La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).— Testimonio.

El señor SALAZAR MENDIOLA, Jerson Eduardo.— Buenas tardes, a todos los miembros de..., bueno, yo agradezco el haber sido invitado a esta comisión por la congresista Infantes.

Bueno, mi testimonio, en realidad, es bastante complejo, yo tengo una enfermedad que es raro, es un cáncer muy raro aquí en el Perú y, por lo tanto, necesito un medicamento que es de alto costo, que yo sé que en otros países como, por ejemplo, Estados Unidos, lo están usando, hay pacientes que lo usan, porque me he comunicado con alguno de ellos y sí les va muy bien, si están respondiendo con ese medicamento.

Entonces, ellos también me hablan a mí y me dicen, ¿qué es lo que sucede ahí en tu país?, ¿por qué el sistema de salud no hace alguna gestión para que tú puedas recibir ese medicamento?

Si bien este medicamento ya está aprobado por las normas que rige lo que son los medicamentos oncológicos, ¿por qué no te lo facilitan, si tienes un seguro, por qué?

Entonces yo, me he visto obligado a recurrir a políticos, porque me he dado cuenta de que el sistema burocrático es muy extenso, los tiempos que se establecen en las leyes o en las normas que lo rigen, es demasiado y para un cáncer, ustedes saben, bueno, o se supone que lo saben, el cáncer avanza todos los días.

No es factible que me estén diciendo en cada reunión que yo voy, ya sea con mis médicos o ya sea con algún especialista en salud,

no es posible que me digan de que se necesitan, no sé cuarenta y cinco días hábiles para que se pueda aprobar, para que lo puedan evaluar, para que puedan emitir un informe y así, entonces, necesito recurrir también a distintas oficinas reguladoras, como por ejemplo, Susalud, Defensoría del Pueblo, para que me puedan ayudar, porque si yo o alguien de mi familia no reclama, entonces, yo no tengo la seguridad de que esto avance.

Me lo pueden decir, no sé, puedo recibir información quizás mediante llamadas, mediante mensajes, pero, tampoco dan algún documento oficial que me pueda avalar, porque esos documentos son importantes y yo ya he presentado varios documentos tanto en el INEN, bueno, como les mencionaba, también en Susalud y ahora, recurro a la ayuda política, tanto de la congresista Infantes, también de la congresista Olivos y ahora, de la congresista Portalatino.

Agradezco mucho su ayuda, pero también yo necesito la ayuda de las autoridades, en este caso del Ministerio de Salud, porque yo pertenezco al SIS, entonces, estoy regido por ahí.

Necesito que se dé, no sé, no sé cómo en realidad, pero necesito que se puedan hacer las gestiones más rápidas. Yo tengo entendido que mi medicamento ya ha sido aprobado por la Renet, falta que se haga el informe, según lo que me han comunicado. Ese informe, una vez que esté, recién puede pasar a las oficinas del SIS.

Justo hace poco recibí una llamada de un gestor del SIS, quien está siguiendo mi caso y él mismo me dice que también están a la espera del informe que sea emitido por la Renet.

Por esa parte, sí sé que se está avanzando, pero, claro, esto ya viene como está siendo mencionado, yo en realidad, este medicamento me lo han recetado desde noviembre del año pasado. En el INEN me dijeron que actualizara mis exámenes, esto tomé dos meses, así, recién en febrero me hicieron otro examen y en esos meses nada más, mi cáncer había avanzado más, descubrieron nuevas metástasis y entonces, ahora ya estamos abril, bueno, aún sigo sin tratamiento.

Yo también tengo otros síntomas, porque, bueno, también como me dio lo del Síndrome de Cushing, mi cuerpo quedó afectado, más que todo mis huesos, tengo un problema en la columna lo cual no me permite hacer tanta fuerza y entonces, bueno, también yo tengo una familia, tengo una hija de dos años y es por ella también que yo he reunido fuerzas, porque yo no soy una persona que le gusta estar contando su vida personal, pero, es por ella, por mi familia que me están ayudando, que yo salgo aquí a conocerme ante ustedes, porque yo, quiero continuar estando con mi hija, con mi familia, quiero quitarme esta preocupación de qué me puede pasar mañana, yo, por ahora, gracias a Dios, estoy bien, puedo hacer mis cosas, puedo trabajar y es por esa razón que yo

solicito su ayuda lo más pronto posible, porque no sé en qué momento yo pueda recaer, porque con el cáncer nunca se sabe.

Es por esa razón que yo estoy aquí. También quisiera, no sé, si me pueden permitir alguna reunión con el señor ministro César Vásquez, para que también interceda, porque (11) él es la máxima autoridad en estos casos.

Eso es todo, creo.

La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).— Presidenta. Me permite, por favor, un minuto.

Muchas gracias.

Estaban los representantes, los especialistas de Renetsa, en estos momentos, no sé si en representación del doctor Víctor Suárez, porque el doctor Víctor Suárez es el representante de esta importante organización o dirección.

Lo que queremos es, ir a la pregunta, ¿cuáles son las dificultades?, ¿por qué tanta demora para realizar el informe que ya se ha emitido a la institución y de la cual hoy no vemos nosotros un dictamen favorable para que se pueda adquirir la Cabozantinib para nuestro compañero que tiene una enfermedad rara y huérfana, por su intermedio, presidenta, para que nos responda.

La señora PRESIDENTA.— Sí, puede responder.

EL DIRECTOR DEL CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA EN SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, señor Raúl Alonso Timaná Ruíz.— Muy buenas tardes, en representación del doctor Víctor Suárez, mi nombre es Raúl Timaná.

Estimado, muchas gracias por tu apreciación y tu disertación de hoy día, para nosotros es muy importante porque detrás de cada una de las cosas que nosotros hacemos, sabemos que existe una persona que tiene una afectación grave y cada uno de nosotros, si no somos todos, hemos tenido alguna persona muy cercana con esta enfermedad.

En el caso del Cabozatinib, yo le cedería la palabra a Ietsi, que es quien tiene el informe, podría dar más detalles sobre porqué ha venido la demora respecto al informe final y su derivación a Renet.

La señora .— Buenas tardes, señora presidenta de la comisión, buenas tardes a todos los congresistas y a los funcionarios públicos.

Agradecer también el testimonio que hemos escuchado, como dice el doctor Timaná, nosotros estamos conscientes que detrás de cada solicitud hay un paciente y las evaluaciones de tecnologías, primero aclarar que están hecha para cuidar a los pacientes.

No toda la nueva tecnología que sale, no solamente hay que incorporarla al mercado, sino previamente ver si es eficiente,

si sirve y, sobre todo, que no haga daño. Ese es el objetivo de la evaluación de tecnología, considerando al paciente.

El proceso para evaluar requiere un equipo especializado de metodólogos, de economistas y el proceso ya se ha terminado como le ha mencionado el paciente, está enviado a la Renetsa para revisión y publicación, que estamos esperando que salga lo antes posible, específicamente en eso.

Solo para conocimiento, nosotros cuando hemos empezado en esta nueva gestión, hemos encontrado un pasivo grande de más de ciento tres expedientes, como Ietsi no solo evaluamos enfermedades de alto costo, de oncología, enfermedades raras o huérfanas, sino todas las patologías de EsSalud.

Entonces, estamos haciendo un plan para disminuir estos tiempos de evaluación y poder liberar este pasivo, este embalse que tenemos en el Ietsi, tenemos un plan de priorización para no tener que esperar que lleguen los pacientes con estas solicitudes, sino adelantarnos nosotros.

Esto, como comprenderán va a tomar un tiempo y se está pidiendo presupuesto adicional para contratar a los especialistas que puedan ayudarnos con este embalse que hemos encontrado.

La señora PRESIDENTA.— Sí, doctora.

La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).— Gracias, presidenta.

Era por eso que era muy importante que venga pues la presidenta del Seguro Social. Porque, porque Ietsi, está adscrito al Seguro Social, presidenta y esto es muy importante porque hemos visto que han pasado o han estado funcionarios que han estado en ese instituto, claro, Instituto de Estudios de Investigación Tecnológicos, sin embargo, presidenta, no solamente habíamos hablado de que requerían mejorar el presupuesto y fortalecer el recurso humano, sin embargo, estamos hablando de decisión y voluntad política.

Quiero hacer las siguientes preguntas.

¿Cuántas moléculas en este momento están en fase de evaluación y cuando se publican estos dictámenes? Con fechas, presidenta, por favor y que precise esa pregunta.

La segunda pregunta, ¿cuántas horas al día trabajan estos recursos, o sea, los especialistas, los metodólogos, los oncólogos y todo el staff de profesionales?, y ¿cuáles son los tipos de contratos y vínculos con la institución?, ¿cómo se evalúa su productividad y cuáles son las remuneraciones?, y esto debe ser de conocimiento y de interés público, presidenta, porque esto va a rendir bastante para qué, nosotros, como congresistas que representamos a nuestra región y al país, podamos nosotros también hacer el monitoreo y supervisión, porque probablemente de acuerdo a lo que podamos nosotros escuchar, vamos a poder nosotros también hacer otra pregunta.

Y, la última, ¿cuál es el proceso de evaluación y cómo se realiza la convocatoria para los especialistas? Por qué esta pregunta, presidenta porque, así como manifiesta que hay pasivos, es porque no ha tenido, probablemente no han sido buenos especialistas, o porque no han tenido doble función o probablemente, como muy bien refiere, ha habido el colapso de estos mismos.

Y, bueno, mencionar también por qué no se está considerando el Selumetinib, porque ese sí es un paciente del Seguro Social, presidenta. Es un paciente, un niño de ocho años que sí tiene seguro social y hasta la fecha no cuenta con registro sanitario para que incluyan al Estado peruano y puedan hacer la adquisición a través de todos los procesos que corresponden.

Gracias, presidenta.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, doctora Portalatino. Un ratito, doctora Portalatino.

Nosotros, a través de la Comisión multipartidaria de cáncer, vamos a pedir una explicación al señor ministro, queremos la respuesta directa, porque este joven que, son pocos en los casos que se dan a nivel del Perú y del mundo, que esté pasando este problema, porque no le dimos que es una mayoría, que por eso no se hace, son mínimos, son uno, dos, tres, casos, cuatro, y nosotros sabemos perfectamente, que Renetsa, que es una Red Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria, es la responsable de realizar la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación económica, destinadas a proponer las mejores estrategias en la prevención, diagnóstico, rehabilitación y atención integral de salud en el país.

Esa ya fue conformada por un registro ministerial, Asiento 90-2022-MINSA e integrada por el Instituto Nacional de Salud, a través de la evaluación de tecnologías en unión con la Digemid y también con EsSalud.

Nosotros sabemos, doctora, que necesitamos respuestas rápidas, no podemos estar tomando los casos de salud como algo aislado, nosotros no estamos frente a un caso de deudores u otros problemas, estamos viendo el caso de personas que a diario lo viven, que a diario van padeciendo todo este tipo de signos y síntomas, que no podemos ser ajenos.

Por eso es que, vamos a pedir la explicación y la atención inmediata a través del señor ministro, para que dé su respuesta, porqué tanta demora en esperar resultados, él tiene que estar aquí, dando respuestas.

Por eso es que, tal vez como lo dice la doctora Portalatino, nosotros pedimos la presencia de los directivos del mayor grado, como son los ministros, como la directora de EsSalud, pero ustedes, también están preparados para ello, entonces, pongámonos a la acción, pongámonos a trabajar por la gente que el cargo lo estamos desempeñando por ellos.

Nosotros no estamos ahí para hacer otras cosas más que hacer lo que específicamente hay decretos supremos, hay leyes por las cuales tenemos que empezar a trabajar por esos pacientes que necesitan de nosotros mismos como representantes técnicos o directivos mayores en estas instituciones tanto del Minsa como de EsSalud.

La respuesta, doctora, para esta pregunta que la está haciendo la doctora Portalatino.

La señora .- Gracias, presidenta.

En cuanto a las evaluaciones de tecnología o expedientes que tenemos pendientes, a través de la Renetsa, tenemos quince en desarrollo y treinta y dos pendientes todavía de iniciar.

Además, tenemos ciento trece evaluaciones de tecnología pendientes que es el embalse que hemos encontrado en esta nueva gestión, de otras patologías o de cáncer o de enfermedades raras o huérfanas de medicamentos de bajo costo, que son también evaluadas por el Ietsi.

En cuanto al personal, nosotros hemos encontrado cuando llegamos, el personal que no contaba con las calificaciones necesarias para hacer este tipo de evaluaciones, no todos obviamente, pero había un porcentaje importante, se está modificando el perfil del profesional. Se cuenta actualmente, con nueve metodólogos, expertos en estadística, epidemiología, capaces de hacer estas evaluaciones y dos economistas.

Estos once profesionales, son contratos por terceros, tenemos ahí un problema de las escalas remunerativas, al ser la mayoría médicos generales no cuentan con un beneficio económico que los atraiga para ingresar a la institución.

En ese sentido, estamos, solicitando incorporarlos como especialistas, altamente calificados, son profesionales con maestrías, con doctorados y con un perfil de experiencia en estas evaluaciones de tecnología.

En esta gestión también se ha incorporado dos funcionarios metodólogos que apoyan en el proceso de acelerar este procedimiento de evaluaciones de tecnología.

Como les comenté, estamos en un proceso de reforma para solucionar este embalse que tenemos y el objetivo es hacer una priorización para responder lo más pronto posible a estas evaluaciones de tecnología pendientes.

No le puedo dar un tiempo estimado para responder a todo, como saben en la Renet el tiempo estimado es de cuarenta y cinco días, pero ya vamos un atraso, entonces, no sería real de mi parte una respuesta en este momento.

En cuanto tengamos el plan de priorización y los tiempos estimados reales, los podríamos presentar.

La señora PRESIDENTA.- Gracias, doctora.

Le hago recordar que la Ley del Cáncer se promulgó en agosto de 2021 y su reglamentación es en marzo del 2022, y aún no se aplica esta, entonces y para que pueda hacer efectiva tiene que unirse ya le digo, el Minsa, el INEN y el Instituto Nacional de Salud, háganlo pronto, porque ustedes, hasta ahora, la Ley de Cáncer, la que ya se ha promulgado en septiembre, la 31870, donde tiene que ser pase para el INEN y aún siguen las disputas del INEN con el Minsa.

Entonces, esto está desde setiembre, ya estamos abril, ya viene mayo, entonces, cuando vamos a encontrar algo serio, algo formal, porque usted me está diciendo que tiempo no se puede dar, pero seguimos esto año tras año, entonces, donde están las leyes que da el Poder Legislativo, porque la gente nos exige a nosotros, ya lo está diciendo la doctora, nosotros nos vamos a las regiones, nosotros no podemos hacer una supervisión a un establecimiento de salud, porque a ellos también les exigen los pacientes y, quién va a resolver ese problema.

Si arriba, los que tienen que solucionar el problema principal no son personas capacitadas, no son personas idóneas que siguen poniendo a dedo y siguen colocándose este tipo de personal, hasta cuándo vamos a mejorar.

Usted dice que ya ahora van a ser evaluados, que ya han sido evaluados, pero, cuándo la fecha, nos pasamos otro año más, porque imagínese doctora, que estamos casi a un año, ya pasamos dos años y seguimos con el mismo problema o tres años, porque fue, perdón, fue de tres años, que ya va a ser tres años, porque la Ley del Cáncer se promulgó en agosto del 2021, ya estamos cerca a agosto del 2024, doctora y necesitamos respuestas, por eso es que vamos a pedir a través de todos los congresistas de la comisión, una explicación al ministro, para que acelere lo más pronto todo este proceso, porque ya no podemos más prolongaciones.

Gracias, doctora.

La DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE SALUD E INVESTIGACIÓN (IETSI), doctora Rosa Magaly Acosta Barriga.— Sí, solo para aclarar, yo soy la representante del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, del Ietsi de EsSalud. La respuesta, de repente, a estas interrogantes, las puede hacer el doctor Timaná, el representante del CEDTS, el director del CEDTS del INS del Minsa.

Solo para completar mi idea, este proceso de modificación y fortalecimiento de Ietsi de EsSalud está siendo respaldado por el trabajo de la presidenta ejecutiva. **(12)** Ella está al tanto y ella está apoyando en este proceso de fortalecimiento.

La señora PRESIDENTA.— Bien, doctora.

Vamos a terminar con los funcionarios de EsSalud tanto como el doctor Alberto Barrenechea y la doctora Katya Chávez Romero, con algunas preguntas, creo que ya le había hecho, doctor, algunas. Quiero terminar preguntando.

¿Qué gestiones han hecho con el Ministerio de Trabajo del cual depende EsSalud, para la reglamentación del subsidio oncológico?

¿Qué diferencia hay entre la licencia con goce de haber establecido con la Ley 31041 y la incapacidad temporal?

¿Qué porcentaje de deserción de tratamiento oncológico existe en EsSalud?.

En el marco de la Ley de cáncer se ha asignado una partida presupuestal adicional para coberturar a los nuevos tratamientos aprovechados por Renetsa, ¿se tiene una directiva o flujo del año, si un flujo respecto a cómo los médicos oncológicos solicitarán las tecnologías sanitarias aprobados por Renetsa?

Y el otro tema, también doctora, en EsSalud que ayer, antes de ayer hemos ido a una, perdón el viernes una vista a uno de los hospitales, sobre el tema de la hemofilia, ¿cómo se está tratando también ya estamos... el día de mañana, el Día de la hemofilia?, ¿qué pasos, cómo se está siguiendo a estos pacientes, si tienen un retratamiento adecuado con especialistas o han tenido algunos problemas?, doctora.

Esa preguntita, quiero hacer.

Y como presidenta de la comisión hay una entrevista a Renetsa para ver este caso concreto del paciente y que me digan cuándo estarán.

Ah ya, en eso sí, vamos a ver.

Vamos a hacerle un seguimiento sobre el caso del compañero, porque nosotros a partir en este momento, vamos a tener que pedir un pronunciamiento al señor ministro, al señor directivo máximo de esta Red Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria, Renetsa, porque no puede ser posible ya, ya basta de estar siempre en un silencio, un silencio que aparenta que no hay un trabajo efectivo de todos aquellos ejecutivos, no todos; pero la gran mayoría.

Pero, necesitamos respuestas y de lo más pronto posible, vamos a pedir respuestas, intervenciones y si es posible mañana mismo, estaremos yéndonos al Ministerio de Salud.

Señor ministro, yo sé que usted o los funcionarios en el Ministerio de Salud nos están viendo, vamos a tener que ir a hacer una visita a más tardar el miércoles también, para pedir una explicación sobre tantos casos, enfermedades raras, pacientes oncológicos, pacientes hemofílicos y así sigue una línea de ineficiencias en cuanto a la acción rápida que debe de dar el Ministerio de Salud.

Entonces, es muy probable, señor ministro que usted nos dé un espacio, esperamos su respuesta, ya que usted no ha podido venir, esperamos que usted nos cite, a más tardar mañana o pasado, una hora para poder estar ahí, conversar directamente con usted.

Señor ministro, este es un pedido que lo hace el paciente y todos los que componemos esta comisión de cáncer.

Gracias, señor ministro, por respuesta y sé que me lo va tener que dar lo más pronto, porque sé la calidad de profesional que es usted, gracias.

El señor - Señora presidenta, solo para terminar el informe que IETSI ya nos está enviando, nos envió el informe justo de la droga que ha sido evaluada y nosotros el día de mañana estamos publicando esto en el Portal de Renetsa.

La señora PRESIDENTA.- Gracias.

Pero, de todas maneras también hablaremos con el señor ministro de otros temas, porque eso tiene que así solucionarse, rápido, o sea, para lo que son, ustedes son grandes profesionales, yo sé que acá hay doctores que han tenido un amplio estudio a aparte una gran experiencia en la labor, ya que nosotros administrativos que vamos ejerciendo y queremos que todos sus conocimientos, por favor, lo den a manifestarse con las altas autoridades, sobre todo con los señores directivos, con el señor ministro, que se reúnan, que trabajemos lo más pronto, porque para eso estamos, estamos para trabajar y nosotros como congresista, gracias amigo por su confianza, porque los congresista estamos para eso, para trabajar con el Poder Ejecutivo, con los señores que conciernen a grupos que representan al pueblo y que con ellos debemos de estar siempre, con los gobiernos regionales, con los gobiernos locales, porque ese es nuestro trabajo, estar nosotros en todo momento trabajando por la población que nos eligió.

Muchas gracias.

Pues, doctor, disculpe este pequeño percance.

EL GERENTE CENTRAL DE ASESORÍA JURÍDICA-ESSALUD, señor Gino Alejandro Trejo Maguiña.- Muchas gracias, presidenta.

Presidenta, por su intermedio y saludando la iniciativa de esta comisión con este tema tan prioritario, relevante que tiene la prevención del cáncer, como usted menciona y como se ha mencionado en el debate, creo que todos hemos tenido en algún momento algún paciente o alguna persona que ha tenido esta enfermedad, y que de una u otra manera, la sensibilidad que tenemos los funcionarios más allá de la función pública, nos exige tomar acciones concretas y directas.

En relación a ello, es el compromiso de nuestra presidenta ejecutiva, no solamente por la priorización de la atención sino sobre todo, la atención de estos casos o estas situaciones que conlleva la atención crítica y la prioridad necesaria, dado que como usted menciona, el cáncer no espera.

Presidenta, solo tal vez para poder mencionar lo que nos toca el marco normativo, en el cual, EsSalud se desenvuelve y entender y comprender probablemente este marco de actuación, referiríamos que nosotros EsSalud, constituye una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, es la denominación que el Poder Ejecutivo nos asigna y por la misma naturaleza de lo que establece la Constitución administramos fondos intangibles.

En consecuencia, con el doctor Barrenechea manifestó, no hay una negativa, no hay un omisión, ni un retraso, ni un desliz respecto al otorgamiento de las coberturas de prestaciones de EsSalud, porque la prestaciones de EsSalud se están otorgando, se mantienen otorgando, en virtud de un cumplimiento de un principio, que es básicamente general para todos los servidores públicos que se [..?] del principio legalidad.

En el marco de la ley, una vez que esta emitida, nosotros lo que hacemos es brindar la cobertura de las prestaciones de EsSalud y en el marco de ello, es lo que se viene efectuando.

El programa de financiamiento que menciona el doctor Barrenechea para la aplicación e implementación de la ley, es un programa tangible, EsSalud al tener fondos intangibles destinados a la prestación de los asegurados, no recibe un sol del erario público vinculado a prestaciones diferentes o distintas, como es el caso de las programaciones económicas a raíz de la emisión de esta ley; en consecuencia, son aspectos que tienen que ser solucionados o discutidos ya en la etapa de la reglamentación.

Y, por qué digo esto, porque las normas tienen dos tipos de forma de aplicarse, digamos, de manera inmediata, las normas autoaplicativas y las heteroaplicativas.

Las autoaplicativas, es que con la misma emisión de ley, se brinda la inmediata implementación, el caso, por ejemplo, la cobertura de EsSalud; estamos obligados, se da cumplimiento; para lo que es económico que depende del Erario público, de alguna forma la ley no ha solucionado los mecanismos de financiamiento, es que está sujeta a la reglamentación tanto del seguro oncológico como de la prestación del otorgamiento de la prestación económica, por las licencias con goce de haber. En un caso se ha mencionado por parte de los [..?] del Minsa, se encuentra en proceso la reglamentación, el reglamento de la ley emitido el año 2021 expresamente señala que el reglamento de esta disposición del Seguro Oncológico, parte del Minsa a quien nosotros habíamos manifestado nuestra opinión y que entiendo por lo que mencionaron en su exposición, había recibido observaciones por parte del Ministerio de Economía en el Consejo de Coordinación Viceministerial CCV, absueltas estas observaciones, entraremos a un proceso en el cual se aprueba la reglamentación, que es lo que esperamos todos en esta Mesa.

Y por el caso también del otorgamiento de la licencia con goce de haber, a partir del [...] también está a la espera de la reglamentación por parte del Ministerio de Trabajo, que nosotros ya hemos formulado también nuestra posición y nuestros aportes o lineamientos, para que esto proceda su reglamentación, con básicamente funciona lo que espera esta Mesa y esta comisión, presidenta, por su intermedio le informaríamos que terminada esta reunión, tomaremos las acciones de coordinación necesaria para impulsar desde nuestra perspectiva ambas iniciativas, con la consideración de que nosotros somos los aplicadores de las normas, no quienes emitimos las normas.

Nosotros podemos una vez que la norma es aplicada, la implementamos de inmediato; pero tenemos que tener todo ese proceso normativo, reglamentario que requiere las entidades necesarias y para los cuales, nosotros les damos los insumos necesarios y nos colocamos a su disposición. La reglamentación en este caso, depende del Ministerio de Salud como autoridad rectora en el Sistema de Salud como del Ministerio de Trabajo, con quienes tomaremos contacto, para efectos de ver el estado de nuestras iniciativas.

En función de ello, si extender y mencionar no solo el saludo sino también la preocupación permanente de nuestra presidenta ejecutiva, en dar cumplimiento a las disposiciones, sobre todo cuando se trata de pacientes que requieren una atención prioritaria y de todos nuestros más de once millones de asegurados que tenemos en EsSalud.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, doctor Gino Trejo.

La doctora Katya Chávez.

LA GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD-ESSALUD, señora Katya Chávez Romero.— Presidente, sobre las siguientes preguntas relacionadas con temas prestacionales.

El flujo para pedir o para solicitar de neutros centros de atención en todo nivel, nuestros profesionales médicos, el uso de tecnologías sanitarias. Si estas ya están aprobadas por la institución, es solamente en el nivel local con sus gerentes prestacionales o subgerente de red, el flujo es simple, se analiza en la red, en función a la oferta que ya tienen instalada y la demanda que necesita atenderse.

Pero si estamos hablando de nuevas tecnologías sanitarias, aquellas que están en estudio, que aún no han ingresado al país o que habiendo ingresado todavía están en evaluación técnico, es así, ingresan a la sede central, a la gerencia central de Prestaciones en mesas de trabajo, con las áreas competentes como es el IETSI, nosotros revisamos el requerimiento y emitimos la opinión, para que la red pueda implementarla, si se requiere de un estudio adicional, como los casos que se han presentado el día de hoy, en el que hay que trabajarlo también con el Ministerio de Salud, porque todavía es nuevo, no existe nada en

el país, tenemos que complementar la información, cursar los oficios, como se ha mencionado ahora también en estos casos, porque la evaluación de tecnología de información no solamente pasa por el tema novedoso del uso de un procedimiento nuevo, un equipo nuevo, sino pasa por los riesgos que hay que evaluar para el paciente.

Ningún procedimiento o proceso médico de intervención, así sea mínimamente invasivo tiene un riesgo cero y no le podemos añadir al paciente, sobre el daño que ya viene sufriendo, un riesgo adicional que pudiéramos evitar o minimizar si los estudios no son completos y realizados por profesionales competentes.

Como lo manifestó la doctora Joshi, de IETSI, el compromiso de EsSalud en esta gestión, es acelerar todo aquellos que ha venido siendo retrasado por distintas facturas.

En el caso de las preguntas específicas sobre pacientes por ejemplo que hubieran desertado de sus atenciones, ahí tenemos que hacer la distinción de aquellos pacientes que eventualmente pueden haber quedado fuera del sistema, porque en EsSalud los pacientes con cobertura deben estar siendo dependientes de una planilla laboral, probablemente hay un grupo de deserciones de atenciones que puedan quedar fuera, cuando ya se desinsertan de la población con contrato laboral permanente.

Por lo tanto, también sus derechohabientes; no ha ocurrido así en el caso de los pacientes ya con la cobertura de la ley de los oncológicos, porque aun cuando los pacientes hayan cumplido 18 años y hayan comenzado a ser atendidos por nosotros, estos ya han continuado con sus atenciones; por eso como estoy diciendo en la aplicación de la ley, las prestaciones de salud si se han continuado otorgando, lo que no está reglamentado respecto al subsidio y lo que ha comentado el doctor Trejo y el doctor Barrenechea, es lo que todavía no se ha implementado, las prestaciones de salud se han continuado, son un aproximado de 260 atenciones, que hemos continuado otorgando a los pacientes oncológicos.

Hemofilia por ser una enfermedad de la sangre, de carácter hereditario no oncológico, no es información que tenga a la mano, presidenta; pero me comprometo a alcanzarle la información respecto al volumen de pacientes, atenciones, redes como se vienen otorgando las atenciones.

Es lo que puedo informar.

La señora PRESIDENTA.— Muchísimas gracias, doctora.

Perdón, quería concluir diciendo lo siguiente **(13)** el día viernes pasado estuvimos en el Hospital Almenara haciendo la labor de fiscalización, supervisión, verificación, que efectivamente los niños de oncología pediátrica y hematología. Pero qué pasa, que se habían trasladado ellos a una unidad donde antes exista el COVID, y están ahí hacinados , mientras se reparaba los

ambientes en el piso cuarto, creo que era, cuarto no, sí, mientras estaban ellos reparando el piso; lo habrían puesto a todos los pacientes en servicio que antes había funcionado el COVID y resulta que ahí, se nos acercaron varias familias donde decía que por lo menos, se les pueda dar parte de mobiliario si quiera, para que ellos puedan dormir, porque estaban durmiendo en el suelo, o sea, imagínese un familiar que este todo el día, día y noche viendo al niño, porque era un niño, entonces y que duerma en el suelo, porque en este caso, uno de ellos fue un padres soltero y él tenía que estar viendo todo el día y noche al niño.

Entonces, queremos que por lo menos, ustedes tengan esa forma de una supervisión, de verificar que tengan las cosas que van a necesitar, para que ellos puedan descansar, sobre todos los familiares de los pacientes y verificamos los techos estaban rotos, los pisos en mal estado.

Y quiero hacer por su intermedio un pedido a la señora presidenta ejecutiva, de poner mayor énfasis y celeridad para reparar los ambientes de estas áreas y que mientras tanto, los niños tengan las mejores condiciones de atención, porque son niños de 10 años, que sabemos que hay una larga cola de niños que están a la espera también para recibir tratamiento.

Muchas gracias.

Y el cedo la palabra a la doctora Portalatino, que también quiere hacerle las últimas preguntas.

La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).— Gracias, presidenta.

Presidenta, definitivamente hablar de tema oncológico, es de nunca acabar; pero no ha respondido a mi pregunta ni siquiera la doctora Katya y ha sido muy genérica en expresar cosa que no queremos, queremos cosas concretas.

Uno, y también la responsable de IETSI, que es la doctora Joshi, donde tenemos el medicamento que se ha requerido desde el año pasado, Selumetinib 25 mg, hemos solicitado exhaustivamente que la Junta Médica del Hospital Almenara que preside el generante doctor Amoros, no ha podido hacer sacar un informe diciendo que requiera la compra con... de emergencia sino de urgencia.

Ustedes saben que los términos son muy importantes para que Digemid pueda tomar acciones y poder tomar en consideración poder adquirir el fármaco, porque, obviamente, la justificación siempre se ha dado que no tiene Registro Sanitario; pero, obviamente, tenemos que considerar que existe la Ley de productos farmacéuticos, la 29459. Muy gentilmente el doctor Timaná me ha proporcionado por uso excepcional y esto se puede hacer por compras directas en carácter de emergencia, obviamente, que tiene que tener otros criterios; pero cuando hay decisión y voluntad política, o sea, estamos hablando de la vida de un niño, niña y la vida de muchos, por favor, eso venimos nosotros... es

una enfermedad rara y huérfanas y para poder coadyuvar, para que tenga mayor criterio, los médicos que a veces no saben de la ley, existe la Ley 29698, Ley que declara de interés nacional y preferente la atención de tratamiento de personas que padecen enfermedades raras y huérfanas, que ha sido modificado la Ley... que esa ley representa una modificación de una Ley 31738 que ya tiene una reglamentación por cierto.

Entonces, si tenemos nosotros ya amplia y una de las ítems que dice es de que se debe dar, pues, la cobertura y gasto prioritario, entonces tenemos la norma; pero no se ejecuta presidenta, o sea, no podemos hablar generalidades, o sea, no podemos nosotros dar horas tras horas y prácticamente todo está bien, y no es así.

Yo saludo la decisión, *lo que es del César, lo que es del César*, de la doctora María Elena, por ejemplo, que ha cambiado a IETSI, y había... reestructurando y fortaleciendo con presupuesto para fortalecer, porque [..?] pasivos tan grandes; pero, eso ha sido presión política, presidenta, déjenme decirle, porque nosotros hemos estado insistiendo desde el año pasado y eso hay... que reconozca también hemos participado nosotros ahí; sin embargo, necesitamos, ¿qué acciones están haciendo sobre el fármaco específicamente, presidenta, Selumetinib de 25mg, para todos los niños que padecen de neurofibromatosis?.

Por favor, presidenta, espero la respuesta.

LA GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD-ESSALUD, señora Katya Chávez Romero.— En relación al Selumetinib, existe ya el dictamen que ha salido en febrero de 2024, para la neurofibromatosis tipo 1, y neurofibroma plexiforme sintomático inoperable.

En este caso, de acuerdo a la evidencia el dictamen ha salido negativo, eso quiere decir que no hay evidencia que avale su uso en esta población, pudiendo producir más daño o no siendo eficiente para curar, en este caso esta enfermedad.

La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).— Permítame, presidenta.

Yo si quiero hacer una pequeña observación.

Muy bien hemos escuchado y hemos sido testigos que quede constancia, que ha habido especialistas que no han tenido el perfil para poder elaborar los informes y ese informe probablemente ha sido, ese grupo que no ha tenido la capacidad, ni la especialización para hacer un buen informe técnico, porque existe este fármaco en otros países que muy bien están siendo beneficiados y han reducido el tumor para estos niños y niñas que padecen de neurofibromatosis.

Qué diferencia hay de la eficacia, la eficiencia de esta molécula en otros pacientes, a los pacientes peruanos; no debe haber nada, solamente cambiaría la idiosincrasia más no cambiaría el tema de su efectividad.

En ese sentido, presidenta, es cuestionable el informe, porque ya hay experiencias exitosas en otros países.

Yo solicito, por su intermedio, que quede constancia, presidenta, que se pueda reevaluar y acá que lo tomen, reconsideren ese informe, teniendo en consideración que ha habido profesionales, no han sido altamente calificados y es de conocimiento público; por lo tanto, nosotros tenemos que también intervenir, presidenta, para ver quiénes han hecho el informe y cuál es su perfil, porque eso atentaría con la vida y la calidad de vida del niño. El niño tiene un tumor que ha crecido, como lo ha dicho el compañero Gerson* día tras día, pasan los meses y sigue deteriorando la salud de los pacientes oncológicos.

Por lo tanto, es cuestionable el informe, presidenta.

La señora PRESIDENTA.— Doctora Portalatino, lo trataremos de hacer juntos, le pido, por favor, se acerque a la asesora para nosotros ya remitir un informe, solicitar lo más pronto posible, ya que el niño cada día se encuentra más deteriorada su salud.

LA GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD-ESSALUD, señora Katya Chávez Romero.— Nosotros en base a la solicitud que nos ha dado, vamos a revisar el informe, claro.

La señora PRESIDENTA.— Muchísimas gracias, doctora.

Vamos a abandonar la sala, en el momento que ustedes lo requieran.

Vamos a continuar con el presidente ejecutivo del Instituto Nacional de Salud, ha venido, es usted ¿no?, ya doctor.

Muchísimas gracias, doctores.

(Intervención fuera de micrófono)

La señora PRESIDENTA.— Ah, ya bueno, pero de todas maneras ya que le he dicho y le he hecho presente, me gustaría que ustedes en breves minutos, ya que estamos a punto de terminar la comisión, para que ustedes, por favor, nos expongan sobre sus puntos que están trabajando.

Sean breve nomás y queremos hacerle siempre participes a ustedes, porque desde que ustedes están acá, es porque nosotros les hemos invitado para que nos hagan conocer sobre lo que están haciendo, su labor, en este problema tan álgido que es el cáncer, sobre todo a través del Ministerio de Salud que, en verdad, parece que hasta el momento está un poco dormido y ahora si lo vamos a poner activizar* con la doctora Portalatino y todos los miembros de esta comisión, porque tenemos que ya ser más activos.

Gracias, doctor.

Le escuchamos.

EL PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD-INS, doctor Víctor Javier Suárez Moreno.— Gracias, presidenta.

Seré muy breve.

Nosotros desde que hemos asumido la gestión, hemos estado tratando de, primero, priorizar las evaluaciones de tecnología y también hemos tratado de reducir los tiempos para culminar con los informes finales.

Solo una breve estadística, el año pasado desde el INS, Instituto Nacional de Salud, se evaluaron 18 moléculas para emitir sus informes, todos ellos ya publicados en la página Web, el año 2023, y solamente en este trimestre vamos evaluando 11, solamente en el primer trimestre 2024. Estamos acelerando la mayor cantidad de tiempo posible, llevando casi al límite a nuestros evaluadores para poder tener evaluaciones de tecnología los más ágiles y los más céleres posible, para tener creo que con una... con bastante ahínco, el tema de poder reducir el atraso tecnológico que tenemos como país.

Esa es la idea fundamental, y nosotros estamos bastante comprometidos con poder acelerar las evaluaciones de tecnología sanitaria.

La señora PRESIDENTA.— De la licenciada Karen Huamán Sánchez.

Si, está despierta, para que nos de unas breves palabras para ver acerca... usted está encargada en este momento de las Subdirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Renetsa y es un tema muy importante de lo que estamos hablando.

Ya lo ha dicho la doctora, que va a ver una reevaluación de personal y queremos que usted, en cortas palabras nos diga sobre los avances que está teniendo Renetsa en estos momentos.

LA ENCARGADA DE LA SUBDIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE RENETSA-INS, señora Karen Huamán Sánchez.— Buenas tardes, señora presidenta.

Para actualizar, yo soy parte del equipo técnico de la Subdirección de ETS, del INS donde el doctor Timaná, es director y ambos somos miembros de la Renetsa.

En resumen la Renetsa está integrada por tres instituciones que son el IETSI, el Digemid y el INS a través del [...?], la Renetsa está coordinada por INS, hasta el momento hemos tenido 93 ETS que como pendientes, de los cuales 25 han estado a cargo de INS, como ya lo mencionó el doctor, 18 hemos publicado el año pasado y 11 hemos culminado este año.

Hay 12 solicitudes que todavía están pendientes por parte de Digemid, 2 han terminado y 10 todavía están pendientes de culminar, IETSI tenía 56 requerimientos de ETS; sin embargo, se hizo una depuración, porque hay teleologías que son para la misma condición clínica, pero vienen con diferentes expedientes.

Entonces, esas solicitudes fueron priorizadas como mencionó la doctora Acosta, se ha hecho una priorización, porque no podemos hacerla las 56 al mismo momento, entonces hemos hecho una lista

de priorización, de esa lista de priorización el IETSI ha avanzado con 15 solicitudes y nosotros como INS, como mencionó el doctor Timaná, ya estamos terminando con las solicitudes que corresponden y que nos han llegado a nosotros y estamos apoyando al IETSI en 5 ETS, que ya hemos culminado 4, y estamos avanzando para poderlos apoyar con 5 ETS más.

Como le mencioné, nosotros cada institución tiene un cargo de ETS solicitadas y en cuanto al INS, como tenemos actualmente, gracias a la Ley de presupuesto del año pasado, tenemos un poco más de equipo capacitado para poder apoyar, estamos tratando de colaborar al IETSI que esas solicitudes que vienen embalsadas o que vienen retrasadas, se pueden disminuir para este año.

La señora PRESIDENTA.— Muchísimas gracias.

En verdad, yo sé que el tiempo a veces es muy corto para lo que queremos nosotros conocer, saber, y yo les agradezco por haber participado en esta comisión tan importante. **(14)**

Les vamos a volver a invitar en otra oportunidad, porque queremos ver respuestas y estamos acá para estar como representantes de este grupo de personas que pertenecen a un grupo oncológico.

Queremos hacerlo de la mejor manera siempre, están intercambiando opiniones del Poder Legislativo, del Poder Ejecutivo donde están ustedes y sobre todo, pues, de la sociedad [..?] de la sociedad o del público en general, que ellos son los que constantemente se acercan a nosotros, para nosotros ser su voz, ser la voz del pueblo.

Yo quería que se despidiera o dé estas últimas palabras en esta comisión, antes de pedir ya a los compañeros técnicos tanto de la Red Nacional de Evaluaciones de Tecnología Sanitaria-Renetsa, como también del Instituto Nacional de Salud y a todos los que nos han acompañado, porque queremos que ustedes en este momento también sientan a esta voz, que representa todo el grupo, por la que estamos nosotros en este momento.

Muchas gracias.

EL señor SALAZAR VALENZUELA, Gerson Eduardo.— Muchas gracias.

Para terminar, agradezco que el informe ya salga mañana sobre mi medicamento.

La verdad, yo no quisiera estar más así, reclamando por o estar viajando desde mi ciudad, para que las cosas se hagan más rápido, porque yo tenía entendido, que este informe iba a salir la primera semana de abril, y entonces, ya son quincena y bueno felizmente ya mañana sale; pero a lo que voy, es de que no quisiera otra vez de repente estar viajando de aquí a fin de mes, porque después ya que el informe salga va a pasar al SIS y el SIS yo sé que también hay de repente tienen sus tiempos para que puedan financiar este medicamento.

Por otro lado, así como menciona la congresista, yo soy paciente en el INEN, y en el INEN, actualmente necesito una resonancia también para mi columna y entonces, me han comunicado en el INEN, que los resonadores están malogrados y me han dado una cita para julio, en julio, no es una cita segura, me han dicho que posiblemente en julio ya estén aptos estos resonadores.

Ahora, claro ese es otro temor y otra incertidumbre por la cual pasa un paciente, así como yo un paciente oncológico en el que de repente necesita una imagen, ya sea por un tomógrafo, por un resonador y le dicen de que recién van a estar en julio o en agosto, o así. Entonces, eso retrasa mucho y también hace que su cáncer avance o lo obliga a que el paciente este buscando esto, hacérselo de forma particular.

Entonces, yo la verdad, agradezco que se le pueda hacer un llamado al ministro de Salud, para que pueda agilizar esto, para que también pueda ver este problema de los que son los resonadores o algo que donde se puedan tomar medidas, cuando esto suceda, o sea, que lo puedan ver antes y no este retrasando las imágenes para un paciente, que son una pieza fundamental para sus seguimiento de la enfermedad.

Bueno, ah lo último que me olvidaba, disculpen, es yo tengo entendido que el medicamento cabozantinib el que estoy solicitando yo, lo están dando en EsSalud, si bien es cierto, es para un cáncer distinto, que es para el cáncer renal este medicamento también se usa para el cáncer que yo padezco; pero entonces si ese medicamento ya está siendo usada en el EsSalud, específicamente en el Rebagliati, no sé si es que haya alguna forma en la que mientras se hace la gestión, para que mi medicamento lo puedan dar mediante el SIS, no sé si se podría pedir prestado de repente a la institución de EsSalud, al menos una caja que me puedan durar un mes, mientras se avanza con lo otro, no sé si es que eso sea posible; pero yo tengo entendido de que el medicamento está ahí en EsSalud, está en Rebagliati y eso, porque la verdad yo sé que una vez que pase el informe al SIS, va a ser de repente un mes, dos meses no lo sé; pero va a seguir avanzando esto, entonces para no estar así, se podrá tomar de repente esta solución momentánea claro y sí.

Eso es todo.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA.— Bueno, Gerson Eduardo Salazar Valenzuela, vamos a remitir un documento al doctor Alberto Barrenechea Pastor, para que a través de la directora de EsSalud nos dé una respuesta inmediata, hoy mismo se va a hacer el documento y vamos hacerlo de manera rápida para que ellos también al igual, nos puedan dar la respuesta inmediata.

En eso está nuestro compromiso de toda la Comisión Multipartidaria de Cáncer, estamos para escuchar su voz y para que su voz hacerla de inmediato una réplica, para los directivos

de los diferentes directorios tanto de EsSalud como del Ministerio de Salud.

En eso nos comprometemos.

Y bueno, vamos a suspender la sesión en breves momentos, para despedir a todos los ponentes que se han hecho presentes hoy día.

Y esperamos que al igual que lo han hecho hoy día, su compromiso se mantenga siempre de manera eficiente, para que los pacientes oncológicos tengan una respuesta inmediata, porque sé que ustedes son gente joven, los veo gente joven, muy optimistas con ganas de trabajar, y esperemos que, bueno, pues, se haga efectivo su cargo.

Muchas gracias, por haber venido a la sesión.

El señor .- Gracias, presidenta.

(Pausa).

La señora PRESIDENTA.- Antes de concluir.

Se consulta la dispensa del trámite de la sanción del Acta para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión, sino hay oposición a la dispensa del trámite de aprobación del Acta para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión se dará por aprobada. La dispensa del trámite de la sanción del Acta ha sido aprobada.

Siendo las 13:37 h, del día 15 de abril de 2024, y sin ningún otro punto a tratar se levanta la sesión.

Muchísimas gracias.

-A las 13:37 h, se levanta la sesión.