



(DOCUMENTO DE TRABAJO)

PRIMERA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2025

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

16.ª SESIÓN EXTRAORDINARIA

(Matinal)

VIERNES 05 DE SETIEMBRE DE 2025

PRESIDENCIA DEL SEÑOR ALEJANDRO AGUINAGA RECUENCO

-A las 09:25 h, se inicia la sesión.

El señor PRESIDENTE.- Muy buenos días, con las disculpas del caso por estos minutos de demora, en parte mi voluntad y en parte el tráfico.

Señores congresistas, miembros de la comisión especial, y a todos los que nos acompañan de manera presencial y a través de la plataforma virtual, les damos los muy buenos días.

Hoy día viernes cinco de septiembre, vamos a llevar a cabo la Décima Sexta Sesión Extraordinaria de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo, y Fiscalización sobre los Avances de los Resultados del edificio Víctor Raúl Haya de la Torre y a través de la plataforma de sesiones virtuales Microsoft Teams.

Señora secretaria técnica, sírvase pasa lista para comprobar el quórum.

La SECRETARIA TÉCNICA pasa lista:

Bien, señor presidente.

Señor congresista Alejandro Aguinaga Recuenco.

El señor AGUINAGA RECUENCO (FP).- Presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.- Señora congresista Chirinos Venegas, Patricia.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Señor presidente, la señora congresista Chirinos Venegas, Patricia hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

Señora congresista Alva Prieto, Maricarmen.

La señora ALVA PRIETO (NA)..- Presente.

La SECRETARIA TÉCNICA..- Señor congresista Kamiche Morante, Luis Roberto.

El señor congresista Kamiche Morante, Luis Roberto hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

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

Señor congresista, la señora congresista Portalatino Ávalos hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

Señora congresista Portero López, Hilda.

La señora PORTERO LÓPEZ (AP)..- Buenos días, presidente, y a todos los presentes, Portero López, presente.

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

Señor congresista, tiene usted el cuórum para dar inicio a la sesión extraordinaria.

El señor PRESIDENTE..- Gracias, señora secretaria técnica.

Con el cuórum reglamentario y siendo las 09 horas con 25 minutos, del viernes cinco de septiembre del presente año, se da inicio a la Décima Sexta Sesión Extraordinaria de la Comisión Especial.

Como primer punto, tenemos la aprobación del Acta de la Décimo Quinta Sesión Ordinaria llevada a cabo el martes 12 de agosto del presente año.

Se precisa que la referida Acta se encuentra publicada en la página web de la comisión especial para su consulta.

Señores congresistas, si no hay observaciones, se dará por aprobada.

La SECRETARIA TÉCNICA..- Señor presidente, no existe ninguna observación a través de la plataforma.

El señor PRESIDENTE..- No habiendo observaciones, el Acta se da por aprobada.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Despacho, tenemos la estación de Despacho.

DESPACHO

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

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

Informes

El señor PRESIDENTE.- Señores congresistas, se les informa lo siguiente.

Fue solicitado al ministro de Salud, el viernes 15 de agosto del presente, realizar la adquisición inmediata del Blinatumomab y del Ruxosilitinib debido a que la demora en el proceso de adquisición pone en riesgo la vida de niños, niñas y adolescentes con cáncer. **(2)**

Asimismo, solicitamos que se revise la programación de los medicamentos oncológicos solicitados para los años 2025 y 2026.

El martes 19 de agosto se nos informó sobre las acciones realizadas con relación a la décima primera sesión extraordinaria de la comisión, desarrollada el 14 de marzo del presente año, en la que se discutió sobre el desarrollo de la evaluación de tecnología sanitaria en oncología: avances, desafíos y propuestas.

Hacemos un breve paréntesis para darle la bienvenida al señor viceministro de Salud, doctor Herberth Cuba.

Retomamos.

Refería que, en la sesión del 19 de agosto, en la que se discutió sobre el desarrollo de la evaluación de tecnología sanitaria en oncología, avances, desafíos y propuestas para mejorar el acceso a tratamientos innovadores en el marco de la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer.

El viernes 28 de agosto, la aprobación del documento normativo para el desarrollo de los mecanismos diferenciados de adquisición previstos en la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer. Frente a este pedido, se requiere que el Cenares, en su calidad de órgano proponente de esta norma, cumpla con gestionar la derivación del proyecto normativo a la Dirección General de Abastecimiento del Ministerio de Economía y Finanzas para su evaluación y opinión técnica respectiva.

DOCUMENTO DE TRABAJO

De igual manera, se les informa que, con fecha 22 de agosto del presente, la señora congresista María del Carmen Alva Prieto, aquí a mi derecha, trasladó a la Comisión Especial el Oficio 051-2025-2026, a través del cual pone en conocimiento respecto del Oficio 049, que trasladó al ministro de Salud a través de su despacho solicitando celeridad en la evaluación e inclusión en el Plan Essalud SIS-MINSA sobre el tratamiento encorafenib más binimetinib para pacientes con melanoma metastásico BRAF positivo.

Al respecto, se informa que desde la comisión especial se han hecho las coordinaciones respectivas con el ministerio para la atención del mismo. En esa línea, con fecha 2 de septiembre del presente año, el Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud del Instituto Nacional de Salud emitió una recomendación a favor del uso de encorafenib más binimetinib en adultos con melanoma maligno metastásico irreseccable o metastásico con mutación BRAF positiva, y que previamente han recibido inmunoterapia en adyuvancia.

Con independencia de lo antes señalado y frente a la problemática general que existe en relación a la metodología para la evaluación de tecnologías sanitarias, por parte de Renetsa, se les informa que, el 19 de septiembre la comisión especial llevará a cabo una sesión extraordinaria para tratar sobre la evaluación de tecnologías sanitarias para medicamentos oncológicos de alto costo.

Cabe precisar que la primera reunión con Renetsa se llevó a cabo el 19 de abril del presente año. Por tanto, la sesión del 19 de septiembre servirá, de igual modo, para conocer los avances ejecutados en torno a las recomendaciones emitidas y discutidas en la décima primera sesión extraordinaria de la comisión especial.

A los señores congresistas, asimismo, se les informa de los siguientes eventos: este viernes 12 de septiembre se llevará a cabo la segunda mesa técnica de trabajo en referencia a los albergues temporales para los pacientes con cáncer y sus familiares, denominado *Experiencia Internacional en el Desarrollo de Albergues*, el mismo que contará con la participación de expertos internacionales y nacionales. **(3)** Al respecto, se les hará llegar un informe detallado del resultado de la mesa técnica de trabajo.

De la misma manera, el 10 de octubre se ha previsto llevar a cabo el foro internacional sobre modelos normativos para albergues con pacientes que padecen cáncer o enfermedades catastróficas. De igual modo, se informa que se les hará llegar con antelación la agenda y el programa de trabajo.

DOCUMENTO DE TRABAJO

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

La SECRETARIA TÉCNICA.— En la plataforma, señor congresista, no tenemos ningún alcance de algún congresista.

El señor PRESIDENTE.— Muy bien.

No existiendo informe alguno, pasamos a la sección Pedidos.

Pedidos

El señor PRESIDENTE.— Si algún congresista desea formular algún pedido, puede hacerlo en este momento.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señor presidente, la señora congresista Hilda Portero pide el uso de la palabra.

El señor PRESIDENTE.— Congresista Hilda Portero, le concedemos el uso de la palabra.

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— Buenos días, presidente, y saludar a (salto de audio) importante comisión.

Solamente para decirles un pedido. La falta de información, por su intermedio, presidente, la falta de información que hay sobre los albergues para las personas oncológicas es muy grave, porque quien le dice esto es una mujer y una congresista que siempre está contestando y acompañando los diversos casos oncológicos que vienen de las diferentes regiones.

Y tengo que estar buscando albergues con mis monjitas, con las que por años he trabajado, y a veces no hay la información adecuada de los funcionarios de Minsa y de quienes tienen a cargo proteger a la gente que viene de tan lejos. Y que no tienen ni siquiera para comer, ni siquiera para movilizarse. Otros que son quechuahablantes, aimaras, que vienen de otras regiones y donde no encuentran la debida información ni la empatía de estos funcionarios que tienen a cargo los albergues y solamente alcanzan a unos cuantos.

Yo creo que es importante la articulación en una cultura de información, así como tienen un montón de funcionarios ahí trabajando, que haya una comisión o delegados o alguien de personas, de funcionarios que tengan a cargo la información adecuada para poner en autos y avisar a la gente que viene de tan lejos, de estos famosos albergues que no son verdaderamente adecuados para nuestros pacientes oncológicos, que usted y la colega María del Carmen Alva lo saben.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Entonces, en esto sí, y que por favor haya verdaderamente la atención debida en los medicamentos para nuestras personas oncológicas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, congresista Portero.

Les señalo que los albergues son apoyo privado, iniciativas privadas, y nosotros estamos buscando la manera de poder hacer una suerte de *joint venture* con la Asociación Público-Privada con relación a situaciones que hemos visto en algunas partes del país.

Les señalo particularmente en Arequipa, donde está el IREN Sur, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, donde sí nos llamó severamente la atención ver a los padres de familia prácticamente acampando por fuera del hospital.

Vamos a tener un evento con la Fundación Ronald McDonald, que maneja muchos albergues en el mundo, para poder tener más albergues y quisiéramos también con el PRONABI, que las casas que tiene incautadas en algunas zonas se puedan ceder para poder, justamente con estas instituciones que tienen un manejo económico importante, implementar algunos albergues más.

Estamos en la misma línea y es el deseo de todos los miembros de esta comisión, como de los colegas que nos acompañan.

Gracias, congresista.

Congresista Alva Prieto.

La señora ALVA PRIETO (NA).— Gracias, presidente.

Quisiera saber si en alguna sesión se podría analizar, (4) debatir un poco más e invitar a los especialistas sobre el informe que emitió su grupo de trabajo, entiendo conformado por la colega Chirinos y nuestra colega Portero, sobre el tema del cáncer.

Entiendo que ya han dado cuenta de que han presentado el informe, pero creo que deberíamos evaluarlo, debatirlo más y poder invitar a especialistas para analizar mejor el tema

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Muy bien, la secretaria técnica y el equipo de la comisión tomen nota de la solicitud emitida por la congresista Maricarmen Alva Prieto.

DOCUMENTO DE TRABAJO

El informe sobre la utilización de los medicamentos, el Encorafenib más binimetinib en adultos con melanoma, que se lo vamos a hacer llegar, ya lo hemos recibido.

De la misma manera, pasaremos a Orden del Día.

ORDEN DEL DIA

El señor PRESIDENTE.- Único punto en agenda: informe respecto de recursos humanos en salud para la prevención y control del cáncer.

Para nadie escapa, y es una realidad, y justamente estamos con el decano del Colegio Médico, de que los especialistas, particularmente en oncología pediátrica, hay que buscarlos con detector, porque no son más de 27 a nivel nacional.

Entonces, ver la manera como, producto del debate, vamos a tener algunas conclusiones que serán importantes y, sobre todo, hacer que se cumplan.

Porque, si estamos acá en esta comisión, que es tan especializada, es para que se pueda cumplir justamente lo que venimos señalando para el objetivo que nos hemos trazado, tener un control adecuado del cáncer, un diagnóstico precoz, despistaje masivo, o sea, manejo de salud pública del cáncer. Por eso está la directora también nacional del cáncer en esta mesa de trabajo.

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial y, en el Perú, la fragmentación del sistema de salud genera que el acceso a una atención oportuna sea limitado.

No escapa a nuestro conocimiento que es un sector fragmentado, que no está interconectado, que tiene imperiosamente que hacerse alguna reforma que vamos a plantear, en especial para los pacientes que se encuentran en las regiones.

Esto debido a la falta de profesionales de la salud, especialistas en oncología, así como de otras especialidades vinculadas a la atención oncológica. Ante esta situación, el amplio marco legal promulgado en los últimos años en el Congreso de la República buscaba que el Poder Ejecutivo implementara acciones concretas para lograr una descentralización real de los servicios oncológicos.

Lamentablemente, y de manera exasperante, los problemas se repiten con una monotonía crítica, la falta de voluntad política para descentralizar los servicios oncológicos, la negligencia en los procesos de compra de medicamentos y el abandono de las regiones. Esta perpetuación del fracaso está demostrando una

DOCUMENTO DE TRABAJO

alarmante indiferencia hacia el sufrimiento de miles de peruanos que padecen algún tipo de cáncer.

Tenemos hospitales que limitan el número de campos clínicos a ofertar en cada convocatoria de residencia médica. Existe falta de estandarización de los programas de formación de especialistas y subespecialistas. Existe también una limitada oferta de plazas de residentado médico en especialidades tan críticas como oncología pediátrica y hematología pediátrica.

La gravedad de esta carencia se evidencia en las cifras, que realmente son alarmantes: 1900 niños son diagnosticados con cáncer en el Perú y cerca de 800 fallecen por falta de acceso oportuno a tratamiento, contando solo con 47 médicos especialistas en todo el país.

Desde esta comisión especial, en el marco de nuestra labor de fiscalización, hemos revisado informes técnicos emitidos por el Ministerio de Salud sobre la implementación del **(5)** cierre de brechas de médicos especialistas y subespecialistas en oncología, y hemos encontrado la radiografía de un sistema enfermo. Un sistema que, mientras por un lado anuncia planes y programas, por el otro niega su propia viabilidad a proyectos urgentes y devuelve el presupuesto destinado a salvar vidas.

Ante esta grave contradicción, que perpetúa la crisis oncológica nacional —y porque los pacientes con cáncer y sus familias no pueden esperar más— hemos convocado a los máximos representantes del sector salud y a la comunidad médica nacional para exigir resultados concretos.

Cito un caso que es el espejo de la realidad que se vive en el Perú. No es que nos sustentemos en los casos únicos ni en la anécdota. La salud se hace a base de las generalidades, pero este caso es parte de la generalidad que muchas veces escapa a nuestra observación o a nuestro conocimiento.

En la región Puno, mientras esta comisión se reúne para planificar el cierre de brechas, el propio Ministerio de Salud, en un informe del 12 de mayo de 2025, calificó como no viable la creación de un hospital regional del cáncer en Puno. Argumentan trámites, procedimientos y falta de marco normativo.

Al ministro de Salud le tenemos que decir: ¿qué le respondemos a estos miles de puneños que ven cómo su demanda de atenciones oncológicas ha aumentado en 27% y 28% en sus hospitales regionales? ¿Qué aguarden a que se complete un ciclo de inversión multianual? ¿Esa es la respuesta del Estado? Pero el problema no es sólo uno, porque tenemos un problema sistémico.

Ese mismo informe del Minsa revela el drama nacional de la inejecución presupuestal. En 2023, para contratar al personal

DOCUMENTO DE TRABAJO

crucial, sólo se ejecutaron el 88%. Faltan médicos y no pueden gastar el dinero para contratarlos. Para mantenimiento de equipos que diagnostican y tratan el cáncer, sólo se ejecutaron el 60%. Equipos que se averían y no se reparan. En 2024 esta historia se repite, 87% de ejecución presupuestal, les sobra el dinero para el cáncer y lo devuelven.

Y si vemos en EsSalud –que es el régimen al cual nosotros aportamos, todos los que están en planilla aportan–, vemos que EsSalud, de un presupuesto de un ingreso en contribución para este año que es 15 mil millones, con 63 mil trabajadores, gasta en planilla siete mil doscientos millones de soles, más de la mitad, cuando el objetivo es la cobertura de salud. ¿Pero qué es lo que hace? Tiene un sistema administrativo más grande que el régimen asistencial. ¿Y saben cuánto tiene programado ejecutar en bienes de capital, que son elementos para poder hacer diagnósticos? 500 millones de los 15 mil.

Entonces, estas inequidades, estas carencias gerenciales y administrativas necesariamente el Perú no las puede tolerar más y se tiene que ir a una reforma donde se establezca bien..., un seguro es financiador. Ya no se puede hacer financiamiento y prestación.

Ahí lo dejo. Aquí observamos severas ineficiencias en la gestión, ineficiencia de ejecución y, lo que es más grave, una aparente falta de voluntad para resolver un problema que cuesta vidas. Por eso hoy, con la responsabilidad que nos asiste, convocamos a todos y cada uno de los altos funcionarios aquí presentes para que rindan cuenta de manera específica y clara.

Necesitamos respuestas concretas, compromisos con plazos definidos y, sobre todo, acciones inmediatas. Los pacientes y sus familias merecen saber qué se está haciendo y cuándo verán soluciones reales.

Hoy ya tenemos al viceministro de Prestaciones, lo conocemos muchísimos años y sé que es una persona ejecutiva, al doctor Herberth Cuba García. Le preguntaré por el plan de cierre de brechas de especialistas. No se quiere una lista de deseos; de buenos deseos está lleno el mundo. Lo que queremos son realidades. **(6)**

Se requieren metas, plazos concretos y un plan de financiamiento ejecutable. ¿O acaso seguimos viendo cómo se devuelven los fondos para contratación? Necesitamos formar más urólogos-oncólogos, cirujanos oncólogos de cabeza y cuello, gineco-oncólogos, radioncólogos, oncólogos pediatras, hematólogos pediatras, entre otros.

¿Cuál es su plan para formarlos y retenerlos dentro del sector público? Sobre todo, que asumimos una responsabilidad cuando

DOCUMENTO DE TRABAJO

hablamos de gineco-oncólogos de erradicar el cáncer de cuello uterino para el 2030. Necesitamos hacer despistajes masivos con pruebas moleculares. Necesitamos una detección precoz y un tratamiento oportuno. Y estoy seguro de que nadie va a morir de esta patología.

Señor director general de personal de salud, su presentación sobre la propuesta normativa para monitorear el desempeño debe ir de la mano con un plan para retener y motivar el talento humano. De nada sirve monitorear si los profesionales se van por precariedad.

Le solicitamos coordinar, considerando que el monitoreo del desempeño incluya indicadores de eficiencia como la productividad, uso de recursos y, en especial, tiempo de espera, dado que la demora en el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer genera un incremento en el riesgo de la mortalidad por la misma patología. Asimismo, la calidad enfocada en conocer la efectividad del tratamiento oncológico, seguridad del paciente y satisfacción del paciente oncológico durante el tratamiento recibido.

A nuestra distinguida y querida directora ejecutiva del DPCAN, doctora Maradiegue, preséntenos un reporte detallado, no de escritorio, sino de campo, sobre la implementación real de la Ley del Cáncer Infantil.

¿Cómo vienen avanzando en la inclusión de la currícula de pregrado y posgrado de los profesionales de la salud? La identificación de los signos y síntomas de alarma de cáncer infantil. ¿Todas estas universidades con campos clínicos que brindan formación de posgrado en pediatría, hematología, cirugía pediátrica y oncología han cumplido con la rotación obligatoria en los servicios de oncohematología pediátrica?

Asimismo, ¿cuántos establecimientos de salud del primer nivel de atención cuentan con personal capacitado en la identificación de signos y síntomas de alarma en el cáncer infantil?

Señor director de la Escuela de Salud Pública, doctor Víctor Loyola, espero de usted no solo un diagnóstico, sino una propuesta contundente y concreta para el fortalecimiento masivo de competencias de oncología, en especial en la necesidad de desarrollar y fortalecer competencias de los médicos para realizar procedimientos de diagnóstico y manejo de lesiones premalignas, sobre todo en el cáncer de cuello uterino.

A las autoridades del Colegio Médico, a nuestro querido decano, el doctor Riega López, al secretario general, Contreras Carmona, les pido su voz crítica y propositiva. Nos urge una alianza estratégica con ustedes, que conocen la realidad de los

DOCUMENTO DE TRABAJO

médicos en primera línea, para presionar juntos por los cambios que el sistema necesita.

Como presidente de esta comisión, continuaré con firmeza el proceso de fiscalización permanente. Revisaremos cada meta, cada rol ejecutado, cada informe de avance.

La lucha contra el cáncer no se gana en reuniones, se gana en acción, en recursos que sean bien invertidos y, sobre todo, una férrea voluntad política.

Y de eso, queridos amigos, les vamos a pedir cuentas hoy y todos los días.

Si hay algo positivo que tengo que señalarles, con ANIN, que es la nueva institución, la Autoridad Nacional de Infraestructura, hemos logrado que se programen las dos torres oncológicas, tanto del IREN Sur como del IREN Norte. La del IREN Sur son aproximadamente 1100 millones de soles y la del IREN Norte 1200 y algo más. Y que esto se haga realidad.

En algunos momentos se quería poner el IREN Sur, la torre, a hora y media. Ya felizmente el gobernador regional entendió que a un paciente de cáncer no lo puedes sacar del complejo hospitalario y llevarlo hora y media y muchas veces necesita otra hora y media para regresar. (7)

Entonces, dentro del complejo hospitalario de los hospitales del Honorio Delgado y los hospitales Minsa de Salud, con esta torre esperamos que se pueda concretar en lo que resta del gobierno y en el que sigue, para dar una atención apropiada.

Es cierto que el patrón epidemiológico del país cambió, y yo, cuando veo que este programa está programando enfermedades infecto transmisibles, hay un evento en el colegio médico. El patrón epidemiológico ha cambiado, me canso de repetirlo. De este tipo de enfermedades, con el envejecimiento poblacional, el patrón nuevo es enfermedades crónicas, degenerativas y el cáncer.

Esa es la nueva realidad y que nos ha agarrado desprevenidos. Pero, por muy tarde que sea, nunca es tarde. Hay que comenzar con fuerza, con ahínco, con objetivos claros y definidos, y poder solucionarlos. Reitero mi bienvenida a todos y vamos al primer punto de agenda.

Vamos a darle el uso de la palabra al Dr. Herbert Cuba García, viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en el Ministerio de Salud.

EL VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Herberth Ulises Cuba García.- Señor

DOCUMENTO DE TRABAJO

presidente Alejandro Aguinaga Recuenco, presidente de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados de la prevención y control del cáncer; doctora María del Carmen Alva Prieto, secretaria de la comisión; señores congresistas que se encuentran vía Zoom internet en esta sesión; señores funcionarios del Ministerio de Salud; señor decano del Colegio Médico del Perú.

El Ministerio de Salud, bajo la gestión del ministro César Vásquez Sánchez, enfrentó el tema de la brecha de recursos humanos desde un inicio. Tal es así que, si nosotros observamos, en el año 2022, solamente teníamos un total de... del 2020 teníamos 334 especialistas en oncología, en el 2022, 481, y ahora 2024, que hemos cerrado el año pasado, tenemos 731 especialistas.

Es decir, casi un 80 % más que cuando encontramos en la gestión. Pero este avance es una arena, es una playa, porque en realidad las necesidades son mayores. Y esto se debe, precisamente, a que todavía tenemos un marco normativo muy restringido para el crecimiento de plazas.

Crecimiento de plazas que tiene dos impedimentos: uno es el tema presupuestal para la ampliación de plazas, pero el segundo es el marco legal del residentado médico que aún tenemos, que hace que muchas veces, debido a la difusión de un acuerdo por votos, no se prioricen los problemas de salud nacional, sino se prioricen quizá los intereses de cada miembro que participa en ese Conareme, en la Comisión Nacional del Residentado Médico.

En consecuencia, ese es un primer aspecto que hay que resaltar, tenemos un marco normativo todavía que impide el incremento masivo de plazas para esta área, en oncología.

El segundo aspecto que tenemos, es cierto, hay áreas muy críticas como es la oncología pediátrica. En oncología pediátrica hemos tenido también un incremento importante, pero insuficiente, como es natural, porque teníamos solamente 11 plazas en el 2022, 10 plazas, y ahora hemos tenido 16. Pero, también es insuficiente, porque obviamente, las necesidades han crecido enormemente.

El otro aspecto que hay que tomar en cuenta es que, hay una necesidad de que las instituciones hospitalarias y las universidades nos pongamos de acuerdo en fortalecer el incremento de plazas cautivas, es decir, para médicos que ya trabajan en el sistema de salud. ¿Por qué motivo?

Porque, en general, las plazas que se dan son plazas libres, que significa que son médicos que no tienen una relación laboral con el gobierno, ni con el Estado y que hacen la especialidad,

DOCUMENTO DE TRABAJO

y cuando concluyen se van todos del sector. (8) La mayoría de las veces, como es una especialidad muy demandante, vienen a Lima o se van al extranjero. Y esto hace que las regiones, donde más se necesitan estos especialistas, se queden sin profesionales.

La objeción mayor en tener plazas cautivas está en que, algunas veces, la exigencia que se les da a las personas que se capacitan no son a veces respondidas, porque ya son gente que está nombrada y que tiene asegurado su futuro y, por lo tanto, muestran una menor posibilidad de capacitarse mejor. Pero este tema yo creo que deberíamos aquí, y este es el espacio para conversar, quizá un tema normativo, de tal manera que aseguramos el incremento de plazas cautivas, evidentemente con algunos requisitos adicionales, ¿no?, para evitar... Sí, por favor...

El señor PRESIDENTE.— Señor viceministro, discúlpeme. Concédame un minuto. Probablemente también el decano..., que es importante. Vemos que, generalmente, a las plazas cautivas —y no es porque la edad sea excluyente o incluyente— pero ya vienen personas muy mayores. Entonces, perdemos la oportunidad de formar jóvenes. Y, también con el decano, tenemos los colegios regionales que puedan venir hacer pasantías de seis meses, los pediatras jóvenes. Pasantías de seis meses en los institutos especializados, comenzando por el INEN, para que regresen a las regiones y puedan manejar bien el cáncer infantil, que nos está golpeando tremendamente.

EL VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL MINISTERIO DE SALUD, señor Herberth Ulises Cuba García.— Efectivamente, hay que ver una alternativa. Pero lo cierto es que las plazas cautivas que no se cubren o que no se ofertan hacen que hospitales que están ya equipados con servicios oncológicos no tengan recursos humanos para cumplir ese requisito. Hay varias alternativas. Usted ha sugerido una, eso sería por pasantías, me imagino que terminarían en competencias, ¿no es cierto?, finalmente. Pero otro sería, evidentemente, que le pongan mayor requisito. Que la edad, evidentemente es un impedimento, pero podría ser requisito el compromiso de más horas de trabajo, de cumplir obligaciones, etcétera, de tal manera que los residentes que hacen esta especialidad sepan que van a una especialidad que es muy demandante.

Por lo tanto, sí es cierto que este es un problema que tenemos que asegurar en las regiones. La otra opción sería que los que vienen a plazas libres compitan en una plaza y que en el futuro sepan a dónde van a trabajar, por lo menos tres años. O sea, yo entro a una plaza libre, pero sé que luego de trabajar aquí, la ley —además, la de Residentado Médico habla de Servicios Civiles Especializados— pueda retornar a estos lugares donde están.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Es un tema normativo que requiere más debate y espero que este es el espacio, que se pueda discutir este tema. Y esperamos que eso se resuelva pronto.

Lo cierto es que, en el caso de la especialidad de oncología, hay otro tema adicional que debemos pensar: el cáncer infantil, que a veces es casi imposible hacer prevención. Ahí básicamente es la detección precoz. Y para ello, nosotros tenemos necesariamente especialistas en el primer nivel de atención.

Porque la detección precoz es lo más difícil que existe. Cuando el diagnóstico es florido de una enfermedad, el diagnóstico lo pone cualquiera –y digo “cualquiera” entre comillas, porque hablo del profesional de la salud o trabajador del sector salud–. Pero cuando se trata de detección precoz, se requiere al más alto especialista, porque a veces no da síntomas y hay que pensar en ello y realizar pruebas de laboratorio para poder llegar al diagnóstico.

Y esto es lo que adolecemos. Por eso se trata del fortalecimiento del primer nivel de atención. Y ahí hemos avanzado también bastante. Hemos logrado colocar equipos, por ejemplo, mamógrafos en los establecimientos del primer nivel de atención, que están con telemedicina para aprovechar a los especialistas de los hospitales, pero también ahora con inteligencia artificial.

El otro tema, también hemos puesto las pruebas moleculares en los establecimientos del primer nivel de atención. Y cada día lo que estamos haciendo es fortalecer ese primer nivel para la detección oportuna del cáncer. **(9)**

Sin embargo, expresaba al comienzo, también es una gota en el océano porque la demanda es enorme.

También hay que señalar que cada año los recursos para el cáncer han crecido, y cada año se han hecho mayores inversiones para el cáncer. Sin embargo, todavía no podemos implementar algunos aspectos de la ley del cáncer infantil, porque tenemos también allí un cuello de botella normativo. Por ejemplo, la norma señala que hay que dar un subsidio a las madres que tienen hijos menores con cáncer, pero, sin embargo, no le dan esa función al Seguro Integral de Salud para que pueda hacer la transferencia.

Entonces, seguro está la norma, pero no le dan la habilitación al Seguro Integral de Salud para que haga la transferencia. Y este es un tema que deberíamos hacer incluso un grupo de trabajo aquí en el Congreso para poder hacer que esa norma se utilice, porque en estos momentos está la norma que dice que en el cáncer infantil la madre debe recibir un subsidio, pero el SIS no tiene la habilitación para hacerlo. Entonces, ese es un tema, no es

DOCUMENTO DE TRABAJO

solo de presupuesto, es un tema de habilitación legal que diga que el SIS puede pagar eso.

El otro tema que tenemos ahí es el tema de los albergues. Nuestra norma del SIS tampoco habilita poder transferir y pagar albergues. Es un tema serio lo que ha expresado el congresista Alejandro Aguinaga, con mucho acierto y con mucha pena además para nosotros, que haya padres de familia que estén a su alrededor en los hospitales esperando que sus hijos están al interior sin tener un albergue.

Y ahí necesitamos una norma habilitante también para que podamos transferir y pagar albergues, para poder pagar esos servicios que son servicios sociales. O sea, son prestaciones sociales que debería otorgar el Seguro Integral de Salud también.

Pero no solo eso: llegan los padres y tienen alojamiento, pero no tienen un plato de comida. Nos ha pasado, sobre todo con la población nativa que traemos de provincias a Lima con mucho traslado, con ambulancias aéreas, etcétera, que cuando llegan aquí no es posible transferirles oficialmente fondos para que pueda alimentarse la familia que acompaña al menor en una atención en Lima.

Entonces, ese también es otro cuello de botella que nos falta otorgar pequeñas prestaciones económicas para estos casos que son sumamente importantes. Entonces, esto es también una parte normativa que tenemos que resolver para fortalecer esta atención del cáncer infantil.

Pero, además, tenemos el plan para erradicar el cáncer de cuello uterino. Y el cáncer de cuello uterino se ha expresado bien: hemos tenido altísima cobertura en la vacunación de VPH, casi al 100 %, pero, además de eso, se ha establecido la detección molecular del cáncer de cuello uterino en los establecimientos.

Como todos sabemos, eso implica recursos humanos preparados para esto, y es una tarea que toma tiempo. Pero la política del Ministerio de Salud es la erradicación del cáncer de cuello uterino. Y, además de eso, como ustedes saben el cáncer en general, hay cánceres que son prevenibles, que son efectos contagiosos.

Por ejemplo, en el cáncer de estómago, el *Helicobacter pylori* está incriminado en el cáncer de estómago; por lo tanto, ahí la prevención y el control del agua potable que consume la población es sumamente importante. También el VPH produce el cáncer de cuello uterino. También el VIH produce otros varios tipos de cáncer. Por lo tanto, la prevención y el trabajo en estas áreas son muy importantes. El sol produce el cáncer de piel también. Todo esto ya es parte de un plan que

DOCUMENTO DE TRABAJO

contempla 17 tipos de cáncer con una actividad preventiva o funcional; se pueden abordar directamente.

Además, es un documento que ha emitido la Organización Panamericana de la Salud que se llama *Código Cáncer para América Latina*. Ahí están detallados los tipos de cáncer y las actividades que se vienen haciendo y que el Ministerio de Salud viene cumpliendo [...?].

Por ejemplo, aquí en el Congreso se dio la ley para que se use el sombrero de ala ancha en los colegios, o que impida que los escolares estén en los colegios a sol del día a las 11 o 12 del día tomando sol horas de horas mientras están en formación o con una charla educativa que dicte un docente.

Todo eso ya se ha venido corrigiendo, y podemos ver ahora a los escolares, sobre todo en aquellos lugares que tienen altos niveles de irradiación, usando un sombrero cuando van al colegio. Todas esas actividades son actividades que avanzan lento porque tienen que ver con estilos de vida saludable. **(10)**

Lo que aquí queremos decir es que, finalmente, tenemos que trabajar en los estilos de vida saludables.

¿Y qué es lo que hemos realizado para ello? Se han creado, a nivel nacional, 1892 comités distritales de salud, que se trabajan con la población organizada y con los otros sectores que tienen que ver con la salud, que son 16 sectores que están involucrados en el distrito.

Y ahí, con la comunidad organizada, se están trabajando estos temas, no solamente de cáncer, sino de otros temas de salud, con la finalidad de que la población, con su pertenencia intercultural, con sus derechos humanos que tiene según sus usos y costumbres, podamos ir cambiando los estilos de vida de la población para evitar el cáncer.

Todavía, todavía existe la creencia de que el cáncer es una catástrofe que ya llegó y ya no hay nada que hacer.

Cuando está demostrado que, cuando la detección es precoz, podemos tener una ayuda enorme a los pacientes y podemos mejorar la situación de vida de la gente.

Lo cierto es que la realidad es grande, debido a que todavía tenemos un diagnóstico tardío del cáncer en la población. Tenemos un diagnóstico en el estadio III y IV, que nos lleva a tener enorme gasto de salud.

Aquí lo que tenemos que hacer es fortalecer nuestro primer nivel, hacer lo que dice la comisión, porque el fin de la

DOCUMENTO DE TRABAJO

comisión es, precisamente, la prevención y el control del cáncer.

Y hacer ese trabajo. Yo insto a trabajar estas partes normativas que les he señalado para poder facilitar enormemente el trabajo. No es fácil ejecutar el dinero en el sector público, sobre todo en cáncer. Hay varias áreas complejas.

A mí me tocó, en su momento, cuando estuve aquí en el Congreso de asesor principal en la Comisión de Salud, trabajar el dictamen de la Ley del Cáncer. Y fue un gran trabajo trabajar los mecanismos diferenciados de adquisición, que es un gran avance.

Sin embargo, en ese momento era oportuno ponerlo, porque la Ley de Adquisiciones, en ese momento, no lo permitía. Ahora ha salido la nueva Ley de Contrataciones del Estado, que ha creado un capítulo especial para los mecanismos diferenciados de adquisiciones.

Y, tal como usted lo ha señalado, presidenta de la comisión, estamos ya a puertas de concluir nuestra colaboración con la Dirección General de Abastecimiento del Ministerio de Economía y Finanzas, y pronto vamos ya a sacar las normas correspondientes para implementar los mecanismos diferenciados de cáncer.

¿Cómo lo estamos haciendo? Estamos haciendo trabajos coordinadamente con ellos para evitar cartearlos, y esto salga más rápido, de tal manera que, si hay alguna observación, se haga en el camino, y no avanzar y luego decir que hemos empezado mal y volver a retroceder hasta el inicio.

De tal manera que esa colaboración que tenemos, esperamos que pronto podamos dar a luz estos mecanismos diferenciados de adquisiciones, que tienen que ser no solamente para cáncer, sino también para las enfermedades raras y huérfanas que están implicadas en este tema.

Finalmente, señor presidente, quiero señalar a usted que la Ley del Cáncer General tiene una virtud, que señala que, cuando la póliza de un asegurado privado es sobrepasada, el paciente puede ser atendido por el Seguro Integral de Salud. Eso dice la norma.

¿Eso qué significa? Que estamos recibiendo pacientes que tenían seguros privados, y ahora los cubre el SIS. Y como ahora tenemos SIS para todos, toda esa población que requiere esos tratamientos es vista por el Seguro Integral de Salud.

Y en ese sentido, eso es una buena norma. Pero, no quisiéramos nosotros que el paciente pase por completo. Nosotros lo que nos gustaría es que el procedimiento o el medicamento de alto costo

DOCUMENTO DE TRABAJO

sea el que sea cubierto, pero que el paciente mantenga su seguro.

O sea, que se siga atendiendo en su clínica, donde acostumbradamente se atiende, de tal manera que nosotros solamente le subsidiemos la parte que corresponde al Estado, como contribución al tratamiento de alto costo.

Igual, pensamos que debe de ser con las enfermedades raras u huérfanas, que no se ha hecho. Es decir, que todos estos medicamentos que son de alto costo deben ser, finalmente, cubiertos por el Seguro Integral de Salud, porque ahí podemos nosotros diluir el gasto.

Porque hay una enorme población que está asegurada, y podemos diluir los gastos y los costos que esto tiene.

En consecuencia, tenemos que hacer que, tal como fue creado el Fissal —fue creado para manejar el alto costo—, necesitamos darle un fortalecimiento al Fissal o al mismo SIS, de tal manera que el alto costo sea cubierto para evitar que seguros que tienen menor peso económico **(11)** como la Sanidad Policial, como la Sanidad de la Marina, del Ejército, de la Aviación, que son pocos y por lo tanto su monto que manejan es poco, con unos cuantos pacientes de alto costo se vayan vistos en la quiebra.

Por lo tanto, ellos necesitan, de alguna manera, ser cubiertos por el Seguro Integral, también de EsSalud cuando pasen un umbral de alto costo y puedan ser atendidos por el Seguro Integral de Salud.

Todo esto, también, pasa por un arreglo normativo, que debemos discutir, para poder hacer que toda la población sea cubierta con lo del alto costo en el cáncer y el alto costo en las enfermedades raras y huérfanas.

Y, por último, quisiera también señalar que, en teoría, EsSalud o las sanidades deberían cubrir en el primer nivel a sus afiliados. Sin embargo, eso no ocurre en la práctica, el único establecimiento que encuentra un profesor que tiene EsSalud o un policía que tiene su Saludpol, es el centro de salud del Minsa o del Gobierno regional.

Entonces, no es posible que hoy día paguen la consulta ¿Por qué? Porque no están afiliados al SIS y paguen la consulta. Aquí lo que tenemos que propender precisamente para hacer esas actividades preventivo-emocionales y esta detección precoz del cáncer, como hablamos hoy día, es que todo el primer nivel de atención, hoy día, sea cubierto por el SIS y por el Ministerio de Salud. De tal manera que, a nivel nacional, podemos tener esa estrategia de prevención.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Hoy día, damos un tratamiento, por ejemplo, innovador de la tuberculosis, con los últimos alcances, las últimas pautas que ha dado la OMS el año pasado. Sin embargo, en otras instituciones aseguradoras todavía dan el tratamiento anterior porque el costo es mayor.

Yo creo que es necesario que podamos uniformizar en el primer nivel de atención, como se pensó siempre, y usted lo sabe señor congresista porque ha sido ministro, siempre se pensó que la salud pública tiene que estar a cargo del Estado, siempre, y el primer nivel de atención deberíamos darle esa fortaleza para poder hacer.

Ya, a partir del segundo nivel la competencia entre diversos actores debe ser oportuno, grande y, en el alto costo también, que es un tema de derechos humanos de esta población, debería ser cubiertos en todos sus alcances por el Seguro Integral de Salud, para evitar que gente que está, por ejemplo, en la Policía Nacional, que tiene una enfermedad de alto costo quedan en desprotección porque su cobertura o su institución no puede cubrir esos gastos porque son enormes.

En ese sentido, señor congresista, creo que la parte normativa es amplia, la agenda que tenemos es enorme, y esperamos que el día de hoy, con el aporte de nuestros expertos que vienen, podamos enriquecer el trabajo de esta comisión.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, viceministro.

Estamos en la misma línea, hemos tenido aquí en esta comisión a los actores, ¿No es cierto? Hemos tenido al Digemid, a Cenares, la Dirección Nacional del Cáncer, porque lo que usted señala traduce un elemento importantísimo, que es el precio de las medicinas.

Entonces, ¿Cómo abarataremos las medicinas para el cáncer? El mismo seguro del Colegio Médico, constantemente, esposas de médicos que tienen que acudir y no les dan el medicamento a tiempo, porque evidentemente son de altísimo costo.

Entonces, ¿Cómo abarataremos las medicinas? Hemos tenido al Digemid, un registro sanitario le demora mínimo un año. ¿Usted lo escuchó! Para unos jarabes para los niños de morfina, mientras van al extranjero, visitan las fábricas.

Entonces le digo, mire usted, los hospitales están solucionando el problema, hacen una fórmula magistral en el INEN y en El Niño para el dolor del cáncer infantil. Y usted lo tiene que esperar un año o el Cenares cómo hace para comprar más y mejor, pero compra mal y lento.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Entonces, esas instituciones hay que dinamizarlas. En un país con escasos recursos no todos pueden tener todo, tenemos que priorizar, ¿No es así?

Entonces el Ciclotrón, por ejemplo, una inversión de 40 millones produce un fármaco, debería producir 52 radiofármacos para poder tener no solamente una cobertura de salud sino un acceso a un abaratamiento de, no hay peor servicio y más caro que el que no tienes. **(12)**

Vamos a presentar al doctor Vicente Leandro Cruzate Cabrejos, director general de personal del Ministerio de Salud, a fin de que informe respecto a lo señalado en el oficio que le hemos remitido referente a la propuesta normativa para monitorear el desempeño de los profesionales de salud para la prevención y control del cáncer.

Lo dejamos en el uso de la palabra, distinguido doctor Cruzate.

EL DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCIÓN DE PERSONAL DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Vicente Leandro Cruzate Cabrejos.-

Muy buenos días, doctor Alejandro Aguinaga, presidente de esta décima sexta sesión extraordinaria de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los Avances de los Resultados en la Prevención y Control del Cáncer.

Distinguidos congresistas, doctor Herberth Cuba, viceministro de Prestaciones del Ministerio de Salud; doctor Pedro Riega, decano del Colegio Médico del Perú; y distinguidos funcionarios y público en general.

El día de hoy, si me permiten, solamente un par de minutitos para previo a mi presentación que ya la han considerado, dar algunos argumentos más para fortalecer la posición de nuestro señor viceministro, el doctor Herberth Cuba, en relación a los especialistas, solamente un par de precisiones y complementando un poco más lo que el doctor Herbert Cuba, ha mencionado.

Efectivamente, desde Conareme, en mi posición de presidente del Consejo Nacional de Residencia Médica, creemos que es necesario un marco normativo acorde con la realidad del sistema.

Dos puntos importantes solamente, rapidito, en cuanto a las plazas cautivas que el doctor Herbert Cuba, muy bien había mencionado. Nosotros como Conareme hicimos unos estudios en regiones, tanto en Arequipa como en Trujillo, y encontramos doctor, encontramos que de los residentes que habían hecho su residencia en las diferentes especialidades por plaza cautiva, el 95% seguían trabajando en su región, en cambio, los que habían hecho por modalidad libre, el 60% habían migrado de la

DOCUMENTO DE TRABAJO

región, tanto de la región Arequipa como de la región La Libertad.

Eso es algo para tener en cuenta.

Por eso es que el señor viceministro muy bien, muy bien él ha expuesto una de las alternativas de solución es aumentar las plazas cautivas, por eso, por eso la propuesta del señor viceministro.

Nosotros desde Conareme la hemos respaldado, tanto así que en coordinación con el doctor Herbert Cuba, este año para el 2025, este examen de residentado aumentamos las plazas cautivas y el mismo doctor fue quien llamó a las ejecutoras para decirles, por favor, ustedes también aumenten sus plazas cautivas, ese es un punto.

Y el segundo punto, efectivamente, son los campos clínicos, doctor, los campos clínicos nosotros estamos, desde el Ministerio de Salud, hemos aumentado, progresivamente, la oferta de plazas en los exámenes de residentado médico, desde que ingresamos a la gestión en el 2023, hemos incrementado, actualmente estamos casi, un poco más de tres mil doscientos campos clínicos que hemos tratado en este último examen, pero además también hemos garantizado, doctor, que se restablezca lo que el marco normativo dice de Conareme, de garantizar la calidad de la formación en el residentado médico, algo que se venía aplazando, doctor, desde hace siete años.

De la mano con el doctor Herbert Cuba, alentamos desde Conareme que se efectivicen los tres programas de autorización y uno de acreditación de sede docente para que se garantice la calidad de la misma, y es así como este año, doctor, hemos sacado una convocatoria para crear nuevos campos clínicos, por eso es que la oferta se ha visto aumentada porque se han creado nuevos campos clínicos.

Al crearse nuevos campos clínicos, pues, estos campos clínicos pueden ingresar a la oferta de plazas.

Eso es lo que yo quería complementar de algunas tareas que hemos venido coordinando desde Conareme, con el Viceministerio de Prestaciones que dirige el doctor Herbert Cuba, y muchas gracias por estos dos minutitos que nos han dado y ahora sí pasamos de lleno a lo que nos habían solicitado, que es el anteproyecto de la directiva administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana de cáncer, un documento que se ha elaborado, es un anteproyecto de la mano con la Dirección de Cáncer del Ministerio de Salud, a quien agradezco a la doctora Essy Maradiegue, por este despliegue en conjunto que hemos realizado. **(13)**

DOCUMENTO DE TRABAJO

Esto es un cuadro, básicamente, que nos dice cuál es el problema. El problema es la pérdida de las vidas humanas y la discapacidad en nuestra población peruana, por causa de enfermedades oncológicas que como bien ya lo han señalado, una de las aristas es la limitada cobertura y acceso a servicios de salud oncológico. Sí, efectivamente, pero también hay dos aristas importantes que no hay que perder de vista. Uno, es los inadecuados hábitos y conductas y estilos de vida que muy bien lo ha mencionado nuestro señor viceministro; y, por otro lado, las inadecuadas condiciones de vida. O sea, los determinantes sociales. Importantísimo, porque todo ello va a generar, pues, una de las mayores preocupaciones, mayor gasto de bolsillo en el público usuario.

Y, finalmente, esto va a traer como a colación un incremento de la discapacidad y mortandad por causas evitables, como bien muy bien lo había usted señalado, doctor Aguinaga.

La que sigue, por favor.

En el marco de la ley... -La que sigue, por favor, gracias. La que sigue. Sí- En el marco de la Ley 31336, Ley Nacional de Cáncer, cuyo objeto es garantizar la cobertura universal, gratuidad y prioritaria de los servicios de salud para todos los pacientes oncológicos, es que, en el año 2022, sale el Decreto Supremo 004/2022, decreto supremo que aprueba el reglamento de la ley y, en su undécima disposición complementaria, refiere que el Minsa ...

¿Le podrías quitar, por favor, para que pueda observar? Muchas gracias.

Que el Minsa a través de sus órganos competentes, elabora documentos normativos que permitan ... y aquí mismo dice: El monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud para la prevención y control del cáncer, es así que, a partir de este marco normativo, Dpecan y Digep proponen la el siguiente documento.

Adelante, por favor.

Que es el anteproyecto de esta directiva administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud. ¿Cuál es la finalidad de este documento? Es contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad por personas de cáncer mediante la detección temprana de la misma enfermedad.

La que sigue, por favor.

El objetivo general, es establecer los procedimientos y criterios para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud, en la detección temprana del cáncer.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Y aquí sí me quiero detener un poquito, en cuanto a poder ponerles en conocimiento qué nosotros entendemos como desempeño.

El desempeño es evaluar a través de un instrumento, cómo se realiza la atención en el paciente. Básicamente, el desempeño va a medir la calidad de la atención, ¿no? Y esto, este desempeño está, digamos, tiene dos piedras angulares. Uno es el procedimiento, que es, básicamente, cómo lo voy a hacer, y finalmente los criterios.

Y los criterios que tienen que estar basados, ¿no?, en función al marco normativo que existe previamente. Por lo tanto, nuestros objetivos específicos es establecer los procedimientos para el monitoreo; y establecer, además, los criterios de aplicación del instrumento de monitoreo, por lo cual vamos a evaluar el desempeño.

La que sigue, por favor. Sí, gracias.

Entonces, tenemos disposiciones generales y disposiciones específicas en esta directiva administrativa.

Dentro de las disposiciones generales, es el que el monitoreo del desempeño se realiza teniendo como centro, el profesional de la salud, ¿no? Orientado, por supuesto, a mejorar la detección temprana del cáncer.

Además, el monitoreo del desempeño es un proceso permanente, no es un proceso horizontal ... perdón, transversal. No es un proceso transversal, sino es un proceso horizontal, permanente y sistemático, a través del cual recopilamos y analizamos información, para la mejor toma de decisiones. Es una mejora continua.

Y, finalmente, el monitoreo del desempeño se realiza en base a los criterios que nos permitan contrastar el desempeño del profesional de la salud. Es decir, podemos, finalmente, hacer un análisis del mismo y sacar algunas conclusiones.

La que sigue, por favor.

Tres fases importantes que hemos determinado. Una fase antes, una fase durante y una fase después. **(14)** La fase antes, es la planificación del mismo; la fase durante, es la ejecución de este monitoreo; y la fase posterior, es la evaluación del mismo.

La que sigue, por favor. Gracias.

Y aquí lo pueden ustedes ver en un gráfico torta, básicamente las tres fases antes de monitorizar, la planificación durante la ejecución, y finalmente posterior, que es la evaluación.

DOCUMENTO DE TRABAJO

La que sigue, por favor.

Muchas gracias.

Y durante la planificación, que es, digamos, lo más importante, porque es una etapa en donde va a marcar el éxito de esta propuesta normativa. Las disposiciones generales nos dicen que el Minsa es, quien realiza la asistencia técnica, dirigida a las Diresa, Geresa y Diris Lima Metropolitana sobre la metodología para el monitoreo del desempeño.

La que sigue, por favor.

Se incluyen asistencias técnicas para sensibilizar, motivar al profesional a participar en el monitoreo del desempeño, identificando, por supuesto, oportunidades de mejora en la detección temprana del cáncer.

La que sigue, por favor.

La asistencia técnica está dirigido al responsable, primero al responsable del monitoreo, ¿no? Que es un personal asignado por la Diresa, Geresa o Diris, ¿no? Es importante decirles que el resultado que queremos nosotros, es la aprobación, es el cumplimiento del instrumento del 100%. Si no lo cumple, tampoco es que le vamos a decir está desaprobado, sino está en proceso.

Muy bien. Y la Diresa, Geresa o Diris, por supuesto, es quien designa como les había comentado, quién es el responsable del monitoreo. Y esta persona, que es, quien va a aplicar el instrumento de evaluación en los profesionales, no queremos que sea un personal perenne, sino que sea evaluado cada año, cada año, en función a su desempeño, también propio del profesional, la Diris, Diresa o Geresa podrá determinar si continúa o de repente hace un cambio en él.

Y tiene algunos requisitos, una experiencia de cinco años en el sector público, experiencia de un año en procesos de tamizaje de cáncer o detección temprana de cáncer, específicamente al tipo de cáncer que se va a monitorizar. ¿No? y por supuesto una constancia de haber recibido la asistencia técnica por parte del Ministerio de Salud, y finalmente que pueda ser también un integrante, un equipo de prevención y control de cáncer en su Geresa o Diresa.

Esos son digamos los criterios que nosotros deberíamos de solicitar a un monitor. Y a quien aplicar básicamente priorizar los establecimientos I-4 que participan en [...] y ahí se haría la evaluación, es decir, la aplicación del instrumento, ¿no?

La que sigue, por favor.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Finalmente, la Diresa o Geresas establece su cronograma de actividades para, por supuesto, la monitorización del desempeño en cada uno de determinada patología que quiera evaluar, ¿no?

La que sigue.

Y ya, finalmente, es importante que también pueda socializar con los involucrados, o sea, con quienes vamos a evaluar las normas vigentes, por supuesto, porque los instrumentos y los criterios que están dentro de los instrumentos están en relación a las normas vigentes que establece el ente rector.

Y finalmente, él es responsable del monitoreo, es quien visita el establecimiento según el cronograma y aplica el instrumento de evaluación, ya durante el monitoreo, el responsable explica en forma clara y entendible el instrumento de monitoreo que se va a aplicar, y finalmente, el monitor aplica el instrumento, pero a la vez también hace... una vez que acaba con aplicación del instrumento hace una retroalimentación al evaluado de cómo se debe de dar estos ítems, que se han incluido dentro del instrumento de evaluación. **(15)**

La que sigue, por favor.

Finalmente, las acciones posteriores ya es la conformación o culmina con un informe que es dirigido a la sede central de la Diris, Diresa, Geresas.

La que sigue, por favor.

Sí, esto es básicamente lo que hemos comenzado a relatar el cronograma para el monitoreo, listado, la lista de establecimientos de salud que van a ser visitados según cronograma, los datos del responsable que va a realizar el monitoreo del desempeño, ¿no?

Una breve descripción sobre las acciones realizadas por Geresas, Diresa, Diris, del proceso de monitoreo, un cuadro resumen de los resultados realizados, lista de profesionales que cuentan con juicio valorativo del monitor que se ha aprobado o en proceso. Como digo, si cumplen el cien por ciento de los criterios, aprobados. Si no, está en proceso.

La que sigue, por favor.

Y esto es básicamente un resumen, no se ve muy bien, disculpen, de los tres procesos que habíamos comentado con el antes, el durante, y el después.

Y este es un ejemplo de una lista de cotejo en específico de cáncer de próstata. Así habrá también una lista de cotejo con criterios propios para cáncer de mama, por ejemplo.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Y este, por ejemplo, esto es una propuesta para una lista de cotejo para cáncer de próstata.

Eso sería todo.

Muchas gracias.

Y solamente para finalmente complementar esta propuesta de anteproyecto que se ha consensuado con Dpcan desde el Ministerio de Salud, el órgano proponente finalmente va a ser Dpcan, entendemos.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.— Agradecemos al doctor Cruzate la presentación, y vamos a conceder el uso de la palabra a la doctora Essy Maradiegue directora ejecutiva de Prevención y Control del Cáncer del Ministerio de Salud.

La DIRECTORA EJECUTIVA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DEL MINISTERIO DE SALUD, doctora Essy Milagros Maradiegue Chirinos.— Muy buenos días, estimado doctor Alejandro Aguinaga, presidente de la comisión, congresista María del Carmen Alva Prieto, secretaria, doctor Herberth Cuba, viceministro de Salud, de Prestaciones, doctor Pedro Riega, Decano Nacional del Colegio Médico, distinguida mesa, distinguidas congresistas, todos que nos están escuchando.

En primer lugar, sólo quería precisar en este breve minuto, previo a mi presentación, algunas respuestas, dado que el Ministerio de Salud está trabajando en la lucha contra el cáncer y eso es un hecho tangible y quería mostrar con resultados y acciones que son los que ustedes y la población nos está solicitando.

Con respecto a las solicitudes de los medicamentos Blinatumomab, decirles que ya están entregados y que los pacientes están incluso recibiendo tratamiento, y esta información puede ser corroborada.

Con respecto al Ruxolitinib, el día 28 de agosto, este producto ha sido entregado ya a los institutos especializados para que los pacientes puedan beneficiarse. Con respecto al Encorafenib Binatumumab, efectivamente, como menciona el Instituto Nacional de Salud, ya emitió la resolución, ha salido respuesta positiva y se ha coordinado la comunicación para que la paciente que requiere el medicamento pueda ser atendida lo antes posible.

Asimismo, decirles que hemos recibido de manera favorable el informe que la doctora Patricia Chirinos nos hizo llegar hacia el Ministerio de Salud y hemos tomado acción de ello. Se presentó hacia el INS la evaluación de tecnología sanitaria

DOCUMENTO DE TRABAJO

para la aprobación de un medicamento para el diagnóstico temprano de cáncer de mama y está pendiente emitir su resolución positiva también.

Entonces, quiero decirles que el trabajo en conjunto que se está realizando desde la Comisión de Cáncer, desde el Ministerio de Salud y también con participación de la sociedad civil, y aquí me dirijo a la congresista que mencionó el tema de los albergues.

Nosotros desde el Ministerio de Salud **(16)** venimos trabajando en el marco de una iniciativa que es la Iniciativa Mundial de Cáncer Infantil de la OMS, OPS hace casi años. El producto de este trabajo es digamos, una serie de hechos que han mostrado que el trabajo en conjunto permite obtener resultados.

Hechos tangibles como los voy a mostrar ahora, la reducción del tiempo diagnóstico de 107 días a 57 días, la reducción del abandono de tratamiento del 18.5% al 8.5%, Y no son solo números, significan pacientes que en este momento ya no abandonan su tratamiento y pueden completarlo y alcanzar la curación.

Y también significa que, nos estamos demorando menos tiempo para hacer el diagnóstico de cáncer infantil.

Como bien decía el viceministro, la detección temprana es muy importante, pero esto es un granito de arena en una playa. Es cierto, somos conscientes de eso.

Sin embargo, hay avances que es necesario mostrar e indicar que nosotros nos encontramos no solamente comprometidos desde la Dirección de Cáncer, desde el Ministerio de Salud para poder continuar trabajando en favor de los niños.

Y ahora sí, les voy a presentar la situación de cáncer infantil. Solamente he de comentarles que Cáncer infantil es una problemática que se presenta en los menores de 19 años y que es un conjunto de neoplasias que realmente son particulares y diferentes de las que solemos ver en los adultos.

Por eso cuando hablamos de cáncer infantil no hablamos de prevención, hablamos de detección temprana. Y también es muy importante remarcar que la detección temprana se puede realizar desde el primer nivel de atención. Basta con la identificación de los signos y síntomas de alerta del cáncer infantil.

Esto ha sido publicado en una guía de diagnóstico precoz desde el año 2020 en el Ministerio de Salud con el soporte técnico de la OPS. Es muy importante decir que los médicos generales entrenados, los médicos pediatras pueden realizar la sospecha clínica de una leucemia, de un cáncer infantil y luego poder

DOCUMENTO DE TRABAJO

referirlos a centros de mayor capacidad resolutive para que puedan tener su tratamiento de manera oportuna.

Por eso es tan importante el diagnóstico precoz. Y como ustedes pueden ver en esta primera lámina de reglamento de la ley de cáncer infantil, se enfatiza todas las acciones en favor de la atención integral de cáncer en niños y adolescentes. desde la búsqueda de signos y síntomas, la detección oportuna, referencias, la atención especializada, la formación en la detección oportuna en cáncer en niños, el plan de cuidados integrales y los albergues.

Siguiente, por favor.

Aquí les voy a mostrar nada más en fotos lo que se está avanzando. Estos son, digamos, ustedes pueden observar los signos y síntomas de alerta para la detección temprana de cáncer infantil que se presentó y se trabajó con OPS, y hemos conseguido que en la nueva norma que va a salir de crecimiento y desarrollo, que se está actualizando, se introduzca esta búsqueda de signos y síntomas de alerta en todos los niños que van a su control de crecimiento y desarrollo. Entonces, esto va a permitir realizar una detección precoz.

Siguiente, por favor.

También una de las cosas que nos trajo la pandemia fue el tema de la telemedicina, el fortalecimiento de la telemedicina. Pero la telemedicina no solamente se puede utilizar, digamos, para realizar teleeducación o tele capacitaciones, o un seguimiento de casos, sino también nos ha permitido realizar o acortar los tiempos diagnósticos a través de tele interconsultas.

Acabamos de realizar unos ajustes en la plataforma de teleatiendo a fin de que estos niños que generalmente se hacen interconsultas por otras especialidades diferentes a oncología pediátrica se le haga la consulta de los signos y síntomas de cáncer infantil, si se detecta uno de ellos, inmediatamente, de manera espontánea, surge la interconsulta hacia oncología pediátrica o hacia pediatría, a fin de que puedan evaluar a ese pequeño y puedan determinar si tiene signos y síntomas sugerentes de cáncer infantil.

Y esto se va a lanzar ahora en Arequipa, hemos tenido el soporte del City Cancer Challenge también, y esto nos va a permitir digamos acortar los tiempos diagnósticos.

Esto ya es un hecho, ya se realiza en San Borja, ya se realiza en INEN, digamos que los centros de salud incluso hacen consultas directas, pero además de eso, **(17)** vamos a captar más pacientes porque con las interconsultas que hacen de los casos

DOCUMENTO DE TRABAJO

que no saben que son de cáncer, pues entonces vamos a obtener una mayor casuística.

Siguiente, por favor.

Son documentos normativos. Es importante presentar porque a veces se piensa que las cosas no están escritas y no es cierto. Por ejemplo, tenemos la norma técnica del 2024, donde se indica precisamente que, por ejemplo, los pacientes con leucemia deben iniciar tratamiento en menos de quince días, y los pacientes con tumores sólidos, ya sean tumores cerebrales, etcétera, deberían no pasar más de 31 días sin iniciar tratamiento desde la sospecha diagnóstica. Es decir, ya está escrito.

¿Qué estamos haciendo con esta norma? Está en proceso de implementación. Además de eso, se indica que la referencia de un paciente con sospecha de cáncer infantil debe ser en menos de setenta y dos horas.

Siguiente, por favor.

Esto también se explica en este flujograma de atención. Entonces, si se piensa que no existe un flujograma de atención de un niño o adolescente con cáncer, existe un flujograma que está en una guía de diagnóstico precoz propuesta por el Ministerio de Salud y publicada en el año 2020, donde se indica qué es lo que debe hacer un niño o un adolescente con sospecha de cáncer.

Siguiente.

Y bueno, esta es una estrategia que hemos desarrollado a lo largo de estos años. Es una estrategia que no ha salido al azar. Por favor, denle todos los clics hasta que aparezca. Son varias fotos.

Esto se sustenta en cuatro pilares: documentos normativos, capacitaciones y material educativo, concientización y tecnologías de la información. Estos cuatro pilares han hecho que se formule esta estrategia que nos ha permitido obtener resultados.

Siguiente.

Solamente un olfato con este gráfico. Simplemente mirar los rectángulos, digamos así. El de color azul de la izquierda indica cómo estábamos antes, cuánto nos demorábamos en hacer el diagnóstico en niños: eran ciento siete días. Ahora, miren el rectángulo de la derecha. Eso es después de la intervención y significa que se ha reducido a un poco más de la mitad o a la mitad el tiempo que nos demoramos en el diagnóstico. ¿Estamos

DOCUMENTO DE TRABAJO

contentos con ello? No, porque nosotros deseamos, como estamos colocando en la norma, que sean menos de treinta días.

Ahora, algo muy importante, y que les digo que sí funciona el trabajo que se está realizando desde el Ministerio de Salud, es que, si ustedes se fijan en la barra de color rojo de la izquierda, eso significa la capacitación hacia los profesionales de la salud, especialmente hacia mis colegas, los médicos. Y si se fijan en el lado derecho, ese cuadrado rectángulo se ha reducido de una manera importante. Es notable, es visible. Bueno, eso es una diferencia estadísticamente significativa que indica que la intervención en este grupo funciona.

Siguiente.

Aquí les quiero mostrar las dieciséis unidades de oncohematología pediátrica. El 70% de los menores de 18 años se atienden por el SIS. El otro 25% o 28% se atiende por EsSalud. Es decir, en el Perú como Estado, más del 98% de los niños y adolescentes con cáncer se atienden gratuitamente y eso es parte de la gestión. Eso no es un sueño, eso es una realidad en este país. Y esto, comparable con otras partes de Latinoamérica y a nivel global, es un éxito.

Ahora, dentro de las regiones, como ustedes pueden ver, y aquí están nuestros grandes desafíos, hace aproximadamente seis años –y esto lo comento como especialista ya– solo teníamos que Lima y Arequipa trataban cáncer infantil. Eran solamente cinco hospitales a nivel nacional antes del 2019 que trataban cáncer infantil: eran Iren, San Borja, Rebagliati, Almenara y el IREN Sur. Eso era todo.

Actualmente son dieciséis hospitales, y en estos últimos tres años, en la gestión del doctor César Vázquez Sánchez, hemos avanzado de manera significativa, puesto que podemos observar que el Minsa en este momento tiene diez centros, pero de esos diez centros, ustedes pueden ver que cinco están en Lima y los otros cinco se encuentran en regiones.

¿En qué regiones? Hospital Lorena de Cusco, Hospital Regional de Cusco, el IREN Sur, el Hospital Honorio Delgado de Arequipa y el Hospital Belén de Trujillo. Y, actualmente, estamos trabajando para que el Hospital Regional de Lambayeque y el IREN Centro nuevamente reabierturen sus camas para tratar pacientes con cáncer.

Antes, el 90% de la atención se encontraba centralizada en Lima; actualmente, es el 50%.

Como ustedes se imaginan, el cáncer infantil, con la enfermedad más común, que es la leucemia, **(18)** no se puede descentralizar

DOCUMENTO DE TRABAJO

fácilmente, porque la leucemia necesita no solo especialistas, sino necesita diferentes recursos para poder brindar la atención adecuada e integral. Y es por ello que se está haciendo de manera paulatina.

Siguiente, por favor.

Siguiente.

Aquí les muestro los especialistas en cáncer infantil. Bueno, nosotros, como especialistas, hemos realizado una labor en la cual hemos consultado a todos nuestros colegas quienes se han formado en oncología pediátrica a nivel país.

En este momento, en el Perú existen 43 oncólogos pediatras, de los cuales 35 se encuentran en actividad. El resto de ellos se encuentran haciendo, como quien les habla, labor de gestión, trabajando o residiendo en el extranjero, o están jubilados.

Además de eso, el soporte del tratamiento del cáncer infantil viene dado también por hematología, de una manera muy significativa. Hace muchos años, con ellos hemos hecho una alianza e incluso hemos trabajado la guía de práctica clínica de leucemia.

Entonces, contamos con un grupo de 62 hematólogos, 13 hematólogos pediatras y seis colegas pediatras que decidieron hacer la parte de oncología pediátrica hace más de 10 años, y que tienen en estos momentos todas las competencias de oncólogos pediatras y que ejercen esta función.

Y, además de eso, están los residentes.

Siguiente.

Con respecto a la formación de especialistas en oncología pediátrica –y aquí me uno a lo que también decía el viceministro– se nota que hay un trabajo y un esfuerzo en la gestión. Dado que, en el 2020, a pesar de la oferta de plazas, como ustedes se dan cuenta, muy pocas personas postulan a la subespecialidad de pediatría oncológica.

Y aquí quiero aclarar qué cosa es o qué se tiene que hacer para ser pediatra oncólogo. Pues tienen que ser siete años de medicina, tres años de residencia de pediatría y dos años más de oncología pediátrica. Es decir, para que llegues a ser pediatra oncólogo tienen que pasar 12 años de formación.

Entonces, no es nada sencillo, obviamente, y la gente que está trabajando en este momento como pediatra oncólogo en los distintos establecimientos está súper comprometida con su trabajo.

DOCUMENTO DE TRABAJO

En el año 2020, solamente tres plazas de residentes se formaron. En el 2025 hay ocho. Y, si ustedes se dan cuenta, en los últimos tres años son 17 especialistas que se están formando, pero esto no ha sido al azar.

No solamente es la gestión desde el Ministerio de Salud, la parte ejecutiva, sino que nosotros como especialistas hemos ido a las reuniones de los pediatras en los distintos hospitales para animarlos a que hagan oncología pediátrica.

Entonces, el número de plazas, como pueden observar, se ha casi triplicado en los últimos seis años. Hay 17 especialistas que se están formando en los últimos tres años, y dos universidades ofrecen la subespecialidad de oncología pediátrica; la formación que son: Cayetano Heredia y la Universidad de San Martín de Porres.

Siguiente.

Y aquí, para comentarles que, sí, efectivamente hice mi tarea para buscar quiénes están, en este momento, poniendo dentro de su formación de pediatra –en el currículum de pediatría– la rotación obligatoria en oncología pediátrica, como dice el reglamento de la ley.

Hemos encontrado que la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana incluye una rotación obligatoria en oncología pediátrica.

Y luego, sí, en este momento se están formando en el Hospital Rebagliati. Entonces, ustedes pueden observar –y aquí les he sacado, [...] un extracto, nada más– dónde está escrito que es la rotación de oncología pediátrica, un mes, de manera obligatoria, solo en esta universidad.

Aquí sí, un llamado al resto de universidades para que, por favor, se cumpla esta parte del reglamento de la ley. Ya nosotros hemos enviado documentos desde el Ministerio de Salud, para fomentar, para promover que se envíe a los residentes de pediatría en esta área.

Siguiente.

Bueno, con respecto a la formación en detección oportuna, hemos trabajado desde la pandemia. Porque en el 2019, que Perú fue elegido como país para el desarrollo del cáncer infantil a nivel de las Américas por la OMS, nosotros hemos trabajado en capacitaciones virtuales en plena pandemia.

Gracias a la Escuela Nacional de Salud Pública, logramos elaborar un programa. **(19)**

DOCUMENTO DE TRABAJO

Siguiente.

Y bueno, aquí están las capacitaciones y las fotos, las evidencias, que se han hecho desde el 2023 hasta el 2025 en todas estas regiones, 20 de 24. Y aquí están las regiones a quienes se les ha brindado la capacitación, 1955 profesionales, 750 agentes comunitarios. Pero estas capacitaciones las he mostrado aquí porque son presenciales, como ustedes pueden observar, además de las capacitaciones virtuales, que son más de 7000 profesionales que se han formado desde estos últimos cuatro años.

Siguiente.

Bueno, y ahora otro evento tangible que les quiero mostrar y que va a salir muy prontamente es el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer. Nosotros hemos trabajado y estamos trabajando intensamente para mejorar el cáncer a nivel de país, pero no solamente con propuestas estratégicas o que queden en documentos en blanco y negro, sino con indicadores.

A diferencia, y aquí les pongo para que comparen, el Plan Nacional de Cuidados Integrales 2020-2024 tenía menos de 10 actividades no presupuestadas de cáncer infantil. Actualmente el plan que estamos formulando 2025-2030 tiene 15 actividades presupuestadas de cáncer infantil y ahora se las voy a mostrar.

En amarillo, por ejemplo, he resaltado lo que tiene que ver con la conversación de ahora, mejorar las acciones de comunicación en lo que es prevención, detección temprana, capacitación a los agentes comunitarios, a docentes. Y como ustedes pueden ver, ahí está a la derecha, al final, el presupuesto y el responsable y lo que se va a utilizar cada año.

Siguiente.

También, estamos mirando en mejorar el acceso de los servicios de salud y aquí también está no solamente la implementación de los servicios oncológicos pediátricos, el fortalecimiento de los servicios, sino también está el fortalecimiento de los sistemas de referencia con telemedicina, capacitación de profesionales de la salud, y pueden observar cuánto se va a gastar y quiénes son los responsables.

Siguiente.

Y aquí igualmente, ¿Cómo se va a trabajar en el diagnóstico y tratamiento de cáncer infantil? ¿Cuánto es el presupuesto? Y ¿Quiénes son los responsables?

Siguiente.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Bueno, también último para comentar un poco acerca de los albergues.

Nosotros tenemos una relación muy importante porque Oncología Pediátrica es un conjunto de enfermedades de gran impacto social, y eso quienes nos hemos dedicado a realizar esta labor lo sabemos de toda la vida.

Entonces, para nosotros trabajar con las organizaciones civiles no es una novedad. Y les comento que todas estas organizaciones civiles que ustedes pueden ver en pantalla en este momento se han unido para denominarse Aliados Contra el Cáncer Infantil.

Como ustedes pueden contar, son más de 20 y todos ellos ¿En qué apoyan? En traslados, alimentación, albergues, soporte psicológico a las familias, acompañamiento.

Siguiente.

Y estos son los productos que hemos trabajado con ellos desde el Ministerio de Salud. Desde el Ministerio de Salud, nosotros hemos facilitado el trabajo de los albergues, cosas tangibles, el convenio con Latam, por ejemplo, comenzó en el 2022 con 200 pasajes, ida y vuelta, para aquellos niños y niñas que no podían ser trasladados con diagnóstico de cáncer.

En este momento son 600 pasajes que nos brinda Latam y la semana pasada hemos acompañado a la sociedad civil, a Aliados Contra el Cáncer en el Paraninfo del Minsa. Hemos tenido una reunión en la cual se ha firmado el convenio con Cruz del Sur con 600 boletos por año.

Entonces, estas son muestras de acciones concretas, que es lo que pide la población, en favor de los pacientes con cáncer.

Gracias.

Siguiente.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, doctora Maradiegue.

Estamos un poco apretados con el tiempo y vamos a darle el uso de la palabra al doctor Edy Martín Vela, director general de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Referente al plan de fortalecimiento y competencia de los médicos especialistas en ginecoobstetricia para el desarrollo de los procedimientos médicos necesarios para el diagnóstico y manejo de las lesiones del cáncer de cuello uterino.

Ojalá que pueda tener una buena síntesis de unos cinco minutos.

DOCUMENTO DE TRABAJO

EL DIRECTOR GENERAL DE LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Edy Martín Vera Loyola.— Perfecto.

Muy buenos días, doctor Alejandro Aguinaga, presidente de la Comisión; doctora María del Carmen Alva, secretaria de la comisión; señor viceministro, doctor Herberth Cuba; estimada Mesa; señores congresistas que están a través de la plataforma.

Siguiente.

Voy a tratar de ser muy sucinto, ganar el tiempo.

Lo que estoy mostrando ahorita en la diapositiva es la cantidad de profesionales de la salud que estamos distribuidos en todo el país. Esto tiene que ver con médicos, **(20)** enfermeras, obstetrices, básicamente.

Aquí podemos notar, incluso ¿dónde tenemos más recursos de salud? y ¿por qué es importante esta parte?, porque si yo quiero buscar capacitación, tengo que buscar ¿dónde está mi recurso humano?, ¿dónde me va a hacer falta mi recurso humano?, ¿hacia dónde tengo que ir los recursos?, que no siempre abundan, pero hacemos todo lo posible para que estos puedan llegar a todos los niveles.

Entonces, esta es una primera visión.

Siguiente, por favor.

En la siguiente diapositiva podemos ver por macrorregión ¿dónde están distribuidos nuestros colegas gineco-obstetras?, por macrorregiones, obviamente, Lima Centro es la que se lleva la mayor cantidad, pero tenemos que en la macrorregión norte trescientos quince, oriente ciento treinta y tres centros que son bastantes departamentos Huánuco, Pasco, Junín; doscientos veintiuno, más al sur doscientos ochenta y dos, estos son gineco-obstetras en general.

La fuente, pues, hemos tenido en base al Inforhus de Digep, acá no contamos los de EsSalud.

Siguiente, por favor,

Esta es la distribución, ahora para ver en un mapa de calor, un semáforo donde tenemos menos, menos especialistas en ginecoobstetricia, y esto ¿por qué era importante?, porque si vamos a ver el tema de cáncer ginecológico, el tema del cáncer de mama, pues, es importante saber ¿dónde está nuestra mayor concentración o dónde tengo menos gineco-obstetras?

Siguiente, por favor.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Los tipos de cáncer, tanto por sexo o por edad, y acá ya hemos conversado bastante acerca de ¿cuáles son los mayores cánceres que afectan a nuestra nación?, útero, mama, melanomas, estómago, entre otros.

Siguiente, por favor.

El cáncer de cérvix, ya lo hemos hablado bastante, se han dicho las cifras, no es un hallazgo actual que sea un problema de salud pública, por supuesto que lo es, y nosotros también estamos incluidos en la misma.

Siguiente, por favor.

Y esto son los casos diagnosticados por cérvix en el 2024 en el país, no pongo acá a Lima porque, bueno, triplicaría pero sí llama la atención, justamente, a algunos departamentos en particular y estos tendrían que merecer un análisis porque en estas zonas donde nosotros, la Escuela Nacional de Salud Pública que es el brazo académico del ministerio, tiene que ver dónde hacer con mayor énfasis su capacitación.

Siguiente, por favor.

Asimismo, también el cáncer de mama que cada vez va, casi, igualando en cantidad de números al cáncer de cérvix, a diferencia de años anteriores, pues es un problema definitivamente de salud pública.

Siguiente, por favor.

Y que también la distribución y llama la atención el norte, eso, como digo, seguro ameritaría otro análisis, pero es en el norte donde se ve mayor cantidad de casos.

Siguiente.

Entonces, nosotros como Escuela Nacional de Salud Pública, nuestro interés es capacitación al recurso humano en salud y ya lo hemos estado haciendo, estos son datos desde el 2022 hasta la fecha, obviamente, todo esto es en concordancia o en coordinación con los especialistas, en este caso de Pecan.

Siguiente, por favor.

Estos son los del año pasado, los últimos años también por ciudades, y esto es importante ¿por qué?, porque que tal estamos dando capacitación a la misma población objetivo y me olvido de un departamento en particular que por X y Y motivos no participa, y tal vez en esa zona hay mayor incidencia de cáncer.

Entonces, este cuadro me permite ver, analizar, ¿dónde debo incidir el tema de la capacitación?

DOCUMENTO DE TRABAJO

Siguiente, por favor.

Y los temas de cáncer, ya lo dijo muy bien la doctora, no solamente centrado en mama, cérvix, sino también en el cáncer infantil.

Ya tenemos, siguiente por favor, aparte del tamizaje de cérvix es otro curso con su sumilla que ya estamos coordinando con la doctora, para el diagnóstico precoz de cáncer en niños y adolescentes.

Siguiente, por favor.

Así como también el cáncer de cérvix, y cuando se revisa las currículas ahora de los residentes, pues, vemos en ginecología, por ejemplo, que sí se lleva por ahí un curso de, siguiente por favor, de oncología, hay competencias que nosotros debemos tener como gineco-obstetras para, justamente, poder hacer un diagnóstico precoz del cáncer de cérvix y esto tiene que ver con diagnóstico precoz, prevención, manejo de lesiones premalignas, ¿cómo se sigue a los pacientes? **(21)**

Siguiente, por favor-

Y el plan, pues, consta justamente de atacar estos ejes.

Siguiente, por favor.

Para, finalmente, siguiente, en base, pues, a estos grandes ejes, plantear el plan de capacitación tanto con la dirección de fortalecimiento de capacidades que dirige, como la unidad del cáncer del Ministerio de Salud.

Siguiente.

Siguiendo pues, una metodología que ya está estudiada.

Siguiente.

Y, por supuesto, articulando lo que es el primer nivel de atención, justamente porque nosotros llegamos a todos los profesionales de la salud, a su vez, para que estos puedan ser llevados a tiempo, en cooperación con la comunidad organizada, hacia los grandes establecimientos de salud.

Ese es parte de nuestros planes, doctor.

El señor PRESIDENTE.- Queremos agradecer la presentación del señor director médico, el doctor director de la Escuela de Salud Pública. Queremos agradecerles a todos los ponentes. No voy a levantar la sesión, la vamos a suspender porque hay temas de debate.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Hemos escuchado al decano del Colegio Médico; cuando nos volvamos a reunir, hemos tomado debida nota de las presentaciones y hay temas de los cuales no nos podemos abstraer, sino que tenemos que llegar a conclusiones que se puedan realizar. Por ejemplo, el SIS financiador.

Yo me acuerdo cuando comenzamos el seguro materno infantil y el seguro escolar gratuito, que eran justamente una subvención de la demanda, un seguro del pobre. Se trabajaba con 15 personas, y ahora el SIS tiene como 1200 trabajadores.

Entonces, ¿qué es lo que ha pasado en un ente que es completamente financiado? No se financia a la gente, se financia al paciente. ¿Cómo podemos hacer para lograr la permanencia de los profesionales que vienen? Y nosotros ahí tenemos que hacer, yo particularmente, un mea culpa, porque muchas veces nos cae simpático alguna persona que viene a la residencia y hacen lo imposible para quedarse, y nosotros les facilitamos y no nos damos cuenta que le hacemos un daño a la región de la cual fue enviado.

En fin, las plazas cautivas, en monitoreo de permanencia en los hospitales, que es catastrófico en las provincias. Usted va a las 11 de la mañana, no hay nadie. El envío de los pacientes fuera del hospital cuando los servicios, particularmente servicios auxiliares, están dentro de los hospitales. Hay tantas cosas que hay que afinar.

Por eso, agradeciéndoles a todos, vamos a suspender la sesión, siendo las 11 horas con 5 minutos, visto que hay una comisión esperando.

Suspendemos la sesión para poder continuar. Le vamos a citar para la próxima con la debida antelación y, lógicamente, la disponibilidad de tiempo que tengan ustedes, porque, como les digo, los profesionales médicos, los profesionales de salud, tienen que ser actores de un cambio, no deben ser simples veedores, y el país requiere todo eso.

Muchas gracias a todos, suspendemos la sesión.

—A las 11:05 h, se suspende la sesión.