

DOCUMENTO DE TRABAJO

Área de Transcripciones

CONGRESO DE LA REPÚBLICA  
SEGUNDA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2024

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

14.<sup>a</sup> SESIÓN ORDINARIA

(Matinal)

MARTES 17 DE JUNIO DE 2025

PRESIDENCIA DEL SEÑOR ALEJANDRO AURELIO AGUINAGA RECUENCO

—A las 09:17 horas, se inicia la sesión.

*(Grabación empezada).*

**El señor PRESIDENTE.**— ...comisión especial y todos los que nos acompañan en esta plataforma virtual de sesiones y redes sociales.

Hoy día, martes 17 de junio, nos encontramos presentes para llevar a cabo la décimo cuarta sesión ordinaria de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización Sobre los Avances de los Resultados en la Prevención y Control del Cáncer, aquí, en esta sala, Carlos Torres y Torres Lara, del edificio Víctor Raúl Haya de la Torre y a través de la plataforma virtual *Microsoft Teams*.

Señora secretaria técnica, por favor, sírvase pasar lista para comprobar el quórum reglamentario.

**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.

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

Señora congresista Alva Prieto, María del Carmen.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Señor presidente, la señora congresista Alva Prieto, María del Carmen, hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

Señor congresista Luis Roberto Kamiche Morante.

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

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

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

Señora congresista, Portero López, Hilda Marleny.

Igualmente, señor presidente, la señora congresista Portero López, hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

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

Señor congresista, la señora congresista Vásquez Vela, hace llegar su asistencia a través de la plataforma.

Señor presidente, tenemos el quórum reglamentario para iniciar esta sesión.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, señora secretaria técnica.

Con el quórum reglamentario y siendo las nueve horas con diecisiete minutos del martes 17 de junio de 2025, damos inicio a la décima cuarta sesión ordinaria de la comisión especial.

De acuerdo con la agenda programada, damos inicio.

Aprobación del Acta.

Como primer punto de la agenda, tenemos la aprobación de las actas de la décimo cuarta sesión extraordinaria llevada a cabo el 30 de abril del 2025 y de la décimo quinta sesión extraordinaria descentralizada realizada el 19 de mayo del presente año en la región Cusco. Ambas actas se encuentran publicadas en la página web de la Comisión Especial para su consulta.

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

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señor presidente, a través de la plataforma no existe ninguna observación al respecto.

**El señor PRESIDENTE.**— Muy bien, el Acta se da por aprobada.

Despacho.

**DESPACHO**

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**El señor PRESIDENTE.**— En este segundo punto de la agenda tenemos la estación Despacho.

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

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

Pasamos a informes.

### Informes

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

El lunes 19 de mayo de 2025, en el Auditorio de la Municipalidad Provincial de Cusco y mediante la plataforma *Microsoft Teams*, se llevó a cabo la décima quinta sesión extraordinaria descentralizada de la Comisión Especial Multipartidaria hacia una atención oncológica integral en la región Cusco, desafíos y propuestas para fortalecer la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

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

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

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

Participaron autoridades clave como gerente de salud de la Gerencia Regional de Salud de Cusco, el gerente de la Red Asistencial Cusco de EsSalud, el jefe de FISAL y el gerente Regional de Control de la Contraloría General de la República.

Durante la sesión se evidenció:

1. Brechas críticas. Falta de equipos esenciales como citómetros de flujo y bunker de radioterapia y escasez de oncólogos, sólo 7 para toda la región.

Cifras alarmantes. 65 casos pediátricos atendidos en el 2024, principalmente leucemias y tumores sólidos y una población objetivo de tamizaje que supera las 500.000 personas.

Acciones urgentes. Se propuso la creación de una red oncológica regional, la compra centralizada de equipos y medicamentos y la

## DOCUMENTO DE TRABAJO

formación de especialistas locales. Al respecto, la comisión especial se comprometió a:

- En primer lugar, fiscalizar la ejecución presupuestal para garantizar la adquisición de equipos críticos.
- Segundo, promover la implementación de un programa único de tamizaje nacional.
- Y tercero, fortalecer la coordinación entre Minsa, Geresa y EsSalud para optimizar la atención oncológica.

El informe técnico de la sesión fue remitido a los despachos congresales mediante el Oficio Circular 012-2024-2026.

En paralelo a la sesión descentralizada, se realizó una exitosa campaña cívica en la Plaza Túpac Amaru de Wanchaq, organizada por la Comisión Especial en alianza con la Municipalidad Distrital de Wanchaq, la Gerencia Regional de EsSalud y el Reniec. En total se llevaron a cabo 494 atenciones integrales como se detalla: siete tamizajes Papanicolaou, 15 pruebas de VPH, 34 exámenes de PSA, 43 pruebas de sangre oculta en heces, 42 tamizajes de piel, 67 vacunaciones diversas. Además, Reniec brindó 41 atenciones, nueve trámites y 32 orientaciones para facilitar el acceso a los servicios civiles.

La campaña contó con la participación de 34 profesionales de salud, oncólogos, médicos, enfermeras, psicólogos y obstetras, quienes brindaron atención integral y reforzaron la prevención primaria.

Si bien los resultados fueron positivos, se identificó que el número de atenciones fue menor en comparación con campañas anteriores en Arequipa y Trujillo, atribuido al desconocimiento y temor de la población. Por ello, se recomienda implementar campañas masivas de información sobre prevención y tipos de cáncer con enfoque en comunidades rurales.

Señores congresistas, se les informa también que, previo a la sesión descentralizada en la región Cusco, se realizaron visitas coordinadas al Hospital Regional de Cusco y al Hospital Antonio Lorena, donde se evidenció la urgente necesidad de ampliar la infraestructura, unidad de mezclas oncológicas, búnker de radioterapia, adquirir equipos críticos, citómetro de flujo, ecógrafo para biopsias prostáticas y estabilizar la dotación de especialistas mediante contratos permanentes. Al respecto, la Comisión Especial dará seguimiento a los acuerdos adoptados con informes trimestrales sobre el avance de las acciones prioritarias en Cusco.

En referencia a la situación del Iren Sur en Arequipa, se les informa que a través de los trabajadores del Iren Sur y el grupo de padres de pacientes con cáncer infantil, esta comisión tomó conocimiento que el gobernador regional de Arequipa decidió modificar la ubicación del nuevo Sur, alterando el diseño inicial

## DOCUMENTO DE TRABAJO

del proyecto. Ante esta situación, se pidió información técnica sustentatoria al Ministerio de Economía, Ministerio de Salud, ANIN y al Gobierno regional de Arequipa, advirtiendo que este cambio en fase de diseño representa un riesgo significativo para la ejecución y operación de una inversión de esta envergadura. Por tanto, se instó al gobernador regional de Arequipa dejar sin efecto esta modificación y respetar el deseo de la población que exige un centro oncológico de alta especialización en la ubicación originalmente planificada, garantizando su viabilidad técnica y financiera.

Con relación al fortalecimiento de la producción de radiofármacos, se les informa que, en coordinación con el Instituto Peruano de Energía Nuclear, IPEN, y EsSalud, se gestionó la instalación de un nuevo ciclotrón para fortalecer la capacidad institucional en la formulación de radiofármacos esenciales para el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Actualmente se aguarda la puesta en funcionamiento del Centro de Producción de Radiofármacos de EsSalud, proyecto clave para la descentralización de estos insumos médicos.

Asimismo, el 15 de mayo de 2025, esta comisión sostuvo una reunión de trabajo con el jefe de la cartera de proyectos para Perú del Organismo Internacional de Energía Atómica, OIEA, en el marco del Programa Rayo de Esperanza, durante el encuentro se abordaron puntos estratégicos, la descentralización de los servicios de radioterapia y medicina nuclear, fundamentales para el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Fortalecimiento de capacidades, se destacó la importancia de la formación de especialistas en radio-oncología y física médica, así como la implementación de protocolos estandarizados para garantizar la seguridad y eficacia de los tratamientos. Adicionalmente, se reconoció el avance del país en la implementación del Centro de Producción de Radiofármacos de EsSalud, proyecto clave que, con el respaldo técnico de la OIEA, permitirá asegurar el suministro de insumos esenciales para el diagnóstico y tratamiento del cáncer a nivel nacional.

Señores congresistas, este encuentro representa una oportunidad estratégica para que el Perú, de la OIEA impulse el Programa Rayo de Esperanza, facilitando la descentralización de servicios de radioterapia y medicina nuclear en beneficio de regiones.

La Comisión reitera su compromiso de trabajar de manera coordinada con la OIEA, Ministerio de Salud y otras instituciones involucradas para garantizar que los beneficios del Programa Rayo de Esperanza sean garantizados con la OIEA, Ministerio de Salud y otras instituciones involucradas para garantizar que los beneficios del Programa Rayo de Esperanza lleguen a todas las regiones del país, reduciendo las brechas en el acceso a los servicios oncológicos de calidad.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Finalmente, frente a los cuestionamientos sobre el valor de adquisición de los equipos de cirugía robótica adquiridos por el Ministerio de Salud, que superó los montos pagados por otros países en adquisiciones similares, esta comisión solicitó a la Contraloría General de la República la realización de una investigación concurrente para evaluar la transparencia y eficiencia del proceso de compra.

La Comisión exige que se garantice el uso óptimo de los recursos públicos y que, de encontrarse irregularidades, se apliquen las medidas correctivas y sanciones correspondientes, asegurando que estas inversiones cumplan su objetivo de mejorar la atención oncológica en el país.

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

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señor presidente, el señor congresista Picón Quedó, Luz Raúl y el señor congresista Sánchez Palomino, Roberto hacen llegar su asistencia a través de la plataforma *Microsoft*.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, señora secretaria técnica.

No existiendo pedidos, pasamos al Orden del Día.

### ORDEN DEL DÍA

**El señor PRESIDENTE.**— Según la OPS, el Perú tiene la tasa más baja de especialistas oncológicos en la región, uno por 100 mil habitantes, **(2)** mientras que el 36.5% de los casos en La Libertad y el 40% en Cusco se diagnostican en etapas metastásicas. Esto no es un problema de salud, es un fracaso sistémico que el presupuesto de 2026 debe corregir con acciones concretas y no con promesas.

Ministro de Salud, ministro de Economía, en las sesiones descentralizadas hemos documentado cómo la falta de presupuesto y su mala gestión impacta en la salud de los pacientes que padecen cáncer.

En Arequipa, los equipos de radioterapia tienen 15 años de antigüedad. En Cusco, el hospital regional no tiene citómetros de flujo para diagnosticar y hacer seguimiento para el manejo de leucemias. ¿Saben qué significa esto?, que estamos condenando a peruanos a morir por negligencias presupuestales.

Hoy venimos a exigirles cuentas claras y decisión política para poder, justamente, soslayar esta problemática. Deben tener presente que esta no es una discusión técnica más, el cáncer es la segunda causa de muerte en el Perú, aproximadamente cien peruanos mueren cada día por esta enfermedad.

Las regiones nos han mostrado el colapso. En Trujillo, los hospitales con lista de inicio de radioterapia que puede ser

## DOCUMENTO DE TRABAJO

mayor de dos a tres meses, así como una creciente necesidad de manejo de medicina nuclear.

Lo que se formule en el artículo de prevención y control del cáncer en el Presupuesto Público del año 2026 será juzgado por cuántas vidas salvé, a cuántas se condene.

Cada año, cerca de 73 000 nuevos casos son diagnosticados en nuestro país y el 70% de ellos se detectan en etapas avanzadas, reduciendo drásticamente las posibilidades de supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

Esta realidad tiene inaceptable es el resultado de un sistema fragmentado con infraestructura insuficiente, equipos obsoletos y una grave escasez de especialistas en los hospitales del Ministerio de Salud, gobiernos regionales y EsSalud, así como la falta de presupuesto para la atención de los pacientes con cáncer de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

Hemos visitado regiones como La Libertad, Arequipa, Cusco y lo que encontramos es alarmante. Cobertura de tamizajes por debajo del 15% en mujeres de 25 a 64 años para cáncer de cuello uterino, Minsa 2024.

Hospitales sin equipos básicos, como mamógrafos, citómetros de flujo o aceleradores lineales, obligando a pacientes a viajar horas para recibir una radioterapia. Tiempo de espera prolongado para cirugías oncológicas y para radioterapia, mientras el cáncer avanza.

Familias que gastan más de 2000 soles de su bolsillo en diagnósticos de cáncer porque el sistema público no responde.

En La Libertad las proyecciones indican 110 000 nuevos casos anuales para el 2045 con un impacto devastador en la economía familiar. En Cusco, menos del 1% del presupuesto del pliego regional se destina al cáncer y en Arequipa los equipos de patología están tan obsoletos que los diagnósticos llegan tarde.

¿Cómo podemos aceptar una situación de esta naturaleza?, ¿Cómo podemos aceptar esto? El proyecto de presupuesto 2026 debe ser un punto de inflexión, no hablamos de gastos, sino de inversiones estratégicas que salvan vidas.

Formación de especialistas y subespecialistas.

Urge financiar plazas para la formación de especialistas y subespecialistas en las regiones con incentivos para retener el talento humano; no puede ser que el 70% de los casos avanzados se expliquen por falta de acceso a un diagnóstico oportuno.

Equipamiento médico de última generación, desde mamógrafos digitales hasta aceleradores lineales para radioterapia. Basta de derivar pacientes a Lima, necesitamos redes oncológicas descentralizadas.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Compras eficientes de medicamentos oncológicos e insumos para el tamizaje de cáncer.

El desabastecimiento de quimioterapias es inmoral y la falta de planificación para una adquisición eficiente de las mismas lo es más aún.

Prevención masiva y tamizajes gratuitos.

Ampliar la vacunación contra el VPH y las campañas de detección temprana, especialmente en zonas rurales donde el cáncer ginecológico arrasa.

El Ministerio de Economía y Finanzas ha asignado presupuesto para la prevención y control desde el año 2022. ¿Dónde están los resultados?, los fondos no pueden perderse en burocracia o en subejecución.

Demandamos, demandamos, un presupuesto 2026 con incremento real para la oncología, vinculado a metas claras, reducción del tiempo de espera, cobertura del 70% en tamizajes y contratación de 500 nuevos especialistas.

Fiscalización estricta con la Contraloría para que cada sol que llegue a los pacientes y que ésta sea un control concurrente, no un control posterior.

Coordinación inmediata entre Minsa, gobiernos regionales y EsSalud para evitar duplicidades y romper las barreras que hoy condenan a los peruanos.

Hoy no estamos hablando de cifras frías ni de partidas presupuestales abstractas, estamos hablando de madres que mueren esperando una mamografía, de niños que viajan más de 12 horas para recibir quimioterapia, de familias que venden sus tierras para pagar medicamentos que el Estado no les provee. El cáncer no es un problema de salud, es un problema social, una emergencia nacional.

No podemos seguir permitiendo que la falta de presupuesto y la mala gestión de éste sea sinónimo de muerte, necesitamos acción, no discursos por parte de las autoridades a nivel nacional y regional. El tiempo se agota y con el la vida de miles de peruanos.

El presupuesto de 2026 será nuestra oportunidad para demostrar que el Estado sí protege a su gente, que no les falle, que no les falle.

Pasamos a Orden del Día.

### ORDEN DEL DÍA

**El señor PRESIDENTE.**— Formulación del Proyecto de Ley de Presupuesto Público para el Año Fiscal 2026.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Vamos a ceder el uso de la palabra a la doctora Essy Milagros Maradiegue Chirinos, directora ejecutiva de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer del Ministerio de Salud, a fin de que informe respecto de la formulación del Proyecto de Ley de Presupuesto Público para el año 2026 en el marco de las políticas de prevención y control del cáncer.

Le damos, como siempre, una cordial bienvenida y le agradecemos su participación en esta comisión.

**La DIRECTORA EJECUTIVA DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DEL MINISTERIO DE SALUD, señora Essy Milagros Maradiegue Chirinos.**— Muy buenos días, presidente, doctor Aguinaga, y muy buenos días a quienes se encuentran también conectados, igualmente, a la mesa que nos acompaña en esta mañana.

Reciba un cordial saludo del ministro de Salud, el doctor César Vásquez Sánchez, quien en esta oportunidad por temas de agenda no ha podido estar presente, sin embargo, me ha delegado en esta oportunidad hacer la presentación de la demanda adicional que tenemos proyectada para el año 2026.

Quisiera comenzar diciendo que coincido completamente con la mesa y con lo expuesto, con que el tema de cáncer es un problema de salud pública que va más allá o trasciende del tema del sector salud. Es una problemática que aborda diferentes determinantes sociales de la salud y estamos conscientes de ello.

Cada vez estamos trabajando de manera más articulada, no solamente dentro del Ministerio de Salud y desde el sector, sino también a nivel intersectorial y también a nivel intergubernamental, y muestra de ello es el Plan Nacional Multisectorial de Cáncer, que en este momento se encuentra ya a puertas de salir, que creo que va a ser una herramienta importante para contribuir en la reducción de la morbimortalidad por cáncer.

Y, justamente, es la elaboración de este plan con todo el análisis que se ha hecho, ha sido materia de sustento para poder elaborar esta demanda.

Siguiente, por favor.

Solamente para explicar en esta primera lámina, digamos, cómo ha ido el incremento del presupuesto de cáncer sobre todo en los últimos años 2023 a 2024, prácticamente se incrementó casi en un 40% y, asimismo, también podemos observar el nivel de ejecución y también, por qué no decirlo, el compromiso para tratar de conseguir un nivel de ejecución óptimo.

El año pasado llegamos al 95% y este año esperemos superar esa meta; podemos también observar en el lado derecho de la diapositiva, cómo es que se ha comportado el tema de las demandas adicionales, entendiéndose que desde el tema de la aprobación

## DOCUMENTO DE TRABAJO

del reglamento de la ley tuvimos en un primer momento más de quinientos millones y luego, hacia el año pasado, casi trescientos ochenta millones.

Y podemos también observar, cómo es que a lo largo de este tiempo se ha venido ejecutando el dinero o el presupuesto.

Siguiente, por favor, siguiente.

Ahora les quiero presentar de una manera muy puntual y yendo ya como se diría al grano, el tema de la elaboración de esta propuesta, nos hemos centrado principalmente, en primer lugar, en el recurso humano, sabemos que nos hace falta especialistas, así que nos hemos centrado en recurso humano, nos hemos centrado en equipamiento.

Sabemos que tenemos un déficit de equipamiento importante que también era necesario superar o mejorar estas brechas. Nos hemos centrado en el tema de medicamentos, pero no solamente medicamentos, sino también insumos, que estos son, justamente, los que nos permiten poder brindar o el incremento de tamizajes y nos hemos centrado también en el mantenimiento de los equipos que hemos adquirido durante estos últimos años.

También fortalecer nuestras brigadas, que son, que complementan el trabajo que se tiene a nivel de los establecimientos de salud en materia de prevención de cáncer.

Esos son los cuatro aspectos que nos hemos centrado, pero sin embargo, en esta lámina y me disculpo con los de la mesa, capaz podría... verse con letras muy pequeñas, pero les quiero mencionar que tanto en el literal a) y b) nos hemos enfocado en la contratación del personal de salud.

Se gestionó hacia el año 2024, recurso humano de 745 PEAS de Contrato de Administración de Servicios por un monto de sesenta y seis millones.

Entonces, estamos dándole continuidad a ese recurso humano valioso y luego hemos detectado a través de un análisis ya a nivel de regiones, y agradezco a la mesa también por esa contribución, en el cual podemos observar que hay regiones en las que no hemos logrado alcanzar la contratación de especialistas.

¿Por qué?, porque hay zonas de áreas remotas donde los especialistas no desean ir a trabajar porque el monto no les resulta adecuado, no pueden solventar sus gastos de transporte y de traslado y necesitan ser contratados bajo otro monto.

Y, asimismo, también hemos notado que existen profesionales de la salud que no han sido contratados en áreas remotas y esas plazas quedaron desiertas, por ese motivo, estamos, digamos, gestionando noventa y seis millones de soles para la contratación de personal bajo la modalidad de locación de servicios, de los

## DOCUMENTO DE TRABAJO

cuales más de setenta y cinco millones son para regiones y veinte millones a nivel de Ministerio de Salud y Pliego Minsa.

Siguiente, por favor.

En el aspecto, en el literal c) corresponde a la parte de equipamiento. Desde el Ministerio de Salud, si bien nosotros somos conscientes que uno de los equipamientos importantes dentro del Ministerio de Salud es el tema de la radioterapia, me gustaría tocarlo aquí, porque como ustedes saben los equipos de aceleradores lineales los podríamos adquirir, pero no se pueden ejecutar en un año.

Entonces, estamos viendo la posibilidad de cómo gestionar este tipo de equipamiento **(3)**, capaz preparando con presupuesto, en este primer año, a los establecimientos que lo requieren.

Pero además de eso, estamos por sacar dos documentos en el Ministerio de Salud. Uno, que es la ficha de homologación, para que la radioterapia se pueda brindar a los diferentes establecimientos a nivel nacional a través de una sola ficha, en la cual todos puedan, digamos, financiarse a través de un monto homogéneo y no como ocurre en este momento, montos heterogéneos, que lamentablemente hacen de que no exista la accesibilidad adecuada.

Y en la segunda normativa, que estamos también por aprobar, con respecto al tema de radioterapia, es una norma técnica de salud que la Dirección de Prestaciones me comentó ayer que también está por aprobar, a fin de considerar la radioterapia como un servicio médico de apoyo.

Muchas veces en los proyectos de inversión se considera el área de radioterapia y, lamentablemente, esto no nos va a permitir tener disponibilidad de radioterapia de manera mediata o siquiera al menos hasta cinco a diez años hasta que se concrete un proyecto de inversión. Por ese motivo es que estamos trabajando en ese aspecto.

Y lo otro que también hemos trabajado y estamos, digamos articulando tanto con IPEN como con SICAM y OIEA es el tema de Rayos de Esperanza, que también es un aporte a través de estas instituciones internacionales para poder tener acceso a radioterapia.

Como ustedes pueden ver en este literal c), es la compra de equipamiento. Nosotros tenemos identificados equipos que tienen que ver con la prevención, el diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Estamos haciendo un mayor refuerzo a la prevención y el diagnóstico. Por ese motivo, ustedes van a darse cuenta que contamos con mayor equipamiento, tanto para fortalecer el manejo de lesiones premalignas para el tema de la iniciativa de eliminación de cáncer de cuello uterino y también el tema de

## DOCUMENTO DE TRABAJO

fortalecer el diagnóstico con anatomía patológica y también diagnósticos por imágenes.

Continuamos con las compras de mamógrafos y también estamos evaluando las compras de otros equipamientos, como vídeos broncoscopios, vídeos laparoscopia, etcétera. Estamos proyectando una compra, para el próximo año, de más de 700 equipos y esto no es un dato que nosotros lo hayamos sacado al azar. Esto es un dato que nosotros hemos analizado en base a información que tenemos de lo que se ha venido comprando a lo largo de estos años, como les voy a mostrar a continuación, y también obteniendo las necesidades de cada región.

Siguiente.

Entonces, ya vimos el literal a) y b), que tiene que ver con recursos humanos. El literal c), que tiene que ver con equipos. El literal d), que tiene que ver con el fortalecimiento ya propio de acciones de prevención y control del cáncer. Y aquí hemos considerado, por ejemplo, el mantenimiento de equipamiento, ¿no? Incluido, por ejemplo, el tema del mantenimiento de radioterapia en el Iren Centro, que sabemos que en este momento está en estado crítico, funciona un equipo de radioterapia y el otro, lamentablemente, no se le ha brindado un mantenimiento adecuado y no está funcionando. Así que nos hemos reunido con estos funcionarios también y estamos solicitando para poder dar soporte a ello.

Y también estamos en este literal d) fortaleciendo el tema de la telemedicina. En este momento estamos haciendo la implementación de la telemamografía y pretendemos que esta telemamografía vaya hacia todas las regiones. Hemos comenzado en este momento ya con un piloto desde abril, tenemos seis establecimientos y esperamos que para el próximo año los pueda tener en el resto de regiones. También se está fortaleciendo la telemedicina en cáncer infantil para un diagnóstico temprano.

Y el otro literal, que es el literal e), es el referido básicamente a la compra de insumos médicos y medicamentos. En este caso, hemos observado a lo largo de este último año que se han incrementado las aprobaciones. Tenemos alrededor de 43 condiciones de uso aprobadas y tenemos también el incremento de insumos para el tema del tamizaje, como viene a ser el tema del virus del papiloma humano. Entonces, básicamente, esos serían los cinco literales que estamos proponiendo.

Siguiente, por favor.

Aquí lo vamos a ver de una manera un poco más, digamos, resumida. El monto total por el cual estamos solicitando el presupuesto para la demanda 2026 es de un monto de seiscientos treinta y dos millones trescientos veintitrés mil ochocientos treinta y uno. Y tenemos cinco literales, Como ustedes pueden observar, en el

## DOCUMENTO DE TRABAJO

literal a), tenemos lo referido básicamente a la continuidad de las 750 PEAS CAS, ¿no?

Luego, en el literal b), tenemos los locadores de servicio, que serían mil doscientos cuatro PEAS, por un monto de noventa seis millones.

En el literal c), tenemos el tema del fortalecimiento del equipamiento, estamos proponiendo 575 equipos por un monto de más de ciento cuarenta y siete millones.

En el literal d), estamos realizando el fortalecimiento de las brigadas móviles para monitoreo, seguimiento y supervisión de las actividades de prevención de cáncer, y esto por un monto de dos millones seiscientos mil soles.

Y luego, financiamiento del mantenimiento de equipos, lo que les comentaba, de radioterapia en Iren Centro por un monto de catorce millones y el tema de la telemedicina por un monto de tres millones. Eso es en el literal d).

Y en el literal e), para el tema de medicamentos e insumos, hemos considerado el monto de trescientos dos millones evaluando, como les repito, el tema de las últimas aprobaciones de RENETSA. El incremento de las condiciones de uso, las 43 que les comento. Además, de los insumos y el incremento también necesario del tamizaje en cáncer de cuello uterino, por ejemplo, para la eliminación.

Siguiente, por favor.

Aquí les quiero mostrar así de manera objetiva cuáles son los avances que hemos tenido en el tema del fortalecimiento de los tamizajes prevalentes a nivel nacional. Si bien sabemos que existe un subregistro, pero puedo mostrar y demostrar aquí que sí existe un incremento de los tamizajes de manera sostenida. Por ejemplo, VPH, podemos observar que hacia el año 2022 teníamos alrededor de cincuenta siete mil; 2023, casi se duplica; y hay un incremento sostenido el 2024 de ciento sesenta y tres mil. Y lo que se espera, que el IVAA, por ejemplo, decaiga o se reduzca y eso es lo que estamos observando, producto justamente de que estamos incrementando la detección molecular de VPH, y eso es algo esperable.

Así el año pasado, por ejemplo, en tamizajes de cáncer de cuello uterino a nivel general, tanto en inspección visual, en VPH y en PAP, o sea, papanicolaou, que es la citología, la prueba molecular, hemos alcanzado más del 80% de cobertura y esto ha sido algo histórico.

Igualmente, por segundo año consecutivo hemos alcanzado el 100% de cobertura de la vacunación y estamos en el 84% de cobertura de la vacunación de VPH en chicas hacia los 15 años. Esperamos que sea más del 90% este año.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Con respecto a la mamografía, sí es un desafío importante. Si bien podemos observar que los exámenes clínicos de mamografía, a nivel anual, llegan a más de cuatrocientos mil, vemos que las pruebas de mamografía se han casi duplicado hacia el año pasado. Pero todavía están en niveles subóptimos, como podemos observar, alrededor de veinticuatro mil por año y eso sí es algo que estamos trabajando y fortaleciendo tanto con telemamografía. Pero además de eso, les quiero decir que este año, en el Consejo Intergubernamental de Salud, es decir, en la CIGS, hemos introducido indicadores de cáncer, como, por ejemplo, la detección molecular, las mamografías y la ejecución presupuestal.

Además de eso, hemos tenido conversaciones con los comités distritales para fortalecer acciones de prevención de cáncer. Y bueno, estamos tratando de trabajar, como les digo, también no solo desde el Ministerio de Salud, sino también intergubernamental.

Creo que introducir estos indicadores en la SIGS, además de que están en los Convenios de Gestión Indicadores de Desempeño el tema de los tamizajes. Así que ese bono que se les ofrece a los trabajadores formales anuales, también nos va a hacer mejorar, sin duda, ese tema de los tamizajes.

Siguiente por favor.

Podemos observar también las atenciones, el avance en el fortalecimiento de las atenciones oncológicas van en incremento sostenido y este año proyectamos más de un millón cien mil.

Siguiente, por favor.

Y en cuidados paliativos, el tema de las brigadas, sí, yo creo que ha sido evidentemente beneficioso y se observa en este cuadro cómo los atendidos en cuidados domiciliarios, gracias al tema de las brigadas, se ha quintuplicado prácticamente y esto ha mejorado la calidad de vida de miles de peruanos y peruanas.

Siguiente.

Nosotros estamos trabajando de manera objetiva con indicadores y quiero resaltar que dentro de estos indicadores nosotros pretendemos coberturas de tamizaje de cáncer de las [...] prevalentes en más del 80%. Ese es mi objetivo, que la proporción de casos de cáncer en estadios iniciales, uno y dos, sean mayores al 40% y que los estadios avanzados se reduzcan menos del 65%.

También lograr que se brinde una atención integral de cáncer oportuna y de calidad en el 100% de las IPRESS. Y en este momento hemos elaborado una ficha con una revisión sistemática y estamos comenzando IPRESS por IPRESS a visitar, a fin de mejorar estos aspectos de calidad.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Hemos realizado capacitación a las gestoras de cáncer, a las coordinadoras de cáncer a nivel nacional. Ya vamos realizando dos capacitaciones para mejorar temas de gestión.

También queremos cerrar la brecha de acceso a nuevas tecnologías para el tratamiento de cáncer, reducir el abandono de tratamiento en niños y adolescentes menos del 5% y también mejorar la disponibilidad de los suministros oncológicos.

En este momento, tenemos pocos casos, muy pocos, muy puntuales de disminución de la disponibilidad de suministros oncológicos y esperamos fortalecer con ello y mejorar, que contemos con disponibilidad de suministros mayor al 90%. Y, bueno, fortalecer nuestros servicios oncológicos desconcentrados y descentralizados mayor, obviamente, al 80%.

Siguiente.

Esto es con respecto al tema de la demanda adicional, presidente. Y también había preparado algo con respecto a equipos, pero no sé si sea pertinente presentarlo ahora, o usted me dirá si continúo, o...

**El señor PRESIDENTE.**— Agradecemos a la doctora Maradiegue su presentación. Como siempre, tan precisa.

Damos la bienvenida al doctor José Luis Rojas Vilca, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Continuando con la sesión, vamos a darle el uso de la palabra al doctor Víctor Palacios, asesor de esta comisión.

**El ASESOR.**— Buenos días con todos.

Señor presidente, por su intermedio, voy a hacer una breve presentación de lo que hemos recogido desde la Comisión Especial Multipartidaria de seguimiento, coordinación, monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la prevención y control del cáncer, desde que usted hace uso de la presidencia y hablemos de actividades que se han realizado entre noviembre del 2025 a junio del 2026.

Exacto, de esta nueva gestión, en la cual se han realizado seis sesiones, un foro internacional, once visitas a hospitales y ocho consultas y reuniones de trabajo, de las cuales se ha podido recoger que hay retos muy importantes vinculados a recursos humanos. Creo que no podemos hablar de una atención oncológica si no tenemos especialistas y subespecialistas. Tenemos una brecha evidente en las visitas que hemos hecho a los institutos de cáncer, donde hay una brecha que supera el 40% de lo que demanda en su estructura cada año. Es decir, acá hay una corresponsabilidad entre el Ministerio de Salud y también los gobiernos regionales para asignar los recursos correspondientes.

En términos de plaza de residentado médico, se hizo mención que somos uno de los países que tienen menor formación de

## DOCUMENTO DE TRABAJO

especialistas, y es verdad. **(4)** Estamos viendo que nos faltan oncólogos pediatras, hematólogos pediatras, radioterapeutas, cirujanos oncólogos de cabeza y cuello, médicos nucleares, especialistas en radioterapia, entre otros. Y esto es muy importante, porque la Dirección General de Personal de la Salud, del Ministerio de Salud, es la que coordina con la CONAREME y con todos los gobiernos regionales la formación de los especialistas.

No se puede seguir esperando que parta por un deseo de las universidades o de los hospitales de crear nuevos centros docentes, se requiere una formulación clara, y si bien es cierto, no va a estar en el articulado de la Ley de Presupuestos Públicos en el Cáncer, se debe vigilar que en la Ley de Presupuesto Público el cáncer, se debe vigilar que en la Ley de Presupuesto Público se asignen los recursos para poder tener plazas de residentado médico de especialistas y subespecialistas.

A lo que hizo mención la Dra. Essy, con respecto a la contratación de recursos humanos para el primer nivel de atención, tanto en la contratación CAS como terceros, es muy importante, doctora Maradiegue, que en su función establezca productividad, porque no se puede transferir recursos, para que se contrate recursos humanos si es que no cumple con criterios mínimos de productividad.

Hemos visto que en el proceso de implementación de la detección molecular por VPH, en su primera fase, menos del 5% de las mujeres que tenían VPH positivo tenían seguimiento. Se tuvo que contratar ginecólogos para que ese porcentaje aumente hasta un 15 a 20%. Entonces es importante, ¿por qué? Porque las estadísticas que nos mostró, si mal no recuerdo, en el foro, esa estadística de seguimiento era menor al 40%.

Entonces, si vamos a invertir en recurso humano para que haga seguimiento a las mujeres con VPH positivo o con sospecha de cáncer, que se oriente a hacer buen uso de los recursos.

Siguiente.

Con respecto a la eliminación del cáncer de cuello uterino en el Perú como problema de salud pública, nosotros hemos iniciado con un proceso de vacunación muy importante como país, pasando de la vacuna tetravalente inicialmente para mujeres, para niñas y adolescentes y, posteriormente, con el reglamento de la Ley Nacional de Cáncer se logra vacunar a niños. Sin embargo, en términos de eficacia sabemos que esta vacuna tetravalente tiene una eficacia de un 80% para disminuir la prevalencia de neoplasias vinculadas al VPH.

Si nosotros como país pasáramos de la vacuna tetravalente a nonavalente, la eficacia sería mayor al 90%. Ya está en el Fondo Rotatorio de OPS y está a un precio que podemos comprarlo. Existen doscientas mil vacunas contra el VPH tetravalente en

## DOCUMENTO DE TRABAJO

escenarios en este momento y se han transferido para la compra de quinientas mil vacunas.

Podemos tomar decisión este año, cambiar esas quinientas mil, esa compra de quinientas mil vacunas para una vacuna nonavalente. Yo creo que esa es una decisión que es una decisión importante y trascendental porque tenemos una incidencia muy alta de cáncer de cabeza y cuello vinculado a VPH en el Perú.

Siguiente.

Con respecto al proceso de implementación agresiva de lo que es la detección molecular contra el VPH, ha sido un programa exitoso el que está llevando a cabo Perú, sin embargo, no solamente puede estar limitada a las mujeres del MINSA, afiliadas al SIS, sino que debe ser gratuito para las mujeres también de EsSalud, Fuerzas Armadas y la Policía Nacional de Perú. No debe haber distinción por tipo de afiliación. Y una de las cosas, quizás, más importantes es ya programar una compra multianual con una ficha homologada.

Doctora Essy, ese es un trabajo pendiente. Nos demoramos 9 a 12 meses en un proceso de adquisición a través de CENARES para tener pruebas moleculares de VPH, donde un documento se queda ahí por ese tiempo, mientras que a alguien se le ocurre acordarse de ese proceso de compra.

Yo creo que ya podemos comprar por tres años y con una ficha homologada, para que no se piense que hay un direccionamiento de la compra de la prueba molecular, sino que exista pluralidad de postores. Ya se está haciendo el avance con el tema de radioterapia y, en ese sentido, la población objetivo va a tamizar, hablamos solamente para la población SIS, de tres punto cinco millones de mujeres. Estamos todavía lejos de lograr la cobertura de la población objetivo.

Si hablamos de la población total, sin distinción de filiación de mujeres peruanas de 30 a 49 años, hablamos de más de cinco millones de mujeres. Eso nos insta ya a hacer una compra multianual porque tenemos los recursos antes que eso se revierta y eso se podría iniciar este año ese proceso de mejora, el funcionamiento, para que esté listo para el próximo año.

Un tema importante es el primer nivel de atención, y si bien es cierto, el primer nivel de atención tiene muchas falencias, yo creo que para un programa de tamizaje de cáncer de cuello uterino, que está siendo tan agresivo en el Perú, las compras, a través del OPS, de los equipos para manejo de lesión premaligna de cuello uterino es una gran oportunidad.

Hemos visto que en el año 2022 los equipos nos vendían a 400%, 500% más el valor y eso era inconcebible. Yo creo que es un gran ahorro y podríamos equipar todos los establecimientos de salud

## DOCUMENTO DE TRABAJO

I-4 y sería un impacto sobre manera para la población de las mujeres.

Otro punto importante, ha hablado del teleapoyo al diagnóstico en telemamografía, importante es incluir el tema de telecolposcopia, que inicialmente lo ideamos a través de la \*Distel y que, posteriormente, CENATE lo desarrolló. Yo creo que ese es un tema pendiente también para poder acercar a las mujeres a un especialista mediante el apoyo diagnóstico.

Siguiente.

Iniciativa mundial contra el cáncer de mama. ¿Qué resultados nos dio el Plan Esperanza hasta el año 2016 según el reporte de OPS? Que no se hacían más de tres mil mamografías al año. Ahora ver las estadísticas, en el cual supera largamente las veinte mil, treinta mil mamografías, nos indica algo, que es importante tener mamógrafos, que la compra de mamógrafos era vital. Y ella hizo mención a algo importante, la red de telemamografía, porque no tenemos la cantidad de especialistas en radiología para que lean estas mamografías.

Esperemos que esa red de telemamografía, que inicialmente está con seis mamógrafos, ¿sí?

**La señora** .- Sí.

**El ASESOR.**— Pueda escalar a los 30 que ha planificado. Pero que llegue a los más de 70 mamógrafos operativos que tenemos en el país.

La red de patología digital también es un tema muy importante. No es posible que nuestros pacientes de Tacna, Puno, Madre de Dios vengán con sus \*tacos y láminas, porque se les pide que vuelvan a hacerle una biopsia en Lima. Bueno, se le pide o se le hace nuevamente una biopsia en Lima. Entonces creo que tranquilamente podríamos tener, mediante uso de un escáner digital, podríamos acercar el especialista del INEN, de los Iren Norte, Centro y Sur, al especialista que está en las regiones, que está en Tacna, que está en Puno, que está en Madre de Dios, y esto va a cortar el intervalo de tiempo diagnóstico, el intervalo de tiempo diagnóstico que es muy importante.

Si nosotros tenemos una mujer con sospecha, con una mamografía sospechosa de cáncer y nos demoramos más de 60 días, más de 90 días, 100 días para hacerle la biopsia, lamentablemente estamos viendo cómo progresa la enfermedad en nuestra cara. Y un tema muy importante es vinculado a que no abandone el tratamiento. Y uno dirá: "¿pero por qué las mujeres con cáncer abandonan el tratamiento?" Ya no es por la falta de quimioterapia, sino es porque tiene que pagar a veces la radioterapia y tiene que movilizarse. ¿Cuánto cuesta un tratamiento de radioterapia? 14 mil, 15 mil soles y las mujeres no tienen para poder costear eso, ninguna persona puede costear gastos tan altos. Por eso que

## DOCUMENTO DE TRABAJO

es tan importante, como hizo mención usted y como lo dijo el presidente, enfocarnos en descentralizar la radioterapia y la medicina nuclear, como una emergencia.

Iniciativa mundial contra el cáncer infantil, y esto es muy importante que se tome en consideración. En junio del año 2019, Perú fue premiado y al mismo tiempo, diría, seleccionado porque tenía el país en la región de las Américas con mayores retos en la lucha contra el cáncer infantil. Y ahí estaba usted, en la reunión que tuvimos con el St. Jude y con la OPS. Ese mismo mes, señor presidente, se le pidió al Ministerio de Economía y Finanzas más de veinte millones de soles para implementar unidades de oncología pediátrica. ¿Qué nos dijo el MEF? No.

Quisiera, doctora Maradiegue, dado que usted es oncóloga pediatra, poder también implementar esta cartera de proyectos de inversión para cáncer infantil, para equipar la unidad de oncología pediátrica de Lambayeque; fortalecer la del hospital Belén de Trujillo; la del Iren Norte; la del hospital regional de Cusco, porque Antonio Lorena de Cusco está en construcción; Callao, que es un tema pendiente. Y tenemos la de Loreto, que siempre fue nuestro objetivo para que estos niños no viajen hasta la capital.

Y no solamente hablamos de las unidades de oncología pediátrica, sino que el manejo de leucemias agudas y trasplante de médula ósea se concentra en Lima Metropolitana y muy pocos pacientes llegan a estos.

Siguiente.

Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del cáncer. Siguiente. Desde el año 2023, se viene pidiendo presupuesto para fortalecer los registros hospitalarios de cáncer. Sin embargo, también es un tema postergado. Sin información no se puede tomar decisiones y es muy importante que en este año fiscal también se considere el presupuesto.

Y es muy importante también que se haga la modificación en la estructura funcional programática, el 024, para que aparezca el producto Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. Ya se le ha comunicado al Ministerio de Economía y Finanzas también esa necesidad y ya lo hemos visto previamente también con su persona.

En términos de CENARES..

Siguiente, por favor.

CENARES es un problema muy delicado. Tenemos los recursos desde el año 2018, presupuesto para comprar medicamentos oncológicos y no tiene justificación porque el paciente con cáncer tendría que gastar de su bolsillo medicamentos oncológicos. Sin embargo, CENARES demuestra ineficiencia y esa ineficiencia ¿en qué se traduce? En falta de disponibilidad de los medicamentos oncológicos. ¿En qué se traduce eso? En postergación de

## DOCUMENTO DE TRABAJO

tratamientos y conlleva a un incremento de riesgos de mortalidad por cáncer. ¿Qué se necesita? Un software de gestión integral para fortalecer los procesos logísticos, dado que la compra y la programación de los medicamentos en escenarios en este momento se hace con sistemas de información muy básicos, que no permite hacer una programación adecuada.

Entonces, si tenemos un mal sistema de programación y de planificación de compras, ¿cómo puedo esperar mejorar la disponibilidad de los recursos? En la primera visita que hemos hecho a CENARES, cuando se inició la actividad, eso fue la solicitud que nos hizo el director general de CENARES para poder mejorar. Ellos estiman que podrían ahorrar más de 100 millones de soles cada año mejorando el sistema de información que tienen en la actualidad. Por consiguiente, también quisiéramos que lo tomen en consideración.

Otro punto importante es descentralizar la radioterapia y medicina nuclear. Y acá algo muy interesante. Siguiendo. Esta estadística nos la compartió el doctor Sarria, que es asesor también de la Comisión de Cáncer, y aquí vemos que Perú, según lo que dice esta imagen, tiene equipos de radioterapia.

Pero, la verdad es la siguiente, doctor, presidente de la comisión, por cada equipo de radioterapia público existen cuatro privados. Es decir, el sector público no está creciendo al ritmo de la demanda de la población y, obviamente, que invertir en radioterapia es costoso. Sin embargo, tenemos una oportunidad de poder cambiar la historia este año y eso es implementando el programa Rayos de Esperanza en el Perú a partir de este año.

Y miren cómo es que estos equipos entran en obsolescencia y quizás la cantidad de equipos que se requieran, como se dice, al 2025 es de 53, sea una cifra subestimada.

¿Dígame?

**El señor PRESIDENTE.**— Una breve interrupción, doctor Palacios, por favor.

En cuanto a los equipos de radioterapia, usted señala que por cada equipo público hay cuatro privados y esos privados de la cobertura que dan, ¿cuánto viene del sector público por convenios o por cualquier otra manera?

**El ASESOR.**— Más del 50%. Y cuando sacamos cuentas, ¿cuánto paga el sector público al privado?, sacamos cuenta que en dos años prácticamente está cubriendo el costo de un equipo. **(5)** Eso yo creo que al fin y al cabo es bueno que crezca el sector privado, sin embargo, creo que como país podemos invertir en el sector público y aperturar la prestación para que mejore el acceso del tratamiento oncológico.

Y esto es muy interesante doctor, haciendo mención estaba haciendo cálculos, y si hablamos de cobertura de acceso como

## DOCUMENTO DE TRABAJO

país en las regiones, teniendo en cuenta cuántas regiones tienen radioterapia en el sector público o privado, no supera el 30%. Aproximadamente tenemos el 30% de cobertura de acceso geográfico a un servicio de radioterapia. Entonces y creo que ese es un punto muy importante porque si implementamos el Programa Rayos de Esperanza en una fase inicial entre este año y el próximo año podríamos llegar hasta un 60% descentralizando el acceso a la radioterapia a nivel nacional.

Siguiente.

¿Y dónde se concentra la atención? En la Costa del Perú y miren dónde está la deficiencia más grande de acceso a radioterapia, en toda la Amazonía, donde existe la mayor cantidad de casos de cáncer de cuello uterino en el Perú. Entonces esto evidencia la inequidad de acceso a radioterapia que tenemos que abordar. Y claro, es verdad, muchos pueden decir, pero no hay energía eléctrica. Bueno, tendremos que buscar una alternativa diferente que va a ser usar radioterapia con fuentes de cobalto, pero a esperar que se mueran nuestras pacientes con cáncer podríamos trabajar para el acelerador lineal.

Siguiente, por favor.

Y miren lo mismo pasa para términos de braquiterapia. Prácticamente la incidencia de cáncer de cuello uterino se va a mantener en la selva, en toda la Amazonía peruana, y no tenemos servicios de radioterapia ni braquiterapia en la Selva del Perú.

Siguiente, por favor.

Y lo mismo está pasando con medicina nuclear. Tanto en el Ministerio de Salud como EsSalud, miren dónde se concentra el acceso a radioterapia. Se concentra en La Libertad, en Junín, en Lima Metropolitana y en Arequipa. Sabiendo nosotros, doctor, mediante su intermedio hemos visitado en reiteradas oportunidades a EsSalud para viabilizar el funcionamiento del ciclotrón. Y estamos todavía en espera de que esto esté operativo para que pueda ayudar.

Y lamentablemente hablamos de un equipo que en su máxima capacidad solamente ha producido tres o cuatro radiofármacos, cuando puede producir más de 50 radiofármacos. Entonces, si queremos descentralizar la medicina nuclear con PET-Scan, requerimos un ciclotrón operativo. Si no, no tiene sentido invertir tanto dinero si no logramos que la población llegue a acceder a este radiofármaco.

Siguiente, por favor.

Conclusiones.

Se requiere elaborar un plan de cierre de brechas de recursos humanos en salud necesarios para la atención oncológica en el sector público.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Se requiere implementar el número de plazas de residentado médico de especialistas y subespecialistas. Y aquí los servicios oncológicos son los centros de formación INEN, Iren Norte y Iren Sur tienen que ellos ser evaluados para que sean centros de formación de nuevos especialistas.

Promover el cambio de vacunación de la tetravalente a la nonavalente, yo creo que es una decisión de salud pública que la tiene que evaluar el Ministerio de Salud, pero que sí es factible hacerla desde la compra de este año.

Cuarto punto.

Implementar la detección molecular VPH a las mujeres de 30 a 49 años, sin distinción de tipo de seguros, ya sea de Minsa o EsSalud, Fuerzas Armadas o PNP.

Compra internacional de equipos para manejo de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino y mamógrafos digitales.

Implementación de la red de telemamografía que lo ha hecho y ese es excelente, que lo haga, en verdad, porque se necesita tener los mamógrafos interconectados, pero falta patología digital y cuando CDC muestre el intervalo de tiempo diagnóstico, vamos a entender por qué es tan importante tener la patología digital en el Perú implementada en los próximos años, en el próximo año.

Implementación de unidades de manejo de oncología pediátrica, leucemias y trasplante de medula.

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del cáncer, que incluya el Observatorio Nacional de Cáncer Infantil, que no esté desfasado, que esté actualizado todos los meses. La compra de medicamentos oncológicos esenciales y de alto costo, pero que sea oportuna. No nos podemos demorar nueve meses, cuatro meses, cinco meses y Cenares después de cinco meses nos diga, no te voy a dar el medicamento. Venimos arrastrando años con este problema de escenario y podemos solucionarla con un software que permita planificar mejor la compra de los equipos, de los medicamentos. Y décimo, implementar el apoyo técnico internacional para desconcentrar y descentralizar los servicios de medicina nuclear y radioterapia en el Perú, porque tenemos los recursos y creo que es la oportunidad doctor de poder hacer un impacto.

Esto es fundamental. Entre este año y el próximo año podemos dar un cambio radical en la salud pública vinculado al tema de cáncer, logrando descentralizar la radioterapia y la medicina nuclear. Existe la posibilidad, está todo listo.

Por último, hay cosas pendientes. Hablamos del artículo del presupuesto de cáncer en la Ley del Presupuesto Año Fiscal 2026, pero ¿Dónde está escrito la necesidad de EsSalud? ¿Dónde se visibiliza la necesidad de las Fuerzas Armadas y PNP? Porque son pacientes con cáncer que también requieren ser atendidos y que requiere que se invierta, pero la población no sabe cuándo se

## DOCUMENTO DE TRABAJO

invierte. Hablamos de una Ley Nacional de Cáncer y muchos especialistas de salud, de fuerzas armadas y la Policía Nacional de Perú dicen ¿cuánto invierten en cáncer después de la Ley Nacional de Cáncer? Y tiene que haber una visibilidad.

Es importante que la población sepa, porque hablar de cáncer no solamente es Minsa, es EsSalud, Fuerzas Armadas y PNP.

Se tiene que generar la habilitación legal para compras internacionales. Tenemos que, con los recursos que se puedan quedar este año, doctor, no devolverlos. No podemos darnos el lujo de fallarle a los pacientes con cáncer. Si nosotros devolvemos presupuesto, estamos diciendo que no nos importan y esos recursos podemos permitir mandarlos fuera del país y comprar los equipos a menor precio haciendo economía de escala, como lo hacen en África. Es una posibilidad.

Renexa. Renexa tiene que mejorar en su funcionamiento, en su calidad de evaluación de tecnología sanitaria para que podamos tener acceso a nuevos tratamientos. Ayer en el Grupo de Trabajo de Cáncer de Mama se hizo mención también de la importancia de la evaluación de tecnología sanitaria.

Nosotros de la comisión estuvimos atentos siguiendo el desarrollo del mismo. Guías de práctica clínica que tienen que implementar el INEN con el INS y que incluya también a EsSalud. Recursos financieros para mejorar el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria y de los equipos.

¿De qué nos sirve comprar equipos tan caros si no le hacemos el mantenimiento? Bien lo dijo la doctora Madariegue.

Irene Centro tiene ese equipo, su acelerador lineal, que requiere urgente el mantenimiento porque si no está inoperativo. Y ese equipo es el que le da también el servicio a EsSalud en Junín.

Entonces ese tema que conlleva a que el Gobierno Regional de Junín sea responsable de los recursos que se necesiten financiarlos. Son catorce millones creo. catorce millones es lo que requiere Iren Centro para que esté operativo ese acelerador lineal.

La implementación de Historia Clínica Electrónica y que va a ser materia de la próxima presentación. Si tuviéramos una historia clínica electrónica con variables establecidas, definidas por CDC, podríamos tranquilamente tener un registro hospitalario de cáncer al día. En este momento INEN tiene una historia clínica digital. EsSalud, igual.

Entonces tenemos que emigrar y pasar a una Historia Clínica Electrónica como corresponde para poder tener datos en tiempo real. Y como bien ya se ha revisado en otros espacios, doctor, llevamos esperando años con la implementación de la historia clínica electrónica y no puede ser posible que el Poder Ejecutivo no lo priorice.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Siguen calculando, calculando, calculando el Minsa, pero hasta ahorita no realizan ninguna decisión política de implementarlo.

Siguiente.

Y, esto trae a la población algo que nos une doctora Madariegue, es el subsidio oncológico pediátrico. Algo que está pendiente y que no hemos visto en el articulado de la Ley de Presupuesto. Y que hay que ver cómo vamos a efectivizar, pero que los papás de los niños con cáncer del SIS están pidiendo que digamos cuándo se va a ejecutar.

Y la última es el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para los pacientes con cáncer oncológicos y no oncológicos. Esos son temas pendientes que me gustaría que culminada la rueda de presentaciones se pueda discutir y poder conversar.

Gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, doctor Palacios. Evidentemente que va a ser así, por eso que tenemos distinguidos invitados que van a poder hacernos llegar, no solamente su opinión, sino las observaciones y las propuestas.

Sí partiendo de que, en un país con escasos recursos como nosotros, tenemos pues que racionalizar y priorizar. No todos pueden tener todo, pero si racionalizando de una manera adecuada, si todos pueden acceder a los servicios.

Muy bien, reiteramos el agradecimiento al doctor Palacios, lo mismo que a la Madariegue.

Vamos a conceder el uso de la palabra al doctor Luis Revilla, que expone en nombre del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Minsa. Lo dejamos doctor Revilla en el uso de la palabra.

**EL ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA II, NIVEL 5, DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Luis Vicente Revilla Tafur.**— Gracias, señor presidente, doctor Alejandro Aguinaga y por intermedio suyo a los demás miembros de esta comisión importante.

Me va a tocar a mí hacer una exposición de los principales indicadores del Registro Hospitalario de Cáncer que ha implementado el CDC a nivel nacional y quiero remarcar acá, señor presidente, la importancia de la información para una gestión eficiente de un programa como cáncer. Siempre se tiene que estar mirando los resultados y los resultados hay que verlos de manera independiente y fría y quien más que los que hacemos vigilancia para recoger esa información que va a poder servirnos para ver cómo estamos trabajando y hacia dónde caminamos. Esa es la importancia de los registros hospitalarios de cáncer y tiene una importancia, tiene una diferencia también importante con los

## DOCUMENTO DE TRABAJO

registros de cáncer de base poblacional porque están centrados en hospitales.

Entonces, los registros hospitalarios de cáncer se desarrollan en cumplimiento de dos normas importantes, primero de la Directiva Sanitaria 004 del año 2006 y de la Norma Técnica de salud 199 del año 2023. Estos documentos nos dan la oportunidad para poder implementar estos registros en las diferentes instituciones. Entonces tenemos a este momento cerca de 90 hospitales que tienen registros hospitalarios de cáncer y este proceso se ha ido implementando, ampliando y mejorando.

De estos hospitales, 68 hospitales tienen registros de cáncer en forma continua y que desarrollan sus labores de manera ininterrumpida. Pero en los últimos años se está expandiendo todo el sistema de información hacia el sector privado y dentro de este grupo de hospitales que tienen registros de cáncer, tenemos a cuatro hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, tenemos dos hospitales del Seguro Social y tenemos siete clínicas privadas que están aportando información, pero seguimos trabajando. Esta es la situación, este es el resultado de la recolección de datos a través de este sistema de información desde el año 2020 hasta el año 2025, al 30 de abril de este año. Ese es uno de los atributos de este sistema de información que puede reportarnos información prácticamente.

**El señor PRESIDENTE.**— Le vamos a conceder, por favor, ¿le concede una interrupción, por favor, al doctor Palacios?

**EL ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA II, NIVEL 5, DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Luis Vicente Revilla Tafur.**— Okey.

**El ASESOR.**— Acá dice esta información *no incluye ni Al INEN, ni a EsSalud.*

**EL ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA II, NIVEL 5, DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Luis Vicente Revilla Tafur.**— Sí, es correcto.

**El ASESOR.**— Okey.

**EL ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA II, NIVEL 5, DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Luis Vicente Revilla Tafur.**— Esta información, sí, quisiéramos que represente todo el país por la importancia que tiene, pero hemos tenido procesos de demora en los acuerdos que hacemos con INEN. Hemos venido conversando todo este tiempo, hay algunas dificultades de protección de datos personales, (6) algunas partes técnicas, pero todo el proceso está listo para comenzar a intercambiar información con INEN y debemos comenzar esta

## DOCUMENTO DE TRABAJO

semana. Esta semana debemos comenzar a intercambiar información porque todas las pruebas ya se hicieron.

Con esa luz la parte técnica del CDC está haciendo las coordinaciones con su respectiva contraparte de EsSalud y esperamos que en los próximos meses también podamos tener esta información vía interoperabilidad. Así que en una próxima reunión que tengamos con esta comisión tendremos la oportunidad de presentar información completa al país. Por ahora esta información recoge solo información de Minsa, de los hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional y de las clínicas privadas que está el proceso en implementación.

Entonces, esta gráfica, doctor Aguinaga, muestra los 15 tipos de cáncer más frecuentes producto del Registro Hospitalario de Cáncer. Como vemos este gráfico se diferencia de las estimaciones que hacen los organismos internacionales como IARC para el cáncer en el país, en el cual aparece cáncer de próstata en primer lugar y mama en segundo lugar. Este resultado de los hospitales del país muestra que en primer lugar está cáncer de cuello uterino de manera preocupante y lejos con la posibilidad de mostrar por regiones cuáles son las regiones que tienen al cáncer de cuello uterino como el problema más grande que son regiones de la selva como ya hemos venido escuchando en estas disertaciones previas. Seguido por cáncer de mama, cáncer de estómago que aparece en todas las estadísticas, cáncer de próstata y cáncer de colon que está en incremento.

Aquí está cáncer de colon solo, pero cuando juntamos cáncer de colon con cáncer de recto, esto pasa más arriba, una posición más arriba. Entonces en mujeres pues cáncer de cuello uterino, mama, cáncer de tiroides y ovario son importantes.

Siguiente.

Esta es la población afectada por cáncer y que muestra una diferencia importante, en mujeres el cáncer comienza a afectar a mujeres cada vez más jóvenes a expensas del cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, por eso es que las poblaciones a intervenir comienzan a partir de los 25 años de edad.

En hombres la situación comienza un poco más tardío a expensas del cáncer de próstata y cáncer de estómago. Esta es la importancia de este gráfico. Esta información recoge sólo la información del cáncer en población de 18 años y más.

La información de cáncer en población menor de 18 años se encuentra en el Registro de Cáncer de Niños y Adolescentes que es otra información que no está.

Siguiente.

Entonces, la importancia del registro hospitalario es que a través de esto podemos sacar información como ésta que no está en otra fuente de información, que es el método cómo se llega a

## DOCUMENTO DE TRABAJO

conocer el cáncer, cómo se llega a tomar conocimiento de la existencia del cáncer para dos tipos de cáncer prevalentes de los más importantes, cáncer de mama y cáncer de cuello uterino. Y vemos que métodos de primer diagnóstico para este tipo de cáncer hay dos, tamizaje y presentación por síntomas.

Lamentablemente la presentación por síntomas es el cáncer cuando ya tiene síntomas es un cáncer avanzado y con todas las dificultades que eso significa para el abordaje. Cáncer es detección por tamizaje para cáncer de mama llega al 8%.

Siguiente.

Sin embargo, para cáncer de cuello uterino, creo que esta cifra es muy satisfactoria para nosotros porque hemos visto un crecimiento y esto refleja todo el trabajo que hace todo el equipo de la Dirección de Prevención y Control de Cáncer de Minsa.

Tenemos una cifra de 22% de los casos de cáncer de cuello uterino captados por tamizaje y eso es importante.

Siguiente, por favor.

Y comenzamos a ver los indicadores del registro. Este es el indicador de proporción de casos con resultado de anatomía patológica, un resultado de histología. Con un porcentaje de 80% que se ha mantenido en estos años. Nuestra intención es que este indicador pueda subir un poco más, pero eso implica invertir en todo lo que es el diagnóstico de anatomía patológica y que es bastante complicado.

Siguiente, por favor.

Y esta es la información discriminada por hospitales, no están todos los hospitales acá, están algunos hospitales, pero la información está completa.

Entonces, en el lado de la izquierda tenemos algunos hospitales, los hospitales que muestran falencias en esto, con el indicador más bajo y a la derecha el indicador mejor en los hospitales. ¿Por qué tenemos un resultado de 85%? Porque este indicador sube a expensas de los hospitales grandes, los Iren, los hospitales nacionales y algunos hospitales regionales que tienen porcentajes por encima de 85%. Mientras que hay algunos hospitales con indicadores más bajos y que nos sirve a nosotros también para trabajar con ellos y ver qué estrategias van a tomar para mejorar el indicador porque eso significa consistencia del dato.

Siguiente, por favor.

Otro indicador importante que tienen los registros hospitalarios es el estadio del cáncer al momento del diagnóstico. Este indicador sólo muestra qué porcentaje de registros tienen estadio clínico y estamos alrededor del 50%. En el año 2024

## DOCUMENTO DE TRABAJO

llegamos al 51% y en lo que va del 2025 estamos cerca del 40% de casos con anatomía patológica, con estadio clínico y que es un indicador que es importante, lamentablemente el 60% del cáncer en general y en algunos tipos de cáncer la situación es peor, el 60% se detecta en estadio 3 y en estadio 4 que es cáncer avanzado.

Este indicador puede medir ese tipo de estadio en el que se detecta el cáncer por regiones e inclusive por hospitales.

Siguiente, por favor.

Este es el indicador por establecimientos de salud que muestra también algunos ajustes que hay que hacer, trabajar, esto se va a mejorar mediante el trabajo en equipo con los oncólogos y lamentablemente hay hospitales que no tienen los suficientes recursos para hacer el estadio clínico. El estadio clínico del cáncer lo hacen los oncólogos.

Siguiente.

Este es un indicador también de calidad del registro que son los casos en los cuales no se puede identificar el sitio primario del tumor. Los registros del cáncer, tanto los hospitalarios como los poblacionales diagnostican el caso según el lugar primario de la lesión. Entonces, un indicador es el porcentaje de cáncer con sitio primario desconocido que tiene un código ahí en el registro.

Tenemos estos porcentajes que están por debajo de 2%, no llegamos a 1.5% en forma general y eso significa calidad del registro, o sea que sí es posible definir de qué lugar proceden los diferentes tipos de cáncer.

Siguiente, por favor.

Por establecimientos no hay gran disparidad de los datos, hay algunos establecimientos que tienen menos de 1% pero hay establecimientos que llegan a 2, 2.5% en porcentaje de casos con sitio primario desconocido. Eso significa que se ha hecho un ajuste en la calidad de los datos y depende también de la etapa en que se presentan los pacientes, porque cuando el paciente se presenta con un cáncer diseminado muchas veces no es posible determinar de qué lugar procede el cáncer.

Siguiente.

Y estos son los indicadores de los que mencionaba el doctor Palacios, los tiempos para el diagnóstico del cáncer a partir de la fecha de inicio de síntomas. Entonces en estos 5 años el indicador ha tenido una dinámica interesante, que se ha movido de un indicador, esto lo medimos por mediana porque los promedios no nos van a mostrar la realidad de los datos, los datos son muy dispersos. Lamentablemente una gran cantidad de casos están en los extremos, en el extremo superior, superando 1000, 2000, 3000 días de demora, eso es demora en el diagnóstico. ¿Cuánto nos

## DOCUMENTO DE TRABAJO

demoramos desde el inicio de síntomas? Pero la mediana nos resume el indicador y a esta mediana se ha ido reduciendo.

Al año 2024 teníamos una mediana de 102 días de demora y al año 2025 el indicador todavía no se puede medir porque los datos son muy pequeños, el periodo es muy corto, pero en términos generales el indicador tiempo para el diagnóstico a partir de la fecha de síntomas se está reduciendo. También el indicador...

Siguiente.

...lo podemos ver por IPRESS también, cómo se distribuye el indicador.

Un indicador muy importante es la fecha de inicio de tratamiento, pero este indicador tiene que ver con los casos que reciben tratamiento. Nosotros en el registro tenemos los diferentes tipos de tratamiento a los cuales el paciente de cáncer tiene acceso, sin embargo, como tenemos hospitales desde hospitales provinciales hasta hospitales nacionales, de acuerdo a la capacidad resolutive del hospital, el tratamiento al que puede acceder el paciente básicamente cirugía y en algunos hospitales la quimioterapia. Radioterapia es uno de los tratamientos más escasos y que se refleja en el registro.

Entonces, el tiempo de tratamiento mide el periodo que demora entre el diagnóstico definitivo del cáncer y el inicio de la primera terapia, sea esto una cirugía o una quimioterapia, cuánto demora hasta el inicio de esa quimioterapia y es un indicador del cual podemos sentirnos satisfechos, pero hay que hacer ajustes, hay que revisar la consistencia del indicador todavía, porque si vemos la mediana, la mediana es bastante corta, es por debajo de 30 días, con algunas brechas entre hospitales en los cuales este tiempo es bastante corto, una mediana de 22 días para el inicio de tratamiento es un buen indicador, sin embargo, hay que tener bastante cuidado e ir haciendo los ajustes correspondientes y IPRESS por IPRESS.

Le voy a dejar a la doctora Reyes para que revise las conclusiones de esta información que estamos presentando.

**La DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DEL MINISTERIO DE SALUD, señora Mary Felissa Reyes Vega.**— Gracias, doctor Revilla.

Doctor Aguinaga, muy buenos días, buenos días con todos.

Para cerrar la presentación que corresponde a CDC.

La siguiente, por favor, vamos a presentar las conclusiones.

Como bien se ha mencionado, desde el CDC por mandato de ley tenemos, y bueno también por nuestra propia normativa sectorial que se actualizó el año 2023, hemos venido conduciendo el desarrollo y la implementación de estos registros hospitalarios de cáncer, a pesar de lo que ya se ha mencionado, algunas

## DOCUMENTO DE TRABAJO

limitaciones por supuesto que se vienen presentando en cuanto a recurso humano y a presupuesto e incluso equipamiento disponible en estos hospitales para poder implementar adecuadamente estos registros. Por eso tenemos 90 hospitales ya inscritos dentro del registro, 68 que vienen reportando de manera consistente información y todavía con información pendiente, como se ha mencionado, de incluir de EsSalud y de INEN.

Actualmente...

La siguiente, por favor.

...respecto a los indicadores que nos pidieron reportar en la reunión de hoy respecto al indicador de confirmación histológica, el 85% de los casos registrados presentan este registro de confirmación histológica, pero como han visto la variabilidad a nivel de los hospitales, hay algunas IPRESS que necesitan mejoras, probablemente por falta de recursos humanos, equipamiento como ya se ha mencionado. Respecto al indicador del sitio primario desconocido, esto está en menos del 1.5% en promedio de los hospitales de IPRESS que vienen registrando información, indica una buena calidad en codificación topográfica.

En cuanto al estadio clínico consignado, sólo en 51% de los casos se viene registrando este estadio clínico, lo que evidencia brechas en evaluación inicial. Esto puede ser compartido en parte por problemas a nivel de recursos humanos en cuanto a la atención de los pacientes, puede ser un tema de déficit, como también quizá problemas a nivel del registro mismo, que es lo que estábamos comentando al inicio en cuanto a la necesidad de un recurso humano específico para la implementación de estos registros.

La siguiente, por favor.

En cuanto a indicadores operativos, la demora en diagnóstico, la mediana está en 102 días, con tendencia a la reducción según los casos que hemos venido registrando. Esto es importante mencionar que este dato puede variar una vez que se incluyan (7) los datos que faltan. Sabemos que el INEN es un establecimiento de referencia importante para todo el país, tanto en el indicador de demora en diagnóstico como en tratamiento, podría haber cambios importantes en este indicador, por eso lo mencionamos. Sin embargo, hasta el momento de lo que tenemos, ambos indicadores están dentro de rangos aceptables. En cuanto a casos con tratamiento registrado, estos se tienen en un 51%, se requiere fortalecer también este registro clínico terapéutico.

La siguiente, por favor.

En cuanto a la sostenibilidad, implementación, expansión del sistema, hasta el momento lo que son hospitales de Fuerzas Armadas y la Policía han mantenido sus registros activos. Bueno,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

no se está iniciando, ya se inició la implementación a nivel del sector privado con algunas clínicas, pero obviamente hay un grupo de clínicas que todavía están pendientes de iniciar el registro, esto está en proceso, y se están desarrollando procesos de interoperabilidad para integrar y validar datos automáticamente.

Esto es bien importante de acuerdo a lo que mencionó el doctor Palacios, nosotros también estamos de acuerdo en que la disponibilidad de una historia clínica electrónica facilitaría mucho el poder desarrollar tramas y poder hacer que esta data de las IPRESS de los hospitales pase de manera más rápida al registro hospitalario y acortar nuestros procesos.

El problema que vemos, por ejemplo, con diabetes, por decir, un daño que vigilamos y que tiene estos temas de interoperabilidad, es que también esta historia clínica electrónica se implementa con diferentes softwares a nivel de algunos hospitales, entonces esto puede generar algunos procesos de demora posteriores. Necesitamos fortalecer recurso humano, asignar personal capacitado y exclusivo para estos registros, para asegurar la calidad del dato. Asimismo, se tiene pensado implementar un programa certificado de capacitación continua para este personal que trabaja en estos registros.

Se hace necesario mejorar la infraestructura tecnológica e integrar la información, como ya se mencionó, de INEN y EsSalud. Son pasos importantes.

La siguiente, por favor.

En cuanto a necesidades que tenemos para este registro, como ya se mencionó, nosotros hemos presentado el 2023 y 2024 un plan de fortalecimiento. Ni bien salió nuestra norma, hemos estado viendo y gestionando los recursos que necesitamos para la contratación del personal, aproximadamente 50 personas, además de compra de equipos de cómputo y asistencia técnica en hospitales priorizados. Esto asciende aproximadamente a siete millones de soles a la fecha, según se conversó y se remitió a Dpcan la solicitud. Asimismo, se ha trabajado este año en una propuesta de anteproyecto de plan multisectorial, que también se ha mencionado en la presentación previa de Dpcan. Estamos a la espera de que esto esté aprobado, porque ahí hemos considerado también contratación de personal y asistencia técnica.

La siguiente, por favor.

Y solo en la última lámina es para mencionarles que, a pesar de las limitaciones, con todo el esfuerzo que se viene haciendo con los recursos propios que tiene el CDC para poder implementar este registro, con la información que se tiene, ya se ha elaborado un tablero de situación de cáncer en el Perú, con la data que tenemos disponible, algunos indicadores básicos, data descriptiva, nivel de regiones, características de las personas afectadas, que ustedes pueden, ya tienen ahí el link, pueden

## DOCUMENTO DE TRABAJO

también verlo luego con mayor detalle. Y esto se va a ir actualizando y mejorando a medida que la información también vaya mejorando y tengamos posibilidad de ir incluyendo otros indicadores.

Muchas gracias.

**El señor PRESIDENTE.**— Le agradecemos a la doctora Reyes, al doctor Revilla, la presentación. Felicitamos el esfuerzo que se hace, pero es evidente que al no tener EsSalud, EsSalud representa aproximadamente entre el 35 y el 37% de la población, la cobertura, ¿no es cierto?, de salud. Entonces, estamos en un estado de subregistro que tenemos que corregir ya, no sé, y llevar adelante todos los métodos para que estos estados de subregistro puedan corregirse, si no van a ser engañosos. Lo mismo con el sector privado. No sé cuántas camas en estos momentos tenemos en el sector privado a nivel nacional, pero está creciendo.

Si ustedes ven, a raíz de la propuesta, que la primera reforma que hicimos con relación a las EPS, el sector crece, crece la inversión y eso es bueno, pero vemos también que EsSalud crece, pero crece en personal. Yo el otro día le preguntaba, y aquí está la doctora Blas, que me quisiera que escuche un poquito, antes de tocar el tema del cáncer ¿Cómo van a hacer, como avizora, porque los seguros son financiadores, como avizora, siendo usted subgerente de prestaciones, para separar la prestación del financiamiento? ¿Cuándo vamos a llegar a que sea realmente un ente financiador? Vemos en este momento, de los dieciséis mil millones proyectados entre 15 y 16 de la contribución del régimen contributivo, los que estamos en planilla, va a ingresar a EsSalud, pero tiene siete mil trescientos millones en planilla. Eso no lo aguanta ninguna empresa del mundo.

Tiene 63 000 trabajadores. O sea, una primera reforma donde se logró disminuir a 15 000, ahora vemos que está, no hay dónde poner trabajadores. Cuando toda esa inversión tiene que ser para la atención de salud, de los que contribuyen.

Yo particularmente, 40 años nunca he usado E-Salud, pero hemos seguido contribuyendo, contribuyendo, contribuyendo, y muchos estoy seguro que no lo han utilizado, los que están acá. Entonces, ¿cómo tenemos que llegar a un sistema que con el financiamiento, en el aseguramiento, se puede atender en cualquier lado? Vemos cuando había oposición a las EPS, pero yo veo que están creciendo. Por ejemplo, Rímac que está haciendo una clínica de 300 camas. O sea, funciona con el 25% de la contribución. Y debería funcionar con el 100% en cualquier lado.

Entonces, es importante avizorar esos cambios y cuando hablamos de la tecnología, de la historia clínica electrónica, de la tecnología administrativa, es para hacernos más eficientes.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Cuando la implementación de tecnología nos hace, en lugar de poner 20 personas, vas a tener una. Y vas a tener la información al minuto. Yo veo, por ejemplo, estamos evidentemente en un estado de subregistro, cuando veo hospitales, por ejemplo, como el Manuel Núñez Butrón de Puno, el Víctor Ramos Guardia de Huaraz, el Hospital Regional de Andahuaylas, que presentan 125 casos. Eso se desdice de la realidad, ¿no es cierto? Nosotros necesitamos, doctor Revilla, impulsar y como ente rector, tiene que exigir que la información está ahí, porque nadie, o sea, las instituciones pertenecen al país y tenemos que tener justamente un registro adecuado para poder dar las soluciones adecuadas en un país donde no todos pueden tener todo, pero sí podemos racionalizar y podemos priorizar, como estamos haciendo en estos momentos y que esperemos lograrlo, porque esta comisión está para hacer cosas, no está para hacer una más.

Queremos realmente que se estructuren cambios positivos para el país y que las inversiones, lo veía en el tema de la doctora Maradiegue, cuando, por ejemplo, en adquisición de activos financieros, solamente han invertido 3.8%.

Estamos en medio año, entonces ahí quizás habría que reformular y tendríamos que conversar con el MEF para poder tener equipos justamente de radioterapia, de lo que se requiera.

Muy bien, vamos a entrar en una etapa de preguntas, si alguno de los presentes, a los cuales agradecemos su presencia nuevamente, quiere formular alguna pregunta, la puede realizar en este momento.

Doctor Palacios.

**El ASESOR.**— Sí, doctor.

Bueno, agradecemos a todos los participantes de esta discusión y una cosa que es muy importante, doctor, para nosotros es que se llegue a un consenso. No podemos tener data real como país en la lucha contra el cáncer si el INEN, que maneja el 60% de los pacientes con cáncer de los hospitales del SIS, no reporta su información. Y esto, doctor, viene desde el año 2017, esta dificultad. Reuniones, actas, compromisos, cambios de directores, ¿cómo tomó decisiones ante esto? Y aquí estamos también con presencia del equipo técnico que ha trabajado para la formulación del Reglamento de la Ley Nacional del Cáncer y el Presupuesto, y el compromiso que dio el Ministerio de Salud ante el Ministerio de Economía y Finanzas, es que si nos da el presupuesto llegáramos a un estadio clínico de un 60%, Estadio Clínico I y II, pero sin data no se puede tener, y lo mismo para el caso de EsSalud, que tiene tantos pacientes con cáncer que no podemos ver su realidad.

Hay un 20% de pacientes con cáncer que se atienden en actualidad en el Ministerio de Salud y son de EsSalud. De cada 10 pacientes,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

doctor, dos son de EsSalud, los que van a los servicios oncológicos del Minsa para ser atendidos.

Sabemos que hay dificultades dentro de EsSalud, pero también tiene que haber mejora en la calidad de registro. Para visibilizar los problemas, hay que ser, mientras que nos enfrentemos a una realidad, yo creo que podemos buscar cómo buscar soluciones, pero si seguimos teniendo estas dificultades para combatir la trama de datos, no vamos a tener una visión real del país.

**El señor PRESIDENTE.**— Así es, yo creo que, por ejemplo, quería saber el número de camas privadas que existen en el país. ¿Sabe de cuándo es la estadística? El último registro del 2009. Fíjese, 16 años de atraso. Entonces, no podemos lógicamente poder generar alguna política que se cumpla cuando no tenemos un registro adecuado.

¿Alguien desea formular una pregunta?

Doctora Reyes.

**La DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DEL MINISTERIO DE SALUD, señora Mary Felissa Reyes Vega.**— Sí, quería hacer un comentario a lo manifestado por el doctor Palacios.

Efectivamente, nosotros hemos tenido, se ha hecho todo el esfuerzo desde CDC de poder convocar a todos los actores en determinados momentos. Ha habido un trabajo coordinado, pero ya ahorita de nuestro lado, se han hecho todas las consultas legales que nos solicitaron, se han elaborado todas las tramas, el equipo de ingenieros informáticos del lado de CDC ya han trabajado todo lo que sería necesario para recepcionar la data de las instituciones, llámese INEN, EsSalud, privados, o sea, las tramas están trabajadas. Estaríamos, básicamente, a la espera de la decisión, dependiendo de los procesos en los que estén, que podrían informar, para ya recibirla. Es un tema de decisión, creo yo, si es que no hay otro impedimento, porque todo lo que correspondía a Minsa se ha atendido y se ha coordinado.

Entonces, coincido, o sea, no se pueden tomar decisiones adecuadas si la información está incompleta. Entonces, para nosotros es urgente poder completar esta información y mejorar este registro para brindar mejor información a los decisores.

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

Yo ahí voy a discrepar, porque cuando usted señala, sin el ánimo de ser probablemente ofensivo, no es así. Lo que señala es puro burocratismo, y el país no quiere burocratismo. Si el ente rector y esa institución está dentro del ente rector, el ministro le diría, oiga, quieren en 48 horas esta información. O sea, emite la orden, no tiene que darle tanto justificativo, que por aquí, que por allá, que mi papá me dijo, no es así. Para eso no conduce

## DOCUMENTO DE TRABAJO

un sector. Y muchas veces por conducir sectores o por buscar objetivos también viene la contraola en el Perú, como la que vimos en algunos momentos.

Doctora Blas, ¿cómo están ustedes siendo gerente de prestaciones, cómo están sus coberturas en cáncer, cómo están los trabajos en tamizaje de cuello uterino, en pruebas moleculares, y cómo está su stock de medicamentos en cáncer siendo EsSalud una institución tan grande y que lógicamente a nosotros como comisión, le digo, nos golpea mucho el precio de los medicamentos. Cuando yo he comparado con otros países, cuestan cuatro o cinco veces menos. ¿Por qué siendo un mercado tan limitado? Más bien, creo que las instituciones, Minsa, EsSalud, tienen que negociar con los laboratorios, pero desde una posición de fortaleza, no desde una posición de sumisión, porque muchas veces se las arreglan con el funcionario y le dan su prevenda, entonces ponen los precios que quieran.

Yo creo que es el momento de tomar acciones y tener decisiones con objetivos claros y definidos para buscar resultados. La dejo en el uso de la palabra.

**La SUBGERENTE DE OPERACIONES DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DEL MINISTERIO DE SALUD, Señora Margot Blas Aedo.**— Buenos días con todos. Señor congresista Alejandro Aguinaga Recuenco, presidente de la Comisión Especial Multipartidaria.

Primero, por su intermedio, hacer extensivo también el saludo de nuestro presidente ejecutivo, el doctor Cecilio Segundo Acho Mego, que se encuentra ahora por un tema de agenda de visita en las redes asistenciales, y nos ha delegado su representación.

Yo soy la subgerente de operaciones de Lima y Oriente de la Gerencia Central Operaciones, y el doctor Edwin Neciosup, que es justamente el jefe de la Oficina de Información e Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Agradecer también la invitación a la mesa de trabajo y en relación, tal vez iniciar también, señor congresista, en relación a lo que indicaba sobre la propuesta de nosotros como IAFAS y UGIPRES, esta diferencia que usted mencionaba como financiadores, también se viene trabajando **(8)** por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y la Gerencia Central de Seguros, ya en coordinación también, usted sabe, con lo que es Fonafe. Entonces, yo creo que también más adelante se podrá establecer justamente tal vez en una propuesta más clara.

En relación a su pregunta y de hecho agradecemos también lo que usted nos menciona en el tema de coberturas, justo ayer la mesa de trabajo era sobre cáncer de mama, nosotros en lo que es tamizaje con relación al 2023 hemos hecho un comparativo y de hecho ha habido un incremento, aproximadamente en 181 000 mamografías realizadas con relación al 2023 y nuestras

## DOCUMENTO DE TRABAJO

coberturas también de forma general, pero también somos conscientes, como bien mencionaban y creo ahora también se ha señalado en que debemos fortalecer la prestación y sobre todo en estos aspectos de prevención, promoción del primer nivel.

Uno de los ejes de la actual gestión, el Eje I, dentro de los cuatro, creo que siempre nuestro presidente ejecutivo también ha mencionado en diferentes ponencias, es el Eje de Atención Primaria y en ese eje que es el Eje I se ha venido fortaleciendo las prestaciones de intercambio prestacional, si bien es cierto lo hacemos a través del Ministerio de Salud, pero también las hacemos con otras entidades.

A su vez también estamos tratando de fortalecer la estrategia que tenemos Prevenir, que es justamente a las entidades empleadoras con las cuales se han firmado alianzas y hasta el momento tenemos 392 alianzas ya firmadas. Y con la intención también sobre todo de fortalecer todas estas actividades preventivo promocionales y de tamizaje de los principales cánceres con mayor incidencia, como es cáncer de mama, próstata, cuello uterino.

En el tema de tamizaje nosotros tenemos en total 22 directivas, documentos normativos, de ellos 14 guías de práctica clínica que nos permiten de alguna manera a nivel nacional estandarizar nuestros aspectos de intervención, tratamiento y usted sabe que justamente tenemos el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que también es el encargado de evaluar todas estas nuevas tecnologías. Actualmente también en el Petitorio de EsSalud contamos con 147 productos farmacéuticos, de ellos 96 que están en el Petitorio Farmacológico de EsSalud y 51 que han sido aprobados por IETSI. Si bien es cierto, como usted también menciona, de hecho, todo lo que son estas nuevas tecnologías y sobre todo los productos biotecnológicos o los de inmunoterapia son de elevado costo, EsSalud los financia todos.

Nosotros financiamos desde la prevención hasta el tratamiento, incluso los medicamentos que están fuera del Penume, que es el Petitorio Nacional Único de Medicamentos. De alguna manera también, como usted indica, podría fortalecerse de alguna manera la adquisición, pero también para eso hemos visto justamente estos mecanismos de adquisición, a los cuales también el doctor hacía mención en su ponencia, de que en el país también se debería fortalecer la regulación y están pendientes de que se concluya. Pero nosotros actualmente financiamos todos los que se encuentran incluso fuera del Petitorio Nacional Único de Medicamentos.

A su vez, también quisiera aprovechar antes de cederle la palabra de repente al doctor Edwin Neciosup en el tema de registro sobre lo que mencionaba de fortalecer los aspectos de telemedicina. Nosotros tenemos el Centro Nacional de Telemedicina, a través del cual también se ha establecido lo que es teleoncología,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

porque sabemos que los profesionales especializados son escasos, pero justamente esta estrategia se ha previsto para fortalecer a nuestras redes asistenciales, así como fortalecer el diagnóstico a través de la telemamografía y la telecolposcopia, que se está haciendo de manera extensiva en nuestras redes asistenciales.

Y justamente también este año se tiene previsto de alguna manera fortalecer justamente este apoyo al diagnóstico con anatomía patológica.

Nosotros en el sistema ESSI tenemos el sistema del ANATPAT, que es un sistema en el cual el diagnóstico de anatomía patológica al ser positivo emite una alerta. Esta alerta en el sistema ESSI tiene una interfase, de tal forma que el médico que tiene a cargo la referencia y contrarreferencia recibe esta alerta y puede gestionar la cita, y tenemos también una directiva, que es la detención prioritaria del paciente oncológico, que regula y norma justamente para que de alguna manera se pueda gestionar de manera oportuna estas citas. Entonces, también por esa parte se viene fortaleciendo y tratando de mejorar, siempre con la finalidad de que esta detección oportuna y el acceso de los pacientes también se vea fortalecida.

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

Para precisar un poquito mejor, son los números, ¿no es así? En tal año tuvimos esto, en tal año tanto, hemos hecho por ejemplo tantas vacunaciones, tanto despistaje de cuello uterino, porque hay un compromiso del país de erradicar el cáncer de cuello uterino, en algunas otras patologías también, o sea, en el ciclotrón, por ejemplo, ustedes producen, tienen un ciclotrón que tiene una inversión de cuarenta millones y producen un fármaco. ¿Cuál es la expectativa que tiene para este año, de que en realidad puede dar un servicio a todo el país? No se necesita más ciclotrones pequeños cuando tienen ahí un tremendo monstruo, pero inútil ¿Qué es lo que han avizorado? ¿Cuál es la decisión ahí?

**La SUBGERENTE DE OPERACIONES DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DEL MINISTERIO DE SALUD, Señora Margot Blas Aedo.**— En el tema del ciclotrón, lo que se ha conformado, doctor, una mesa de trabajo con el Instituto, con el IPEN, la última reunión que tuvieron fue el 6 de junio, donde se ha recibido la propuesta justamente y para poder, como usted mencionaba, de alguna manera fortalecer y dar esta prestación y se pueda producir mayor producción de radiofármacos. Por el momento, el ciclotrón, usted sabe que actualmente produce la cantidad de radiofármacos para, sobre todo, diagnóstico, pero para EsSalud, para nosotros, para EsSalud, sí, sin el 18 FDG, sí.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Es el que actualmente produce, pero para nuestros asegurados. La idea, como usted menciona, es fortalecerla y que de alguna manera también se pueda brindar esta prestación a otros sectores. Eso, como le comento, se está trabajando y la última reunión fue el 6 de junio, donde se ha recibido la propuesta del IPEN.

**El ASESOR.**— Sí, doctor.

Bueno, lamentablemente, si hablamos de términos económicos, como inversionista diría que ha sido una mala inversión. Lamentablemente, que cuánto tiempo, del tiempo que está instalado, cuánto ha sido eficiente. Es muy poco, ¿no? Y eso demuestra la importancia de siempre tener la cobertura de mantenimiento y que exista una mejor organización dentro de la institución.

**El señor PRESIDENTE.**— Nosotros hemos, no sé si ustedes han tenido oportunidad de visitar, hemos ido al ciclotrón y la verdad que me llamó la atención cuando veo cantidad de gente que pasa su vida sin hacer nada. Me genera un *discomfort* porque nadie hace un esfuerzo de querer hacer algo. Y menos en una situación donde el país lo requiere. Pero felices, por eso es importante usted como subgerente de prestación, hay que poner esto activo.

Ya los papeleos, los buenos deseos, no tienen espacio en un país que requiere cambios. ¿Se da cuenta? Entonces, eso nos llamó la atención, nosotros hemos estado metidos en el ciclotrón, como visitamos tantas instituciones, hemos ido, visto Arequipa, Trujillo, Cusco, para que se pueda hacer algo, para que la gente despierte y pueda hacer algo. Tenemos estadísticas de camas privadas del año 2009, imagínese.

Doctor Neciosup le dejo el uso de la palabra.

**El JEFE DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA E INFORMACIÓN SANITARIA DE LA GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD DE ESSALUD, señor Edwin Neciosup Orrego.**— Sí, buenos días con todos.

Estaba viendo la parte de lo que es registro hospitalario de cáncer, en el caso de EsSalud nosotros teníamos incorporado hasta el año 2006, 11 registros hospitalarios de cáncer, estos en todos los establecimientos de segundo nivel y tercer nivel, en la actualidad tenemos 7, sin embargo, es muy importante considerar que la información que se obtiene para mostrar en el registro hospitalario es tomado de los médicos tratantes y ahí hay un primer punto de consistencia de la información en el caso de EsSalud.

En el caso de EsSalud a través de lo que es telemedicina, hay un curso para lo que es la capacitación en cuanto a cáncer, porque hemos visto que en primer lugar priorizar contratos de temas administrativos para los registros hospitalarios en el caso de EsSalud no es viable, en el caso nuestro es más viable generar una trama de datos con los datos que nosotros tenemos tomados de

## DOCUMENTO DE TRABAJO

múltiples interacciones que es como había mencionado la doctora Margot, ANATPAC y ESSI, ¿eso por qué?, porque cuando nosotros hemos hecho el cruce de información aproximadamente casi doscientos mil personas al año en EsSalud acceden a los servicios de salud con un diagnóstico probable o confirmado de cáncer.

De esas personas, por ejemplo, si nosotros analizamos la cantidad de información, por ejemplo, mamografías y los comparamos la cantidad mamografías producidas en el año 2024 son 181 000 versus los 26 000 que está haciendo el Minsa en estos momentos, eso hace que la cantidad de información sea muy grande. Y si Minsa necesita 50 personas nosotros necesitaremos más. Eso no es factible, lo que estamos trabajando es tramas, estamos trabajando tramas ya directamente entre el área técnica de EsSalud con el área técnica de CDC, ya tenemos una primera trama que en estos días vamos a compartir con CDC para poder seguir evaluando, es un trabajo que no es reciente, es un trabajo que nos ha tomado mucho tiempo y ya los datos técnicos de interoperabilidad o de gestión de tramas son muy diferentes, pero nosotros ya estamos preparando el primer envío a CDC.

**El señor PRESIDENTE.**— Gracias, doctor Neciosup; gracias a todos.

Estamos con la tiranía del tiempo, hay una comisión que espera el local, nos hubiéramos podido quedar mucho más tiempo, se quedan temas en el aire que son importantes, son importantes para todos.

Entonces, vamos a pasar a dispensa del acta.

Antes de levantar la sesión, pido la dispensa del trámite de aprobación del acta para ejecutar los acuerdos tomados, si no hay oposición se hará por aprobado.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Señor presidente, a través de la plataforma no existe alguna observación con relación al Acta.

**El señor PRESIDENTE.**— Muy bien, no existiendo otros temas a tratar en Agenda y siendo las once horas con doce minutos, se levanta la sesión.

Muchas gracias a todos.

**—A las 11:12 h, se levanta la sesión.**