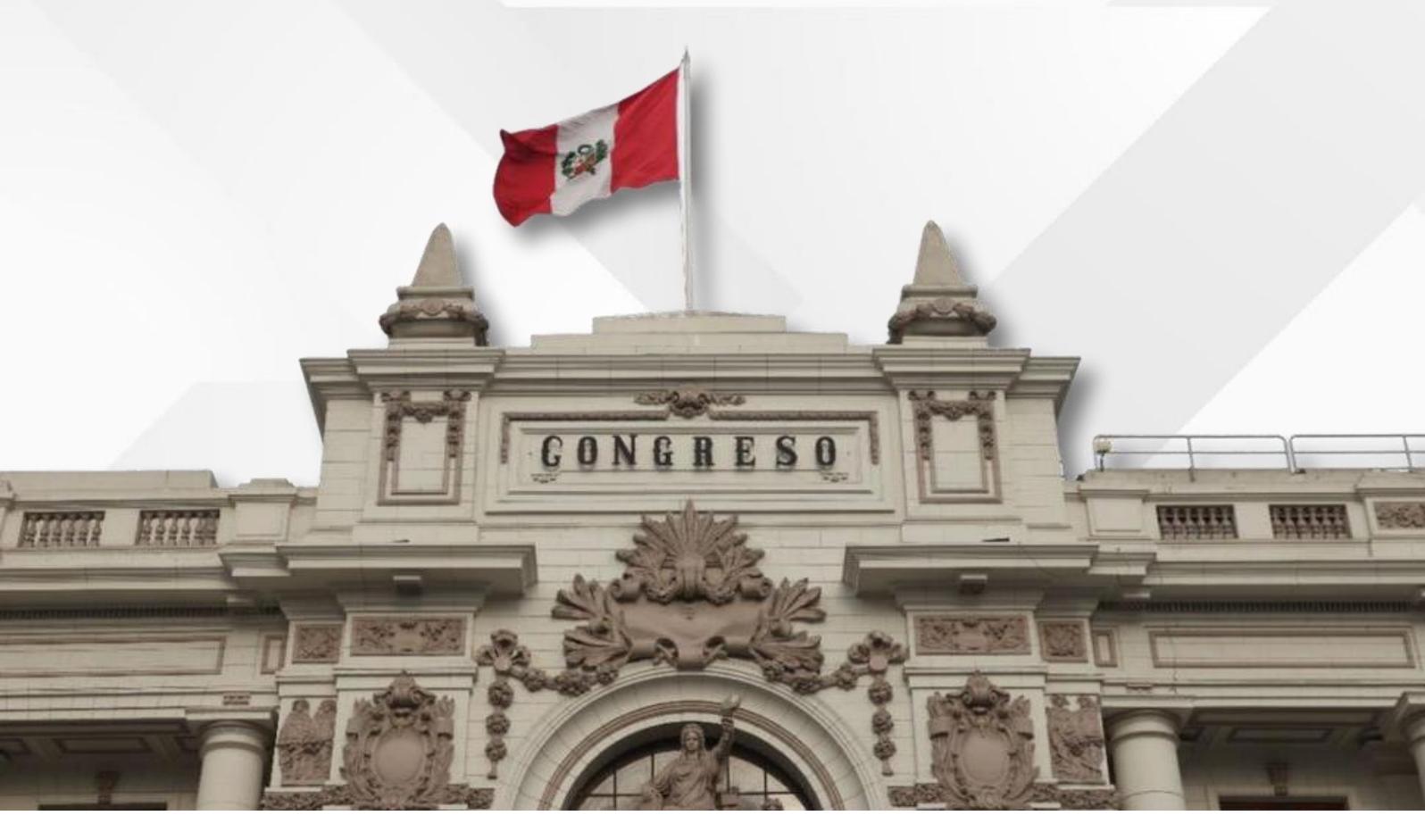




**NOVENO
INFORME
TRIMESTRAL**

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



Horizonte, reto, compromiso

Un análisis integral del servicio de salud dedicado al cáncer revela un sistema oncológico en proceso de transformación y descentralización, donde los avances significativos en infraestructura y equipamiento contrastan con persistentes brechas en acceso, calidad y recursos humanos.

Los datos evidencian dos problemas estructurales críticos: el diagnóstico tardío y la inequidad en el acceso integral a la atención oncológica, particularmente para poblaciones rurales y de bajos ingresos. Estas limitaciones se explican por múltiples factores interrelacionados: déficit de especialistas y subespecialistas vinculados a la atención oncológica, ejecución presupuestal insuficiente e ineficiente, así como fallas sistémicas en la cadena de suministro de insumos y medicamentos necesarios para la prevención y control del cáncer.

Las experiencias exitosas en prevención, como los cambios en los programas de tamizajes y detección temprana de cáncer mediante el uso de nuevas tecnologías, demuestran que es posible mejorar coberturas cuando se combina tecnología con estrategias comunitarias. Sin embargo, su impacto se ve limitado por la falta de continuidad en las intervenciones y sistemas deficientes de seguimiento.

El marco normativo proporciona bases sólidas para la acción, pero requiere mecanismos efectivos de implementación y fiscalización. Compromiso activo para acompañar a nuestros compatriotas que padecen su hora más difícil.



Dr. Alejandro Aguinaga Recuenco

IX INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN

Período Parlamentario de Sesiones 2023 -2026

Período Anual de Sesiones 2025 -2026

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

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

Página web:

[Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la prevención y control del cáncer](#)

Fotografías y Data Informativa:

**Comisión Multipartidaria de Prevención y Control
del Cáncer y Entidades Involucradas**

INDICE

- 1 Introducción
- 2 Antecedentes
- 3 Acciones realizadas por la comisión
 - 3.1 Sesiones realizadas
 - 3.1.1. Décima quinta Sesión Ordinaria.
 - 3.1.2. Décima Sexta Sesión Extraordinaria.
 - 3.2. Mesas de Trabajo
 - 3.2.1. Mesa de trabajo N° 1: Experiencia de Albergues de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil.
 - 3.2.2. Mesa de trabajo N° 2: Experiencia Internacional de Albergues.
 - 3.3. Visita coordinada
 - 3.3.1. Albergue – Casa Ronald Mc-Donald.
 - 3.4. Participación Internacional de la Comisión
4. Atención a solicitudes y acciones de fiscalización
 - 4.1. Acción de fiscalización sobre la cadena de suministro de recursos estratégicos para la prevención y control del cáncer
 - 4.2. Acción de fiscalización sobre los procesos de adquisición de equipamiento biomédico para la prevención y control del cáncer
Coordinación con OPS – Seguridad Social - EsSalud
 - 4.3. Seguimiento a proyectos de Ley y Dictámenes vinculados a la
 - 4.4. prevención y control del cáncer
5. Redes Sociales.

1. INTRODUCCIÓN

Exponemos el trabajo realizado por la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la prevención y control del cáncer en el Perú, desde el 3 de julio al 25 de setiembre del 2025. Dentro de lo que destacan, dos sesiones realizadas, enfocadas en conocer los avances en el proceso de implementación de la iniciativa mundial contra el cáncer infantil y la necesidad de evaluar las políticas públicas sobre el recurso humano en salud, destinado a la prevención y control del cáncer; esta última sesión fue suspendida y cancelada debido a cambios de gestión de la Comisión.

Con respecto al desarrollo de las mesas de trabajo para el desarrollo de albergues para los pacientes con cáncer en el Perú, se tuvo participación de todas las fundaciones que se vinculan a la iniciativa mundial para la lucha contra el cáncer infantil en el Perú, así como aquellas fundaciones que cuentan con la administración de albergues temporales para los pacientes con cáncer. Durante este periodo de tiempo, se trabajó con el apoyo técnico de la Fundación Ronald Mc Donald y se visitaron las instalaciones hospitalarias.

Por otro lado, en estos meses la “Comisión” ha tenido participación en eventos con actores internacionales, exponiendo los avances en materia de prevención y control del cáncer en el Perú, los retos y oportunidades que pueden servir de experiencia para otros países. Así como la oportunidad de intercambiar puntos de vista, con respecto a estrategias para realizar un cumplimiento de las acciones de fiscalización de la implementación de las políticas públicas para la prevención y control del cáncer.

Así mismo, se han reiterado mediante oficios y como parte del desarrollo de las sesiones, que se debe priorizar la fiscalización del acceso a medicamentos oncológicos innovadores de forma oportuna, de tal forma que los pacientes con cáncer sean beneficiarios de un tratamiento de calidad; también se fiscaliza los procesos de adquisición de equipamiento para la prevención y control del cáncer, se advierte los riesgos de no ejecución presupuestal y se plantea el financiamiento del Programa Rayos de Esperanza en el Perú, para cerrar la brecha de acceso a radioterapia y medicina nuclear en las regiones. Cabe mencionar que también hemos participado en reuniones para informar sobre los alcances de los proyectos de Ley N° 11833/2024-CR y N° 9851/2024-CR.

2. ANTECEDENTES

2.1. INFORMES DE LA COMISION

1	Octubre 2, 2023
2	Enero 3, 2024
3	Abril 3, 2024
4	Julio 3, 2024
5	Octubre 3, 2024
6	Enero 3, 2025
7	Abril 3, 2025
8	Julio 3, 2025

2.2. DOCUMENTOS DE GESTION

- i. Plan de Trabajo de Comisión,
- ii. Memoria Anual Legislatura Ordinaria 2023 – 2024.
24 de Julio del 2024.
- iii. Memoria de Gestión 2023 – 2025
25 de febrero del 2025.

2.3. MODIFICACIONES DE LA COMISION

- i. Oficio N° 961-2023-2024-ADP-D/CR, del 2 de noviembre de 2023, Oficialía Mayor; Congresista José Enrique Jeri Oré, “Somos Perú”, es retirado de la Comisión.
- ii. Oficio N° 0000574-2024-2025-ADP-D/CR, del 3 de octubre de 2024, el Oficialía Mayor, Congresista Cheryl Trigozo Reátegui, “Alianza para el Progreso”, es retirada de la Comisión.
- iii. Oficio 1026-2024-2025-ADP-D/CR, del 14 de marzo de 2025, Oficialía Mayor, Congresista Elías Marcial Varas Meléndez es retirada de la Comisión.

- iv. Oficio 1100-2024-2025-ADP-D/CR, del 3 de abril de 2025, Oficialía Mayor, incorpora al Congresista Luis Roberto Kamiche Morante, a propuesta del Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso.
- v. Décimo primera sesión extraordinaria, del 14 de marzo de 2025, la Congresista María del Carmen Alva Prieto es elegida Secretaria de la Comisión.

2.4. CONFORMACION DE LA COMISION

CONGRESISTAS		GRUPO PARLAMENTARIO
	Alejandro Aurelio Aguinaga Recuenco - Presidente	Fuerza Popular
	Patricia Rosa Chirinos Venegas – Vice Presidenta	Avanza País
	María del Carmen Alva Prieto - Secretaria	No Agrupada
	Vacante	Somos Perú
	Luis Raúl Picón Quedo	Podemos Perú
	Kelly Roxana Portalatino Ávalos	Perú Libre

	Hilda Marleny Portero López	Acción Popular
	Roberto Helbert Sánchez Palomino	Cambio Democrático - Juntos por el Perú
	Luis Roberto Kamiche Morante	Alianza Para el Progreso
	Lucinda Vásquez Vela	Bloque Magisterial de Concertación Nacional

(Cuadro N°1)

3. ACCIONES REALIZADAS POR LA COMISIÓN

3.1. SESIONES REALIZADAS:

En el presente período, la Comisión ha llevado a cabo, una sesión ordinaria y otra sesión extraordinaria, según el siguiente orden cronológico (Cuadro N°2)

SESIÓN	FECHA	LUGAR Y MODALIDAD
Décimo quinta sesión ordinaria	12/08/2025	- Sala 5 Gustavo Mohme Llona - Mixta (Presencial y Plataforma Microsoft Teams)
Décimo sexta sesión extraordinaria	05/09/2025	- Sala 2 Fabiola Salazar Leguia - Mixta (Presencial y Plataforma Microsoft Teams)

3.1.1. Décimo quinta sesión ordinaria (12.08.2025)

Realizada en la sala 5 Gustavo Mohme Llona, del edificio Víctor Raúl Haya De La Torre y a través de la Plataforma de sesiones virtuales (Microsoft Teams).

Se estableció como Punto Único de Agenda: El Informe respecto a los avances en el proceso de implementación en el marco de la iniciativa mundial contra el cáncer infantil.

Al respecto, el señor presidente de la Comisión Especial señaló que el cáncer infantil no es solo un problema de salud pública, refirió que también es una prueba ética de nuestra capacidad como Estado para proteger a los más vulnerables. Los datos son contundentes: cada año, 1,900 niños son diagnosticados con cáncer en el Perú, y cerca de 800 fallecen por falta de acceso oportuno a tratamiento oncológico, dado que la mayoría de los servicios oncológicos se concentran en Lima, y los que se encuentran en regiones no cuentan con toda la capacidad resolutive para ofertar un cuidado integral de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

Asimismo, refirió que referidas cifras, comparadas con las de países de la región, revelan un sistema fragmentado y con graves carencias en infraestructura, especialistas, medicamentos esenciales y de alto costo. Por tanto, aseveró que, hoy más que discursos, estamos aquí para exigir rendición de cuentas claras sobre tres ejes críticos: acceso, calidad, seguridad del pacientes, descentralización y financiamiento.

En referencia al acceso a terapias innovadoras como el Blinatumomab para leucemias refractarias, no puede depender de trámites burocráticos. Preguntó a los representantes del MINSA: ¿Cuándo se aprobó por RENETSA?, ¿Cuántos pacientes pediátricos han recibido este medicamento en los últimos meses, desde que se aprobó? ¿Qué medidas concretas se tomarán para agilizar la adquisición de fármacos recomendados por RENETSA?

Tras lo señalado, el señor presidente indicó que persisten brechas críticas: solo algunas regiones cuentan con oncólogos pediatras, como Chiclayo, Trujillo, Arequipa, Cusco, Callao y los tiempos de derivación pueden llegar a superar los 15 días. Exigimos un plan con metas medibles, dónde se construya infraestructura adecuada para construir redes oncológicas, basta de sólo enfocarnos en mejoramiento a través de mantenimientos de la infraestructura vigente, en la que nos adaptamos a la precariedad de una limitada infraestructura hospitalaria, sin llegar a brindar todo el confort y seguridad, que los niños y adolescentes con cáncer se merecen. Refirió.

También respecto al financiamiento, la presidencia precisó que el mismo debe reflejar prioridad política. El presupuesto para cáncer infantil no supera el 2% del gasto en salud, y los fondos asignados a la Iniciativa Mundial no se ejecutan en su totalidad. Indicó.

Asimismo, refirió que las organizaciones civiles presentes, vienen demostrando que la articulación funciona, pero requieren apoyo sostenible, no donaciones esporádicas; por tanto, especificó que desde esta Comisión Especial se plantea una hoja de ruta con indicadores concretos: reducción del abandono terapéutico al 5%, implementación de 5 centros regionales de trasplante hematopoyético antes del 2026, y un sistema de compras centralizadas de medicamentos oncológicos que una al MINSA y EsSalud.

El señor presidente precisó que los niños con cáncer no esperan discursos ni planes a futuro; exigen respuestas inmediatas y políticas públicas con resultados tangibles.; y como Estado parte de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil, señaló que el Perú tiene la obligación ética y política de traducir sus compromisos internacionales en acciones concretas: garantizar el 100% de acceso a tratamientos oportunos, erradicar las barreras burocráticas que hoy condenan a cientos de familias, y destinar los recursos necesarios para cerrar las brechas que persisten entre el papel y la realidad.

Finalmente, la presidencia señaló a todos los presentes que, esta no es solo una deuda con nuestra infancia, sino una prueba definitiva de nuestra voluntad política para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el derecho fundamental a la salud. El momento de que actuemos es ahora. Preciso.

Formulación del Proyecto de Ley de presupuesto Público para el Año Fiscal 2026.

Presentación de la Dra. 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 a los avances de la ejecución presupuestal y su impacto en la atención de niños y adolescentes con cáncer, incluyendo los logros y desafíos en capacidad diagnóstica, tratamiento oncológico descentralizado, manejo de leucemias y trasplante de progenitores hematopoyéticos.

La señora Dra. Maradiegue, indicó que la Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) del Ministerio de Salud presentó un exhaustivo informe sobre los avances en la ejecución presupuestal y su impacto en la atención de niños y adolescentes con cáncer en el Perú, correspondiente al período 2020-2025. La ponencia de la Dra. Maradiegue detalló los logros alcanzados, los desafíos persistentes y las proyecciones hacia el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030.

En materia presupuestal, se evidenció una asignación significativa de recursos al Programa Presupuestal 024 (PP 024) para la prevención y control del cáncer. Durante el quinquenio 2020-2025, se logró destinar un presupuesto adicional de S/ 121,266,000 soles en el año 2025, conforme al Artículo 45.3 de la Ley de Presupuesto, destinado principalmente a la compra centralizada de equipamiento médico.

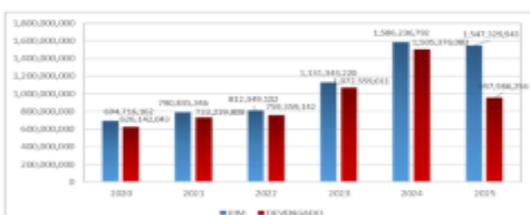


PERÚ Ministerio de Salud



Presupuesto para prevención y control del Cáncer

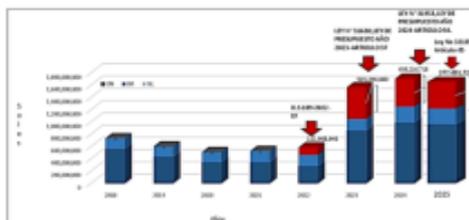
Evolución del presupuesto para prevención y Control de Cáncer: PP 024-Prevención y Control del Cáncer, 2020-2025



MEO	PA	PE	DESENVOL	ALOCACION
2020	694,715,362	694,715,362	694,715,362	694,715,362
2021	790,070,040	790,070,040	790,070,040	790,070,040
2022	812,349,522	812,349,522	812,349,522	812,349,522
2023	9,815,341,228	1,077,596,011	1,077,596,011	1,077,596,011
2024	1,586,120,750	1,100,279,200	1,100,279,200	1,100,279,200
2025	1,547,320,841	171,046,760	171,046,760	171,046,760

Fuente: Portal de Transparencia económica L1286/2021

Evolución del presupuesto adicional para prevención y Control de Cáncer: PP 024-Prevención y Control del Cáncer, 2022-2025



MEO	Presupuesto asignado	Monto invertido
2022	779,108,532	779,108,532
2023	1,077,596,011	1,077,596,011
2024	1,100,279,200	1,100,279,200
2025	171,046,760	171,046,760

Fuente: Portal de Transparencia económica L1286/2021

Un hito importante fue la contratación de 19 profesionales de la salud bajo el régimen PEAS, con una inversión de S/ 1,812,064 soles, fortaleciendo así el recurso humano en oncología pediátrica. Asimismo, entre 2023 y 2024 se adquirieron 22 equipos médicos para nueve hospitales a nivel nacional, y para el año 2025 está prevista la compra de 30 equipos adicionales por un monto de S/ 3,300,000 soles, beneficiando a diez hospitales más.

LOGROS Y DESAFÍOS EN CAPACIDAD DIAGNÓSTICA Y DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DESCENTRALIZADO

Fortalecimiento con RECURSO HUMANO

- Se logró la asignación de presupuesto adicional por el monto de S/ 1,812,064 Soles para la contratación de 19 PEAS.

UNIDAD	CANTIDAD	MONTO
UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA INFANTIL (UNAOI)		
PEAS - ESPECIALIDAD ONCOLOGÍA DE CÁNCER INFANTIL (10 ANOS)		
MEDICO - ONCOLOGO INFANTIL (1/2 ANOS)		
MEDICO - ONCOLOGO CÁNCER (1/2 ANOS)		
MEDICO - ONCOLOGO PEDIATRA (1/2 ANOS)		
MEDICO ONCOLOGO PEDIATRA, HEMATOLOGIA Y/O ANEPLASIA		
QUIRURGO PEDIATRA/ONCO		
TOXICOLOGO INFANTIL		
Total general	19	1,812,064

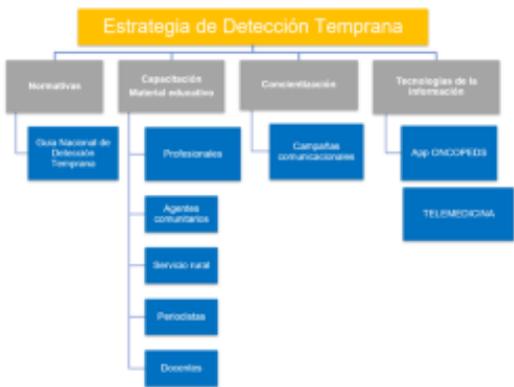
- Se logró el fortalecimiento a 8 Unidades Ejecutoras que brindan la atención de oncología pediátrica a nivel nacional

PRODUCTO INGRESO IFE	CANTIDAD PERSONAL	PROYECTO ASIGNADO
UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA INFANTIL (UNAOI)	19	1,812,064
UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA INFANTIL	1	1,812,064
UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA INFANTIL	0	0
ASIS COMPLEJO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	1	112,348
ASIS COMPLEJO REGIONAL DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS DEL SUR PERU (ASIS)	1	112,348
ARE GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO	2	224,696
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	1	112,348
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	1	112,348
ARE GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA Libertad	2	224,696
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL LA LIBERTAD	1	112,348
ARE GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA RIOJA PERU	2	224,696
HOSPITAL REGIONAL LA RIOJA PERU	1	112,348
HOSPITAL REGIONAL LA RIOJA PERU	1	112,348
ARE GOBIERNO REGIONAL DE LA PROVINCIA COSTA NOROCCIDENTAL DEL CALLAO	2	224,696
HOSPITAL REGIONAL LA UNION	1	112,348
HOSPITAL REGIONAL LA UNION	1	112,348
UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA INFANTIL (UNAOI)	0	0
ASIS COMPLEJO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	1	112,348
ASIS COMPLEJO REGIONAL DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS DEL SUR PERU (ASIS)	1	112,348
ARE GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA RIOJA PERU	1	112,348
HOSPITAL REGIONAL LA RIOJA PERU	1	112,348
ARE GOBIERNO REGIONAL DE LA PROVINCIA COSTA NOROCCIDENTAL DEL CALLAO	1	112,348
HOSPITAL REGIONAL LA UNION	1	112,348
Total general	19	1,812,064

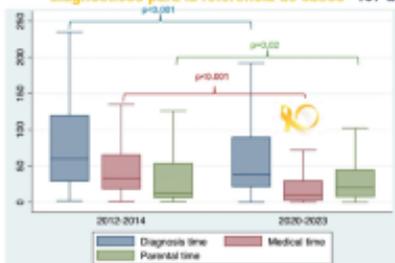
Fuente: Ley de Presupuesto para el Año Fiscal 2023 y mediante el artículo 46, literal 46.3, del D.L. 1008, artículo 14 de la Ley de presupuesto año 2024

Entre los principales logros clínicos se destacó la mejora sustancial en la capacidad diagnóstica, con una reducción notable en los tiempos de detección del cáncer infantil gracias al equipamiento adquirido y distribuido estratégicamente en diversas regiones del país.

Reducción de tiempos diagnósticos



Resultado: Reducción significativa de los tiempos diagnósticos para la referencia de casos 107 días ⇒ 67 días



Mejora en la capacidad diagnóstica: Hemos fortalecido la capacidad diagnóstica en diferentes regiones del país, lo que ha permitido detectar casos de cáncer infantil de manera más oportuna.



Avances en la Atención Oncológica: Manejo de leucemias

Guía de Práctica Clínica de Leucemia linfoblástica aguda (LLA)

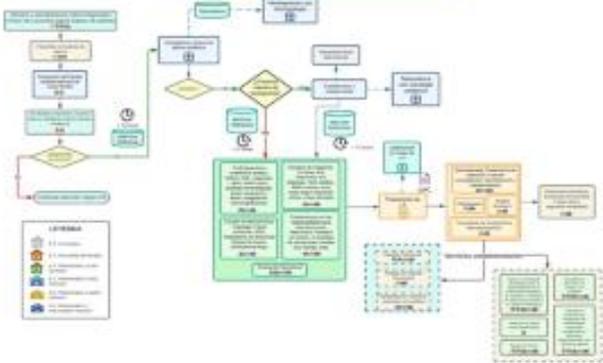
8 de enero de 2025

Ministerio de Salud
Minisa aprobó la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda en pacientes pediátricos

Normativa en Digital como respuesta a la necesidad de estandarizar y optimizar el tratamiento de esta enfermedad en el Perú.



Via clínica de leucemia aguda



Se resaltó el fortalecimiento de ocho Unidades Ejecutoras especializadas en oncología pediátrica, así como avances significativos en procedimientos complejos como los trasplantes de progenitores hematopoyéticos. Estos logros han permitido una mayor descentralización de los servicios oncológicos, acercando la atención especializada a zonas que anteriormente carecían de estos recursos.



Desconcentración de los servicios oncológicos

16 Unidades de oncohematología pediátrica
70% de los menores de 18 años se atienden por SIS



EESS	ONCOPIEDIATRA	HEMATOLOGOS	PEDIATRAS	ONCÓLOGOS
INEN	14 (1/88)			
INEN SB	4	30		
INEN Breña	3			
Hospital Dos de Mayo	2			
Hospital Cayetano Heredia				
Hospital Regional de Cusco	2			
Hospital Lorena de Cusco		1	1	1
INEN SUR	1			1
Hospital Honorio Delgado		2		
Hospital Belén de Trujillo	1			
Totale	25 (1/77)	35 (1/22)	1	2

Sin embargo, la presentación también reconoció importantes desafíos pendientes. Persiste una preocupante tasa de abandono del tratamiento que alcanza el 20%, particularmente en regiones alejadas donde el acceso a los servicios de salud sigue siendo limitado. La ejecución presupuestal presenta retrasos, con solo un 42% de los S/ 679 millones asignados para 2025 certificados hasta agosto de ese año. Además, se identificó la necesidad urgente de mejorar el abastecimiento de medicamentos esenciales, como la morfina en formulación pediátrica para el manejo del dolor, y de equipar hospitales regionales con tecnología de punta.

Desafíos en la Atención Oncológica

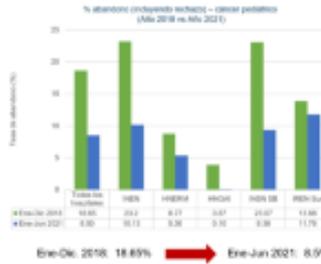
Acceso a servicios de salud



A pesar de los avances, todavía existen desafíos en el acceso a servicios de salud en regiones alejadas.

Abandono del tratamiento

- Creación Comités Institucionales de Abandono
- Implementación Aplicativo 'Impacto'
- Proyecto de acompañamiento del niño y adolescente con cáncer



La falta de adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío importante en la atención oncológica infantil.

Desnutrición y toxicidad



CAUSAS importantes de morbilidad y mortalidad

El informe de la Dra. Maradiegue concluyó con una mirada hacia el futuro, presentando los lineamientos del Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030, que contará con un presupuesto estimado de S/ 4,388 millones. Este ambicioso plan incluye 15 actividades prioritarias, entre las que destacan: la consolidación de la descentralización de los servicios oncológicos, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, y la implementación de un innovador programa de "navegadores" para mejorar la adherencia al tratamiento.

Como próximos pasos, se planteó la necesidad de intensificar la fiscalización de la ejecución presupuestal, agilizar las compras de equipamiento pendiente (especialmente en radioterapia y medicina nuclear), y establecer metas claras como reducir el abandono terapéutico al 5% y garantizar el acceso universal al diagnóstico temprano en todo el territorio nacional. Culminando su presentación.

SECTORES PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DEL PLAN NACIONAL MULTISECTORIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER 2025-2030

N°	SECTOR	AREA/DIRECCIÓN/OFCINA
1	MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO	Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo Superintendencia Nacional de Formación Laboral
2	MINISTERIO DE DESARROLLO RURAL Y URBANO	Gestión Agraria del Perú Oficina de Planeamiento
3	MINISTERIO DE ENERGIA Y MINAS	Instituto Peruano de Energía Nuclear
4	MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL	Dirección de Afiliación y Fortalecimiento de Capacidades Dirección de Gestión Territorial
5	MINISTERIO DE DEFENSA	Ejército del Perú Fuerza de Guerra
6	MINISTERIO DE VIVIENDA	Dirección General de Asuntos Ambientales Dirección General de Políticas y Regulación en Construcción y Saneamiento
7	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Dirección General de Educación Básica Regular Dirección General de Calidad de la Gestión Escolar
8	MINISTERIO DEL AMBIENTE	Dirección de Control de la Contaminación y Sustancias Químicas Dirección General de Diversidad Biológica
9	MINISTERIO DE CULTURA	Dirección de Políticas para la Población Afroperuana Dirección de Políticas Indígenas
10	MINISTERIO DEL INTERIOR	Departamento de Oncología del Hospital Nacional PNP
11	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	
12	SEGURO SOCIAL DE SALUD	
13	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	
14	SEGURO INTEGRAL DE SALUD - FONDO VITALICIVO SOLIDARIO DE SALUD	

N°	SECTOR	AREA/DIRECCIÓN/OFCINA
15	MINISTERIO DE SALUD	Departamento de Salud Pública
		Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
		Dirección de Prevención y Control del Cáncer
		Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud
		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CENECOPRE)
		Dirección General de Salud Ambiental
		Dirección General de Comunicaciones
		Dirección de Instrucciones
		Dirección de Telemedicina
		Dirección de Promoción de la Salud
		Dirección de Población Indígena
		Dirección de Salud Mental
		Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad
		Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
		Dirección de Salud Bucal

Fuente: Anteproyecto Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030

ESTIMACION DE PRESUPUESTO - "PLAN NACIONAL MULTISECTORIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER 2025-2030"

Se estima un presupuesto total de **S/. 4,388,361,989.00** (Cuatro Mil Trescientos Ochenta y Ocho Millones Trescientos Ochenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Nueve con 00/100 Soles)

SECTOR	PRESUPUESTO POR AÑO						TOTAL GENERAL POR SECTOR
	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	138,308,378	134,764,853	139,793,233	132,091,800	145,503,543	148,176,327	1,029,445,134.00
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	300,000	715,000	632,261	905,611	954,777	1,054,038	4,043,587.00
Seguro Integral de Salud - TISAL	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	576,000.00
Instituto Nacional de Salud	2,025,500	2,541,800	2,685,800	2,737,800	2,973,000	2,973,000	15,955,500.00
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	51,580	55,580	55,580	55,580	55,580	55,580	329,460.00
Seguro Social de Salud	44,703,772	45,034,822	55,091,253	61,185,346	65,036,331	75,375,941	354,235,395.00
Ministerio del Ambiente	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	240,000.00
Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego	3,989,154	3,989,154	3,989,154	3,989,154	3,989,154	3,989,154	23,934,924.00
Ministerio de Cultura	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	24,000.00
Ministerio de Educación	343,218	236,196	189,218	0	0	0	1,130,584.00
Instituto Peruano de Energía Nuclear	4,214,000	11,894,000	8,790,000	790,000	790,000	790,000	27,980,000.00
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	9,500.00
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	760	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	5,760.00
Ministerio de Defensa	2,000	26,500	26,500	40,500	15,000	15,000	139,000.00
Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento	273,967,672	582,052,853	621,849,704	507,849,215	644,279,233	652,231,821	2,990,180,085.00
TOTAL GENERAL POR AÑO	454,630,235	605,444,737	675,095,611	708,403,596	907,523,798	575,186,662	4,388,361,989.00

Presentación de la Dra. Margot Blas Aedo Subgerente de Operaciones Territoriales de Lima y Oriente, Gerencia Central de Operaciones, EsSalud, quien informó respecto a los avances de la ejecución presupuestal y su impacto en la atención de niños y adolescentes con cáncer, incluyendo los logros y desafíos en capacidad diagnóstica, tratamiento oncológico descentralizado, manejo de leucemias y trasplante de progenitores hematopoyéticos.

La Dra Margoth Blas Aedo, asiste en representación del señor Dr. Segundo Cecilio Acho Mego Presidente Ejecutivo EsSalud, y presentó los avances en la atención de niños y adolescentes con cáncer en EsSalud, destacando logros y desafíos en diagnóstico, tratamiento descentralizado, manejo de leucemias y trasplante de progenitores hematopoyéticos. EsSalud ha implementado una cobertura integral que incluye atención preventiva, especializada, exámenes de laboratorio, tratamiento oncológico y apoyo financiero como subsidios y licencias con goce de haber para familias afectadas.



ESTUDIO DE CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN POBLACIÓN ASEGURADA: RESULTADOS 2018 vs 2023



Los estudios de Carga de Enfermedad y Lesiones en ESSALUD, contribuyen a identificar al cáncer en la prioridad institucional : 184, 442 AVISA

Entre los avances clave se encuentra la aprobación de documentos normativos para la detección oportuna y atención prioritaria del cáncer infantil, así como la creación del Registro Nacional de Cáncer de Niños y Adolescentes y el Observatorio Nacional de Lucha contra el Cáncer. La ponencia refirió que los referidos instrumentos facilitan la vigilancia epidemiológica y la planificación de intervenciones sanitarias. Además, señaló que se ha fortalecido la telemedicina en oncología, con más de 8.700 atenciones en 2025, y se han establecido albergues como la Casa Ronald McDonald para apoyar a familias durante el tratamiento.

DOCUMENTOS TÉCNICOS NORMATIVOS APROBADOS





PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN PRIORITARIA DEL PACIENTE ASEGURADO CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO



Resolución de Gerencia General N° 1211-GG-ESSALUD-2015



ALBERGUES PARA PACIENTES CON CÁNCER

Casa Ronald McDonald EsSalud

Se abrió en el mes de enero de 2014, en alianza con el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mariani de EsSalud.

Brinda cobijo y soporte emocional a las familias que no poseen alojamiento, mientras se prolongue el tratamiento del menor en Lima. Recibiendo a las familias con amor, esperanza y cuidados en los momentos más difíciles de sus vidas.

 22 habitaciones y 64 camas

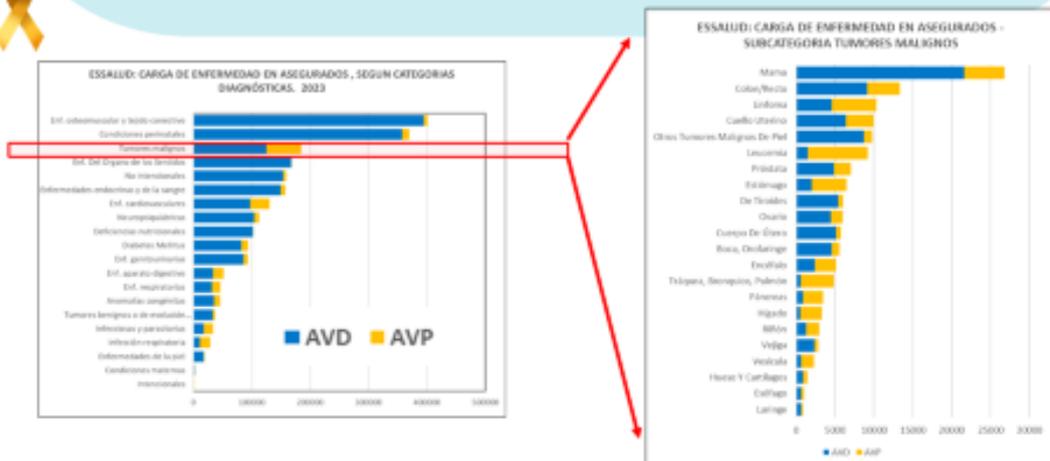
 Hogar temporal a +9,000 familias.

 Distrito de Jesús María



De igual manera, la Dra. Blas Aedo, indicó que los estudios de carga de enfermedad en la población asegurada entre 2018 y 2023 revelaron que los tumores malignos se mantienen entre las principales causas de morbilidad, con un enfoque especial en leucemias y otros cánceres pediátricos. La atención en consulta externa para pacientes menores de 13 años ha aumentado progresivamente, con un crecimiento del 8.6% en 2023 y del 4% hasta julio de 2025. Preciso.

ESSALUD: CARGA DE ENFERMEDAD 2023



Los estudios de Carga de Enfermedad y Lesiones en ESSALUD, contribuyen a identificar al cáncer en la prioridad Institucional : 184, 442 AVISA

ESSALUD: CARGA DE ENFERMEDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN POBLACION ASEGURADA



Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica - EDSALUD, Servicio de Salud Investigación - ESI, Estudio de Carga de Enfermedad en el Seguro Social de Salud - ECE

Asimismo, informó que EsSalud ha ampliado su oferta de servicios oncológicos, con 16 hospitales que brindan quimioterapia y unidades de cuidados paliativos en 15 redes asistenciales. También se han evaluado y aprobado medicamentos oncológicos pediátricos, como el Blinatumomab, para el tratamiento de leucemias, garantizando su disponibilidad a nivel nacional.



OFERTA ACTUAL EN MATERIA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

CARTERA DE SERVICIOS PARA EL CONTROL DE CÁNCER



SEDES DE REFERENCIA: RED ONCOLÓGICA DE ESSALUD



OFERTA: HOSPITALES QUE BRINDAN QUIMIOTERAPIAS



Fuente: GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES Junio 2016

RED	CENTRO
R.A. REBAGLIATI	H.N. E. REBAGLIATI
R.A. SABOGAL	H.N. A. SABOGAL
R.A. ALMENARA	H.N. G. ALMENARA
R.A. AREQUIPA	H.N. C.A. SEGUIN E.
R.A. CAJAMARCA	H.II CAJAMARCA
R.A. CUSCO	H.N. A. GUEVARA V.
R.A. ICA	H.IV A. HERNANDEZ M.
R.A. JULIACA	H.III JULIACA
R.A. JUNIN	H.N. R. PRIALE P.
R.A. LA LIBERTAD	HOSP. V. DE LA PUERTA
R.A. LAMBAYEQUE	H.N. A. AGUINAGA
R.A. LORETO	H.III IQUITOS
R.A. PASCO	H.I HUMARIACA
R.A. PIURA	H.III C. HEREDIA
R.A. PUNO	H.III PUNO
R.A. TACNA	H.III O.A. CARRION



También señaló que la institución ha establecido convenios con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y otros actores internacionales, como la Fundación City Cáncer Challenge, para fortalecer la capacitación, el intercambio de experiencias y la mejora de los sistemas de información oncológica. Además, informó que están ejecutando proyectos de inversión por más de 2,800 millones de soles para equipar hospitales y mejorar la infraestructura en oncología.



CONVENIOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER



CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD Y EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - INEN

OBJETO: Establecer las condiciones y mecanismos de colaboración interinstitucional entre ESSALUD y el INEN que permitan el intercambio y ejecución de acciones articuladas, integrando esfuerzos y aprovechando capacidades institucionales para fortalecer el acceso a los servicios de salud y la mejora de la atención, en el marco de la Ley N° 33336, Ley Nacional del Cáncer, su Reglamento y modificatoria.

ESTADO: Suscrito el 23 de noviembre del 2023.



CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN EL MARCO DEL D.L. N° 1302, ENTRE EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD, RED ASISTENCIAL JUNIN Y EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN CENTRO

OBJETO: Que la IPRESS IREN CENTRO brinde prestaciones oncológicas a pacientes oncológicos adscritos a la Red Asistencial Junin, tales como: i) Planificación IMRT / VMAT (Radioterapia en intensidad modulada); ii) Guía tomográfica para colocación de campo de radioterapia; iii) Braquiterapia de alta tasa de dosis endocavitaria; etc.



En resumen, precisó que EsSalud ha logrado avances significativos en la atención del cáncer infantil, pero persisten desafíos financieros, como el impacto creciente de las prestaciones oncológicas, que requerirán estrategias sostenibles para garantizar la continuidad y calidad de los servicios en el futuro. Con lo que concluyó su participación.

Presentación del Ing. Juan Carlos Martín Castillo Díaz Director General de CENARES, a fin de que informe respecto los retos en el acceso a tratamientos oncológicos aprobados por RENETSA, como el Blinatumomab, y a medicamentos esenciales como la morfina en jarabe para el manejo del dolor.

El Ing. Juan Carlos Martín Castillo Díaz, Director General de CENARES; abordó los desafíos en el acceso a tratamientos oncológicos en el marco de las competencias del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). Preciso que referido organismo, bajo el Decreto Supremo N° 008-2017-SA y sus modificatorias, es responsable de garantizar el abastecimiento y la trazabilidad de los Recursos Estratégicos en Salud (RES) del Ministerio de Salud (MINSa). Además, refirió que su labor se coordina con la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP/MINSa) y otras entidades como DIRIS, DIRESA y GERESA, así como con hospitales e institutos especializados.

REQUERIMIENTO

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER 2025 ESTABLECIDOS POR DPCAN-DGIESP-MINSA

87 Medicamentos

Considerados por la DPCAN en los criterios de programación 2025

- 52 MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS INCLUIDOS EN EL PNUME
- 04 MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS PNUME (LISTA COMPLEMENTARIA)
- 31 MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS NO INCLUIDOS EN EL PNUME

56 MEDICAMENTOS CONSIDERADOS EN EL PNUME/LISTA COMPLEMENTARIA

S/ 48,784,316.68

- ✓ CONTRATADOS: 53 ítems
- ✓ SE DISPONE DE STOCK DE 03 ítems para el abastecimiento 2025

31 MEDICAMENTOS NO PNUME (*) (Incluye medicamentos de Alto Costo)

S/ 175,060,176.36

- ✓ CONTRATADOS: 15 ítems
- ✓ CONVOCADO: 04 ítems
- ✓ SE DISPONE DE STOCK DE 07 ítems para el abastecimiento 2025
- ✓ ACTOS PREPARATORIOS: 01 ítem
*Metoxaleno 20 mg/ml inj
- ✓ DESESTIMADO: 04 ítem
*Daratimumab 20mg/mL inj/ 5mL
*Dasiratumab 20mg/mL inj/ 218mL
*L-Asparaginasa de Erwinia (Erwinia) 10000 U/mg
*Metoxaleno clorhidrato 100 mg/ml

(*) Requieren autorización de uso

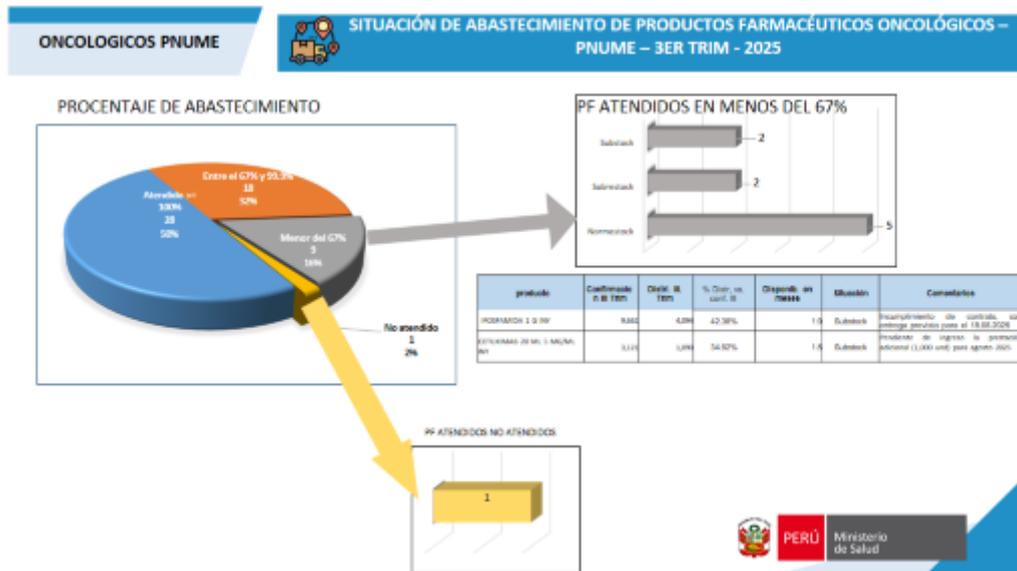
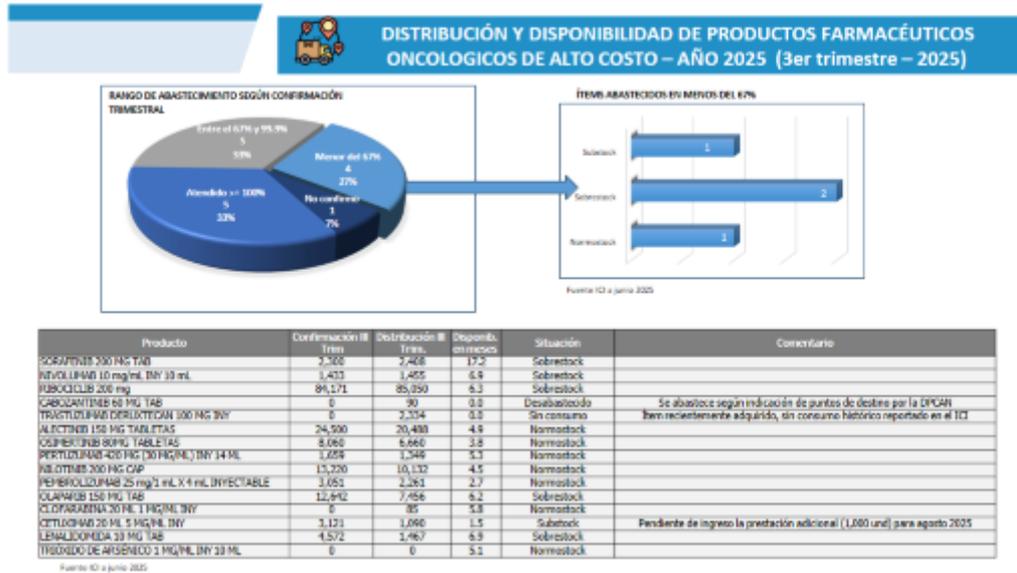
De igual manera, precisó que, en 2025, se identificaron 87 medicamentos oncológicos prioritarios para el tratamiento del cáncer, de los cuales 52 están incluidos en el Plan Nacional de Uso de Medicamentos Esenciales (PNUME), 4 en la lista complementaria y 31 no están incluidos en el PNUME. Refirió que estos últimos, que incluyen medicamentos de alto costo, representan un requerimiento financiero de S/ 175,060,176.36.

Señalo que, hasta la fecha se han contratado 15 ítems, se han convocado 4 y se dispone de stock para 7. Además, un medicamento (Metoxaleno) se encuentra en actos preparatorios, mientras que otros 4, como Daratumumab y L-Asparaginasa de Erwinia, han sido desestimados por requerir autorización de uso especial.

REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ONCOLÓGICOS DE ALTO COSTO – AÑO 2025								
CÓDIGO IN EE LAD	DESCRIPCIÓN	TIPO DE PROCEDIMIENTO DE COMPRA	ESTADO DE COMPRA	ENTREGAS PENDIENTES DE RECIBO	COMPRA 2025	Precio Unitario S/	Valor estimado S/	Fuente de entrega
PHLE	ERTUROMB 5 mg/ml, IVY 20 mL	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Contratado	4,800	S/ 913.30	S/ 3,486,000.00	24
	TRACTUZUMAB DERIVADO LB08G	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	2da entrega: 1,114ml (S/ 100,300) 3ra entrega: 1,139 unid. (S/ 30,300) 4ta entrega: 1,148 unid. (S/ 32,300) 5ta entrega: 386 unid (S/ 31,300)	6,639	S/ 5,558.00	S/ 36,846,000.00	16
	ESBOVICIN 300 mg TABLETA	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Contratado	100,000	S/ 171.50	S/ 17,150,000.00	27
	PORFOLIZUMAB 420 mg (20 mg/mL) 14 mL INYECTABLE	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Contratado	4,500	S/ 7,475.00	S/ 33,487,500.00	21
	PORFOLIZUMAB 19 mg/ml, 19 mL INYECTABLE	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Contratado	4,500	S/ 3,440.00	S/ 15,480,000.00	26
	PORFOLIZUMAB 25 mg/1 mL 4 mL INYECTABLE	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Contratado	5,000	S/ 5,676.27	S/ 28,381,363.50	25
	ESBIRTINIB 800mg TABLETA	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Contratado	15,000	S/ 687.50	S/ 10,312,500.00	22
	LINALIDOMED 100 mg TABLETA	SUBVITO PREVIO FARMACIA	Contratado	1ra entrega: 6,000 unid. (S/ 11,200) 2da entrega: 6,000 unid. (S/ 12,200) 3ra entrega: 6,000 unid. (S/ 13,200)	18,000	S/ 221.66	S/ 3,990,000.00	11
	NILUTRID 200 mg TABLETA	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	2da entrega: 6,000 unid. (S/ 16,000)	12,000	S/ 221.66	S/ 2,660,000.00	11
	CLARIB 150 mg TABLETA	CONTRATACIÓN PÚBLICA	Contratado	2da entrega: 4,800 unid (S/ 68,000)	20,000	S/ 244.00	S/ 4,880,000.00	22
	ALICURB 150 mg TABLETA	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Contratado	29,000	S/ 22.00	S/ 638,000.00	14
				Suma Pre 12,66,3000				
NO PNUME	RELATUMUMAB 20 mg (20 mg/mL) 100 mL	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Plan de entrega: 1 ítem a partir de la firma de contrato 1ra entrega: 60,000, 60,000, 60,000 2da entrega: 71,167,000, 60,000 3ra entrega: 28,112,000, 60,000 4ta entrega: 20,000, 60,000, 60,000	200	S/ 10,500.00	S/ 2,100,000.00	3
	TREXINDO DE ARGENTIO 1 mg/ml, 20 mL	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Suma Pre propuesta para 21,69,3025 1ra entrega: 67 días, 100 unid. 2da entrega: 133 días, 100 unid. 3ra entrega: 199 días, 100 unid.	400	S/ 5,500.00	S/ 2,200,000.00	3
	ALICURB 150 mg TABLETA	CONTRATACIÓN DIRECTA	Contratado	Plan de entrega: 1 ítem a partir de la firma de contrato 1ra entrega: 10 días, 100 unid. 2da entrega: 60 días, 100 unid. 3ra entrega: 110 días, 100 unid. 4ta entrega: 160 días, 100 unid. 5ta entrega: 210 días, 100 unid.	1,000	S/ 261.32	S/ 261,320.00	3
	CARBOCITIN 60 mg TABLETA	CONTRATACIÓN PÚBLICA	Contratado	Plan de entrega: 1 ítem a partir de la firma de contrato 1ra entrega: 10 días, 100 unid. 2da entrega: 60 días, 100 unid. 3ra entrega: 110 días, 100 unid. 4ta entrega: 160 días, 100 unid. 5ta entrega: 210 días, 100 unid.	1,000	S/ 261.32	S/ 261,320.00	3
	COPIRABEN 1 mg/mL INYECTABLE 20 mL			No se requiere, se cuenta con stock	0	S/ 2,200.00	S/ 0.00	2
	ESBOVICIN 300 mg 150				0	S/ 100.00	S/ 0.00	16

Asimismo, indicó que uno de los principales retos destacados es la distribución y disponibilidad de medicamentos oncológicos de alto costo. Según datos del tercer trimestre de 2025, un porcentaje significativo de estos

productos presenta un abastecimiento inferior al 67%, lo que refleja dificultades en la cadena de suministro y en la gestión de recursos. Estos desafíos subrayan la necesidad de mejorar los procesos de contratación, adquisición y distribución para garantizar el acceso oportuno a tratamientos vitales para los pacientes con cáncer.



En conclusión, aunque se han establecido marcos normativos y estrategias para asegurar el abastecimiento de medicamentos oncológicos, persisten obstáculos en la disponibilidad y acceso, especialmente para aquellos de alto costo. Esto requiere una coordinación más eficiente entre las instituciones involucradas y la implementación de soluciones sostenibles para cubrir las necesidades de los pacientes. Finalizando su participación.

MARCO PRESUPUESTAL PP 024

Información al día como del 12 de agosto 2023

BLINDOS GENERALES	PIA	PM	CERTIFICADO	COMPROMISO	DEVENGADO	BALDO PM	% NIVEL EJECUC
ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN SANITARIAS							
0024 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	S/ 408,680,378	S/ 408,680,378	S/ 371,955,368	S/ 345,253,035	S/ 288,707,822	S/ 37,924,966	70.8

Proyecto	PIA	PM	Certificado	Compromiso Global	Ejecución			Avance %
					Cobertura de Compromiso Mensual	Devengado	Usado	
00004 VALUTACIÓN PARA EL CÁNCER DE CUERPO Blando	11,308,800	0	0	0	0	0	0	0.0
00006 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUERPO Blando PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	3,332,387	316,000	310,000	310,000	310,000	281,319	207,319	68.9
00008 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE VAMA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	14,508,000	132,186,233	129,249,828	129,909,800	128,831,828	88,872,438	87,080,862	81.5
00009 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	3,077,302	1,306,000	1,306,000	1,306,000	1,306,000	871,000	871,000	41.5
00010 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PROSTATAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	12,877,100	1,884,000	1,884,000	1,884,000	1,884,000	1,338,000	1,338,000	79.5
00016 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN QUE NO INCLuye DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	27,875,100	17,876,100	18,140,300	18,087,767	18,087,767	13,752,000	13,752,000	81.0
00019 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE COLÓN Y RECTO QUE INCLuye DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO	6,438,800	2,371,143	2,318,188	2,424,188	2,424,188	1,309,815	1,329,815	48.0
00021 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HÍGADO QUE INCLuye DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO	14,883,870	0	0	0	0	0	0	0.0
00022 ATENCIÓN DE LA LEUCEMIA QUE INCLuye DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	11,886,800	28,403,028	28,000,118	27,438,381	26,638,381	19,332,884	18,511,834	82.1
00023 ATENCIÓN DE LA LEUCEMIA QUE INCLuye DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	21,842,100	7,234,048	7,212,842	6,912,842	6,912,842	2,528,038	2,528,038	34.4
00024 ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA QUE INCLuye DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO	148,800	16,040	16,040	16,040	16,040	16,040	16,040	100.0
00025 PERSONA TRANS PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES ESPECIALIZADO	8,800,000	0	0	0	0	0	0	0.0
00026 NIVEL Y NIVEL PROTECTOR CONVENIO COVENIO 11194	28,827,800	0	0	0	0	0	0	0.0

Presentación del señor José Gabriel Cabrejos Pita, Ejecutivo Adjunto de la DIGEMID, quien informó respecto a los retos en el acceso a tratamientos oncológicos aprobados por RENETSA, como el Blinatumomab, y a medicamentos esenciales como la morfina en jarabe para el manejo del dolor.

El señor Cabrejos Pita inicio su participación destacando los puntos siguientes:

1. **Garantía de medicamentos oncológicos:** DIGEMID es responsable de asegurar la **disponibilidad, calidad y acceso** a medicamentos e insumos esenciales para el tratamiento del cáncer infantil, un punto crítico dado el desabastecimiento reportado en provincias.
2. **Regulación y agilización de procesos:** Se destacó la necesidad de **simplificar trámites** para la aprobación de terapias innovadoras y reducir barreras burocráticas, alineándose con el compromiso internacional del Perú en la iniciativa mundial contra el cáncer infantil.
3. **Fiscalización y transparencia:** En el contexto de las demandas del congresista Aguinaga por mayor **transparencia en el uso de recursos**, DIGEMID podría fortalecer la supervisión de la cadena de suministro de medicamentos, evitando desvíos o irregularidades.

Subrayó el papel de DIGEMID en la **implementación de políticas concretas** para mejorar el acceso a tratamientos oncológicos pediátricos, especialmente en la descentralización de servicios y la optimización de compras públicas (en coordinación con Minsa y EsSalud). Sin embargo, se requiere mayor difusión de sus acciones específicas para evaluar su impacto real en la reducción de la mortalidad infantil por cáncer.

Acto seguido, el señor presidente de la Comisión Especial dio pase a un panel de discusión para analizar las barreras administrativas que enfrentan los pacientes para acceder a terapias de alto costo, incluyendo la gestión de medicamentos oncológicos en riesgo de vencimiento y la agilización de los procesos para trasplante de médula ósea; y las estrategias para mejorar la ejecución presupuestal con el fin de mejorar la atención de los niños y adolescentes con cáncer, y oportunidades de mejora en el acceso para una atención oncológica descentralizada (infraestructura, recursos humanos, equipos e insumos médicos)

Dejó en uso de la palabra a la señora Dra. Zulema Tomas, Directora del Hospital Niño San Borja. Al respecto, la señora Dra. Zulema Tomas saludó al presidente de la Comisión Especial y a todos los congresistas que se encontraban conectados a través de la plataforma de sesiones microsoft teams. Asimismo, agradeció la oportunidad de presentarse en la sesión ordinaria para informar respecto de los avances en el proceso de implementación en el marco de la iniciativa mundial contra el cáncer infantil, desde el Hospital Niño San Borja.

Sobre el particular, la Dra. Tomas informó que la institución lleva 10 años tratando casos de leucemia, anemia clásica y linfomas, y 9 años realizando trasplantes de médula ósea. Con relación a la gestión de medicamentos, señaló que se coordina con el Ministerio de Salud y la DPCAN para la adquisición de fármacos de alto costo, los cuales requieren aprobación de la FDA y RENETSA. Asimismo, refirió que actualmente, el hospital atiende a 3,500 pacientes en quimioterapia y ha realizado 512 trasplantes.

En relación con los desafíos operativos, la Dra. Tomas mencionó que existen demoras en los procesos debido a trámites administrativos, pero destacó que una gestión eficiente del IPRESS permite superarlos. El hospital cuenta con un presupuesto de 24 millones de soles, con un 74% de ejecución, e impulsa convenios como el firmado con el INEN para radioterapia. Subrayó.

En relación con la infraestructura y logística, informó que el hospital dispone de 312 camas, distribuidas en: 24 para leucemia y 34 para neurocirugía. Punto seguido, señaló que el Hospital produce su propia morfina para garantizar el manejo del dolor en pacientes pediátricos.

En referencia a la atención a los pacientes regionales, la Dra. Tomás destacó que el 70% de los casos provienen de regiones (Lambayeque, Loreto, Trujillo), lo que evidencia la necesidad de descentralizar los servicios oncológicos y fortalecer albergues para familias. Hizo un llamado a priorizar la prevención y agilizar la gestión para salvar más vidas.

Como punto final, la Dra. Tomas reafirmó el compromiso del personal y la importancia de optimizar recursos para seguir brindando atención especializada, especialmente a niños de escasos recursos.

Terminada su ponencia, el señor presidente de la Comisión Especial le agradeció su intervención e inmediatamente después invitó al señor Dr. Berrospi Jefe del INEN para que informe respecto de los avances en proceso de implementación en el marco de la iniciativa mundial contra el cáncer infantil.

El Dr. Berrospi, jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), inició su intervención saludando a los presentes y destacando los logros alcanzados en la lucha contra el cáncer infantil. Resaltó especialmente el trabajo realizado en tres áreas fundamentales: trasplantes, medicina paliativa y asistencia técnica, que han permitido mejorar significativamente la atención a los pacientes pediátricos.

En cuanto a la organización del trabajo, el Dr. Berrospi hizo especial énfasis en el equipo multidisciplinario del INEN, conformado por especialistas en leucemia, linfomas y otros tipos de cáncer infantil. Este equipo ha sido clave para lograr los avances en el tratamiento de los pequeños pacientes. Respecto a la infraestructura, informó que el INEN cuenta actualmente con 65 camas pediátricas y anunció importantes avances como la reciente inauguración del servicio de emergencias pediátricas y la UCI oncológica pediátrica. Además, mencionó la solicitud de 18 camas adicionales para ampliar la capacidad de atención.

El jefe del INEN destacó las innovaciones implementadas para agilizar los procesos, como la administración más rápida de tratamientos y el uso de teleconsultas. Estos avances, junto con el trabajo del personal médico, han permitido reducir la mortalidad infantil por cáncer en un 10%. Un aspecto especialmente relevante fue el apoyo a pacientes de zonas alejadas, donde los albergues han jugado un papel fundamental al disminuir la tasa de abandono de tratamiento, proporcionando ayuda en traslados, alimentación y hospedaje.

En el ámbito regional, el Dr. Berrospi informó que después de la pandemia se atendieron 1,300 pacientes pediátricos de regiones como Loreto, Puno y Chiclayo. Resaltó la importancia del transporte seguro para pacientes y el eficiente sistema de envío de muestras diagnósticas a través de la red de IRENS, que permite realizar diagnósticos oportunos.

Finalmente, el Dr. Berrospi compartió los proyectos de cooperación internacional para la formación de especialistas y los planes de modernización del INEN, que incluyen un Proyecto Oncológico Pediátrico Exclusivo y la ampliación de centros quirúrgicos para trasplantes de médula ósea. Concluyó reafirmando el compromiso del INEN con la atención integral y humanizada de los niños con cáncer en todo el Perú.

Finalmente, el Dr. Berrospi agradeció la oportunidad de exponer el trabajo de su sector e inmediatamente el señor presidente de la Comisión Especial dejó en uso de la palabra a los representantes de las Fundaciones como Casa Khuyana, Colectivo Ley Cáncer Infantil, ESPERANTRA como organizaciones que trabajan incansablemente en la lucha contra el cáncer infantil.

Al respecto, hubo alcances transmitidos entre las participantes presentes como la de, la Sra. Carla Ruiz, representante de la organización ESPERANTRA, quien destacó la importancia del marco normativo actual que se encuentra en proceso de actualización. Sobre el particular, señaló como prioridad fundamental la reducción de la tasa de abandono de tratamientos oncológicos en niños, enfatizando la necesidad de avanzar con medidas concretas para garantizar la continuidad terapéutica de los pacientes pediátricos. Así mismo, Casa Khuyana que habló sobre la importancia de contar con la normativa que permita el desarrollo de los hospicios, dentro del proceso de implementación de los cuidados paliativos en el sistema de salud. Por otro lado, la presidenta del Colectivo Ley de Cáncer Infantil mencionó que se debe hacer uso eficiente de los recursos financieros asignados este año, ante una evidente falta de equipamiento para los pacientes con cáncer, en especial de resonadores magnéticos y tomógrafos. Manifestando los equipos previamente mencionados, se encuentran con frecuentes problemas en su operatividad, lo que afecta a los pacientes con cáncer.

Seguidamente, el presidente de la Comisión Especial hizo una reflexión contundente al señalar que en estas decisiones "se está definiendo el destino de miles de peruanos". Para avanzar en la solución, planteó cuatro ejes estratégicos: la eliminación de barreras administrativas, la agilización de procesos críticos, la mejora en la ejecución del presupuesto asignado y el fortalecimiento de las políticas de descentralización en oncología pediátrica.

Por su parte, la Dra. Maradiegue aportó valiosa información técnica sobre los procesos presupuestarios, explicando que la preparación del presupuesto en salud requiere todo un año de anticipación. Detalló que existe un equipo especializado trabajando en estas labores, pero que necesita mejores condiciones operativas.

Respecto a las adquisiciones, aclaró que todo el proceso se gestiona mediante demandas previamente identificadas para que puedan ser atendidas en el ejercicio fiscal siguiente, destacando además el trabajo articulado que se realiza para garantizar la programación de compras.

En esa línea, el presidente de la Comisión Especial formuló dos preguntas cruciales que marcaron el tono del debate: "¿Cómo logramos que los medicamentos lleguen más rápido a los pacientes?" y "¿Por qué los medicamentos farmacopediátricos no incluyen aún los medicamentos internacionales esenciales?". Estas interrogantes quedaron planteadas

como los grandes desafíos por resolver en el corto plazo.

Ante las intervenciones realizadas y preguntas planteada, el asesor de la Comisión Especial y exdirector ejecutivo de la dirección de prevención y control del cáncer, solicita la palabra para priorizar dos aportes. Con respecto a la ejecución presupuestal, se hizo mención que, desde enero 2025, la DPCAN tenía bajo su responsabilidad de conducir la ejecución de los 121.2 millones de soles, asignados para la compra de equipos biomédicos para la prevención y control del cáncer, sin embargo a la fecha sólo logró un 9.2% de avance de ejecución presupuestal. Esta misma dirección ha puesto a disposición 56.5 millones de soles, y cuenta con 50 millones de soles sin comprometer a menos de cuatro meses de cerrar el año fiscal 2025, por tal motivo se instó a recuperar eso 56.5 millones de soles y a través de un proyecto de Ley poder lograr la ejecución presupuestal en el presente año fiscal 2025. Y en segundo lugar, solicitó una hoja de ruta clara y corta, para que los pacientes con cáncer accedan a los tratamientos oncológicos de alto costo, que han sido recomendados por RENETSA, dado que, en la actualidad, medicamentos como el Blinatumomab, que fue recomendado el 14 de febrero del 2025, aún no ha sido adquirido.

Terminado el debate, el señor presidente enfatizó que, desde esta Comisión Especial, se están dando pasos importantes en la lucha contra el cáncer infantil. Refirió que los compromisos asumidos y las respuestas recibidas nos obligan a redoblar esfuerzos para garantizar acceso oportuno a tratamientos, descentralización efectiva y transparencia en el uso de recursos. Por tanto, fue enfático en señalar que, desde la Comisión, se seguirá fiscalizando con rigor cada avance, porque nuestra misión es clara: transformar las promesas en realidades tangibles.





3.1.2. Décimo Sexta sesión Extraordinaria (05.09.2025)

Se llevó a cabo la Décimo Sesión Ordinaria, programada el 05 de setiembre del 2025 en la sala 2 Fabiola Salazar Leguía del edificio Víctor Raúl Haya De La Torre y a través de la Plataforma de sesiones virtuales Microsoft Teams.

Previo al inicio de las ponencias, el señor presidente de la Comisión señaló: Que se abordará como Punto Único de la Agenda: Recursos Humanos en la Salud para la prevención y control del cáncer en el Perú.

El señor presidente de la Comisión Especial señaló que el cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, y en el Perú la fragmentación del sistema de salud genera que el acceso a una atención oportuna sea limitado, en especial para los pacientes que se encuentran en las regiones; esto debido a la falta de profesionales de la salud, especialistas en oncología, así como de otras especialidades vinculadas a la atención oncológica.

Ante esta situación, el señor presidente señaló que el amplio marco legal promulgado en los últimos años por el Congreso de la República buscaba que el Poder Ejecutivo implementara acciones concretas para lograr una descentralización real de los servicios oncológicos en el Perú.

Por tanto, la presidencia señaló que lamentablemente y de manera exasperante, los problemas se repiten con una monotonía crítica: la falta de voluntad política para descentralizar los servicios oncológicos, la negligencia en los procesos de compra de medicamentos y el abandono de las regiones. Esta perpetuación del fracaso está demostrando una alarmante indiferencia hacia el sufrimiento de miles de peruanos que padecen algún tipo de cáncer.

En esa línea la presidencia refirió que:

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

El señor presidente señaló que la gravedad de esta carencia se evidencia en las cifras: cada año, 1.900 niños son diagnosticados con cáncer en el Perú, y cerca de 800 fallecen por falta de acceso oportuno

a tratamiento, contando solo con 47 médicos especialistas en todo el país.

El señor presidente recordó que, en el marco de la labor de fiscalización, se ha revisado informes técnicos emitidos por el Ministerio de Salud sobre la implementación del Plan de Cierre de Brechas de Médicos Especialistas y Subespecialistas en oncología; y hemos encontrado la radiografía de un sistema enfermo; un sistema que, mientras por un lado anuncia planes y programas, por el otro niega su propia viabilidad a proyectos urgentes y devuelve el presupuesto destinado a salvar vidas. Ante esta grave contradicción que perpetúa la crisis oncológica nacional, y porque los pacientes con cáncer y sus familias no pueden esperar más, hemos convocado a los máximos representantes del Sector Salud y a la comunidad médica nacional para exigir resultados concretos.

Citó un caso que es el espejo de todo el Perú: la región Puno. Mientras esta Comisión se reúne para planificar el cierre de brechas, el propio Ministerio de Salud, en un informe de fecha 12 de mayo de 2025 (Oficio N° D001135-2025), calificó como “NO VIABLE” la creación de un Hospital Regional de Cáncer en Puno. Argumentan trámites, procedimientos y falta de marco normativo.

En ese sentido, preguntó: ¡Señor Ministro de Salud! ¿Qué les respondemos a los miles de puneños que ven cómo su demanda de atenciones oncológicas ha aumentado en 27% y 28% en sus hospitales regionales? ¿Qué aguarden a que se complete un ciclo de inversión multianual? ¿Esa es la respuesta del Estado?

El señor presidente refirió que el problema no es solo Puno, el problema es sistémico. Ese mismo informe del MINSa revela el drama nacional de la inejecución presupuestal:

- ⇒ En 2023, para contratar personal crucial, solo ejecutaron el 88%. ¡Faltan médicos, y no pueden gastar el dinero para contratarlos!
- ⇒ Para mantenimiento de equipos que diagnostican y tratan el cáncer, solo ejecutaron el 60%. ¡Equipos que se averían y no se reparan!
- ⇒ En 2024, la historia se repite: 87% de ejecución. ¡Les sobra el dinero para el cáncer y lo devuelven!

En esa línea el señor presidente señaló que: aquí se observa serias deficiencias en la gestión, ineficiencia en la ejecución y, lo que es más grave, una aparente falta de voluntad para resolver un problema que cuesta vidas. Así es, señores, la voluntad política y el compromiso con nuestra población deben ser inquebrantables. Por eso hoy, con la responsabilidad que nos asiste, convocamos a todos y cada uno de los altos funcionarios aquí presentes para que rindan cuentas de manera específica y clara.

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

Asimismo, el señor presidente pregunto al Viceministro de Prestaciones, Dr. Cuba García: por el Plan Nacional de Cierre de Brechas de Especialistas. No se quiere una lista de deseos, se requiere metas, plazos concretos y un plan de financiamiento ejecutable. ¿O acaso seguiremos viendo cómo se devuelven los fondos para contratación?

De igual manera consulto a la señora Directora Ejecutiva de la DPCAN, Dra. Maradiegue: preséntenos un reporte detallado, no de escritorio, sino de campo, sobre la implementación real de la Ley del Cáncer del Niño y Adolescente. ¿Cuántos niños están siendo atendidos? ¿Dónde? ¿Con qué recursos?

También consultó al señor Director de la Escuela de Salud Pública, Dr. Vera Loyola: Espero de usted no solo un diagnóstico, sino una propuesta contundente y concreta para el fortalecimiento masivo de competencias en oncología.

El señor presidente fue enfático en señalar que se necesita cirujanos, gineco-oncólogos, radio-oncólogos; por tanto, preguntó ¿Cuál es su plan para formarlos?

Preguntó asimismo al señor Director General de Personal de la Salud, Dr. Cruzate Cabrejos: Su presentación sobre la propuesta normativa para monitorear el desempeño debe ir de la mano con un plan para retener y motivar al talento humano. De nada sirve monitorear si los profesionales se van por precariedad.

Y pregunto a las autoridades del Colegio Médico, Decano Riega López, Secretario General Contreras Carmona y Secretaria Blas: Les pido su voz crítica y propositiva. Nos urge una alianza estratégica con ustedes, que conocen la realidad de los médicos en primera línea, para presionar juntos por los cambios que el sistema necesita.

Finalmente refirió que, como presidente de esta Comisión, continuara con firmeza el proceso de fiscalización permanente. Revisaremos cada meta, cada sol ejecutado, cada informe de avance. La lucha contra el cáncer no se gana en reuniones. Se gana con acción, recursos bien invertidos y una férrea voluntad política. Y de eso, señores, les vamos a pedir cuentas hoy y todos los días.

Presentación del Dr. Herberth Ulises Cuba García, Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud, a fin de que informe respecto al Plan de cierre de brechas de Médicos Especialistas y Subespecialistas para brindar la atención oncológica en el Perú; y los resultados obtenidos a la fecha, así

como las recomendaciones como oportunidades de mejora; entre otros temas de interés nacional que se encuentren dentro de sus competencias.

El señor presidente de la Comisión Especial dio una cordial bienvenida al señor Cuba García y le agradeció por su compromiso con la Comisión y por su participación en la sesión ordinaria, dejándola en el uso de la palabra.

Seguidamente el señor Cuba García saludo a todos los presentes y agradeció la invitación a la sesión extraordinaria a fin de que informe respecto al Plan de cierre de brechas de Médicos Especialistas y Subespecialistas para brindar la atención oncológica en el Perú; y los resultados obtenidos a la fecha, así como las recomendaciones como oportunidades de mejora.

El MINSA en la brecha de recursos humanos se ha logrado avanzar en algo, como podremos indicar que el año 2020 se tenía 334 especialistas oncólogos, el 2022 se incrementó a 481 y al cierre del 2024 se ha llegado a 731 especialistas oncólogos, es decir casi un 80% más de los que encontramos en la gestión. Hay un marco normativo muy restringido para el crecimiento de plazas, uno por el tema presupuestal y el marco legal de residentado médico.

En Oncología Pediátrica hay un incremento importante pero insuficiente, el año 2020 hubo 10 especialistas el 2022 y el 2024 16, las plazas cautivas no se cubren, hay hospitales que están equipados pero no tienen el recurso humano y no se puede cubrir, en el Cáncer Infantil es casi imposible que sea preventivo, sino debe hacer es una detección precoz, es lo más difícil y se necesita muchos especialistas, se debe cumplir la parte normativa respecto a los subsidios y es un grave problema que no se tenga albergues; entre otros temas de interés nacional que se encuentren dentro de sus competencias. Culminada su presentación, el señor presidente de la Comisión Especial agradeció su ponencia y lo invitó a que continúe presente en el desarrollo de la sesión ordinaria.

Presentación del Dr. Vicente Leandro Cruzate Cabrejos, Director General de Personal de Salud del Ministerio de Salud, a fin de que informe respecto a lo señalado en el Oficio N° 11-2025-2026 referente a la Propuesta Normativa para monitorear el desempeño de los profesionales de Salud para la prevención y control del Cáncer.

Seguidamente el Dr. Cruzate Cabrejos saludo a todos los presentes inicio su ponencia presentando el **Anteproyecto de “Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer”**, una iniciativa de la Dirección General de Personal de la Salud. Enmarcó esta

propuesta dentro del mandato de la **Ley Nacional del Cáncer, Ley N° 31336**, cuyo objeto es garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria de los servicios oncológicos.

LEY N° 31336: Ley Nacional del Cáncer

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente norma tiene por objeto **garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria de los servicios de salud para todos los pacientes oncológicos**, indistintamente al tipo de cáncer que padezcan, con la finalidad de asegurar el acceso al derecho fundamental a la salud en igualdad de



UNDÉCIMA: El MINSA a través del órgano competente, elabora los documentos normativos que permitan el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud, para la prevención y control del cáncer; en un plazo máximo de ciento veinte (120) días calendario,

Subrayó que la **finalidad** última de esta directiva es **contribuir con la disminución de la morbilidad por cáncer** en la población peruana, reconociendo que la detección temprana es una de las estrategias más efectivas para lograr este objetivo.

El **Dr. Cruzate destacó** que el **objetivo general** del instrumento es establecer los procedimientos y criterios específicos para realizar un monitoreo sistemático del desempeño de los profesionales de la salud directamente involucrados en la detección temprana del cáncer. Explicó que este no es un proceso punitivo, sino una herramienta de **mejora continua**, definido como un proceso **permanente y sistemático** centrado en el profesional, diseñado para recopilar y analizar información que permita una mejor toma de decisiones y la identificación de oportunidades de mejora en las prácticas clínicas.



Objeto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"

OBJETIVO GENERAL

- Establecer los **procedimientos y criterios para el monitoreo del desempeño** de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los **procedimientos para el monitoreo** del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer.
- Establecer los **criterios de aplicación del Instrumento de Monitoreo del Desempeño** de los profesionales de la salud en la detección temprana del Cáncer.

Asimismo, el ponente recalcó las etapas y disposiciones específicas que conforman el corazón de la directiva. Detalló que el proceso comienza con una fase de **asistencia técnica y sensibilización** por parte del MINSA dirigida a las DIRESAS, GERESAS y DIRIS, con el fin de motivar a los profesionales y asegurar la correcta comprensión de la metodología. Enfatizó los **estrictos requisitos** que deben cumplir los responsables designados para llevar a cabo el monitoreo, incluyendo 5 años de experiencia en el sector público, 1 año específico en procesos de tamizaje o detección temprana, y una capacitación oficial en la metodología. Además, se priorizará la evaluación en establecimientos de salud I-4 que cuenten con la infraestructura, insumos y recursos humanos necesarios, garantizando que la evaluación se realice en contextos con condiciones básicas aseguradas.



Anteproyecto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"

- La DIRESA/GERESA/DIRIS designa a los responsables del monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer, con una temporalidad de un año



Finalmente, el Dr. Cruzate concluyó explicando el mecanismo de **seguimiento y fiscalización** que asegurará la efectividad de la directiva. Mencionó que las DIRESAS, GERESAS y DIRIS deberán remitir al MINSA **informes semestrales** detallados que incluyan el cronograma ejecutado, la lista de establecimientos visitados, los datos de los responsables del monitoreo, una descripción de las acciones realizadas y, crucialmente, un **cuadro resumen de los resultados** que clasifique a los profesionales en "aprobados" (cumplen el 100% de los ítems) o "en proceso" (no cumplen el 100%).

Anteproyecto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"

- La DIRESA/GERESA/DIRIS elabora y socializa el cronograma e instrumento del monitoreo de desempeño de los profesionales de la salud a nivel de los establecimientos de salud priorizados.

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Elaboración del instrumento de monitoreo	Definición de establecimientos a monitorear	Definición de indicadores	Definición de responsables	Definición de recursos
Elaboración del instrumento de monitoreo	■				
Definición de establecimientos a monitorear		■			
Definición de indicadores			■		
Definición de responsables				■	
Definición de recursos					■

Anteproyecto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"

- La DIRESA/GERESA/DIRIS socializa las normas vigentes para la detección temprana del cáncer a ser consideradas en el monitoreo de desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer, a cada establecimiento de salud priorizado.



Anteproyecto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"

Durante el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer

- El responsable de monitoreo visita al establecimiento de salud según el cronograma socializado por la DIRESA/GERESA/DIRIS, para la realización del monitoreo del desempeño.



Anteproyecto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"



La DIRESA GERESA, DIRIS remite al MINSA un informe semestral sobre los monitoreos de desempeño de los profesionales de salud, el cual debe contener minimamente lo siguiente:

- Cronograma anual para el monitoreo del desempeño.
- Lista de establecimientos de salud visitados según el cronograma.
- Los datos del o los responsables del monitoreo de desempeño.
- Breve descripción sobre las acciones realizadas por la GERESA, DIRESA, DIRIS, del proceso de monitoreo de desempeño realizado.
- Cuadro resumen de los resultados de los monitoreos realizados.
- Listado de los profesionales que cuentan con juicio de "aprobados" y "en proceso".
- Acciones realizadas por la DIRESA, GERESA, DIRIS con respecto a los resultados "en proceso".

El cierre de su presentación reforzó el mensaje de que este sistema de monitoreo no busca sancionar, sino construir una cultura de mejora continua y retroalimentación que empodere a los profesionales de la salud y, en última instancia, salve vidas a través de una detección más temprana y efectiva.

Anteproyecto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"

De las acciones posteriores al monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer



La DIRESA/GERESA/DIRIS gestiona las mejoras en la detección temprana del cáncer sobre la base de los informes de monitoreo del desempeño.



La DIRESA, GERESA, DIRIS entrega al profesional que ha obtenido el resultado de "aprobado" una constancia del desempeño obtenido, con copia a su legajo.



La DIRESA/GERESA/DIRIS, programa asistencias técnicas o capacitaciones a los profesionales de la salud que obtuvieron la calificación "en proceso", previo a la programación de una

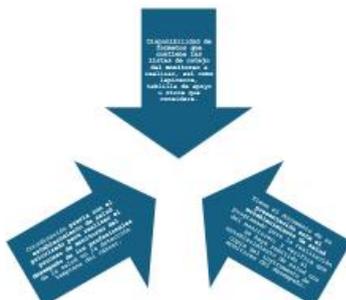


La DIRESA/GERESA/DIRIS programa una segunda visita de monitoreo del desempeño, al profesional de la salud que obtuvo un resultado "en proceso".



Anteproyecto de "Directiva Administrativa para el monitoreo del desempeño de los profesionales de la salud en la detección temprana del cáncer"

De los Criterios de aplicación del Instrumento de Monitoreo del desempeño de los Profesionales de la Salud en la Detección Temprana del Cáncer



Culminada la presentación, del Dr. Cruzate, el señor presidente de la Comisión Especial agradeció su ponencia y lo invitó para que continúe presente en el desarrollo de la sesión ordinaria.

Presentación de la Dra. Essy Milagros Maradiegue Chirinos, Directora Ejecutiva de Prevención y Control del Cáncer del Ministerio de Salud, a fin de que informe respecto al avance en la implementación de la Normativa Legal descrita en el Artículo 6 del Reglamento de la Ley N° 31041, Ley de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente.

La Dra. Maradiegue, inicio su presentación destacando los significativos avances en la implementación del **Reglamento de la Ley N° 31041**, Ley de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente, específicamente en el desarrollo de las herramientas normativas mandatadas por su **Artículo 6**. Enfatizó que este marco legal es fundamental para operativizar el principio de "urgencia médica" en la práctica, transformando los postulados de la ley en acciones concretas, obligatorias y medibles en todo el sistema de salud peruano, con el objetivo de eliminar barreras burocráticas y garantizar una atención rápida y efectiva.

26 Julio 2021

Reglamento de la Ley de Cáncer infantil

Artículo 6.- Acción del Estado en la atención integral de cáncer en niños y adolescentes

- ✓ De la búsqueda de signos y síntomas de cáncer infantil en el primer nivel de atención.
- ✓ De la detección oportuna, referencia y contrarreferencia De la atención especializada.
- ✓ De la formación en detección oportuna de cáncer en niños y adolescentes.
- ✓ Del Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer.
- ✓ De los albergues para pacientes con cáncer.

La Dra. Maradiegue detalló los instrumentos normativos específicos creados para cumplir con este mandato. Uno de los pilares es la **inclusión de los signos de detección temprana de cáncer infantil en la Norma Técnica de Salud (NTS) de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)**, lo que permite integrar la búsqueda activa de casos en la atención primaria de rutina. Asimismo, presentó la **Norma Técnica de Salud N° 218-MINSA/2024**, que establece por primera vez **tiempos máximos de espera obligatorios**: referencia de casos en menos de 72 horas, inicio de tratamiento para leucemias en menos de 15 días y para tumores sólidos en menos de 31 días desde la sospecha diagnóstica.

Estos plazos se complementan con la **Directiva Sanitaria N° 090-MINSA/2020**, que define un flujograma claro de atención para agilizar el proceso.

De la búsqueda de signos y síntomas de cáncer infantil en el primer nivel de atención.

Inclusión de los signos de detección temprana de cáncer infantil en la NTS CRED

Asunto : SOLICITUD DE OPINIÓN FAVORABLE AL ANTEPROYECTO DE LA "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO" DIRECCIONES EJECUTIVAS.

Referencia : PROVEIDO N° D003529-2025-03/ESP-OP CAN-MINSA (19AGO2025)
N° E xp : DG/ESP-DVIC/2025000483

Fecha : Jesus Maria, 21 de agosto de 2025

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, en respuesta a la solicitud formal de opinión técnica al anteproyecto de la "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo del niño", ha llevado a cabo una revisión detallada del mencionado anteproyecto y tras el análisis técnico del contenido, se concluye que, presenta un marco sólido y bien estructurado que responde a mejorar el estado de salud, nutrición y desarrollo del niño de 0 hasta los 11 años 11 meses 29 días. Destacando el siguiente punto en referencia a la intervención para la prevención y control del cáncer:

- En el literal b) del numeral 6.5.4. sobre el examen físico, donde incluye la "Búsqueda de signos de Sospecha de Cáncer".
- En el numeral 7.6 del anexo IV "7. GUÍA PARA EL EXAMEN FÍSICO, donde señala sobre:
 - **Aplicación:** Se utiliza obligatoriamente en cada control de CRED para toda niña o niño de 0 a 11 años, mediante la anamnesis dirigida y el examen físico.
 - **Intervención:** La presencia de **UNO (1) O MÁS** de los siguientes signos o síntomas (un solo "SI" marcado) obliga al profesional a **activar de forma inmediata el**

Signos y Síntomas de alerta para la detección temprana del Cáncer Infantil

Personal de la salud: Si encuentras uno o más de estos síntomas en un niño(a), referirlo dentro de las 72 horas.

Padres: Si su niño(a) presenta uno o más síntomas acudir al establecimiento de salud. Detectar es una forma de amar...

- Tumor en la zona cervical que cambia de actividad del niño
- Mancha blanca en la piel (leucocia) o estrabismo de aparición brusca
- Pelusa de pelo progresiva
- Ganglios duros de > 2cm. de diámetro, o más o lugar
- Fiebre de más de 7 días de duración
- Tumor de cabeza persistente acompañado de vómitos.
- Aumento de volumen de abdomen (hinchazón)
- Aumento de volumen de alguna parte del cuerpo sin signos de inflamación.
- Manchas o pedregos repetitivos en piel
- Integración de nariz y ojos anómalos y de reciente aparición

SI DETECTAMOS EL CÁNCER INFANTIL TEMPRANAMENTE, EL 80% DE NIÑOS SE CURA. ¡LA DETECCIÓN TEMPRANA ES TAREA DE TODOS!

OPS PERU Ministerio de Salud

Asimismo, la ponente recaló la implementación de estrategias innovadoras para superar las barreras geográficas y de especialización. Anunció el lanzamiento del programa de **Telemedicina en Oncología Pediátrica "TeleOncoPeds"** en Arequipa para setiembre de 2025, una plataforma que ofrecerá teleinterconsultas para acortar tiempos de diagnóstico, telemonitoreo de casos, teleeducación para la comunidad y telecapacitación para profesionales de salud.

De la detección oportuna, referencia y contrarreferencia

TELEMEDICINA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA "TELEONCOPEDS"

- **Teleinterconsultas** para acortar tiempos diagnóstico.
- **Telemonitoreo** para seguimiento de casos.
- **Teleeducación** a agentes comunitarios y población.
- **Telecapacitación** a profesos de salud.
- **Telegestión** de servicios

Lanzamiento: Arequipa –Set 2025

Proceso de Telemedicina en Oncología Pediátrica
"Flujo de Teleinterconsulta y Telemonitoreo entre IPRESS Consultante e IPRESS Consultora"

ESENARIO 02: Teleinterconsulta con especialidades pediátricas

IPRESS CONSULTANTE

IPRESS CONSULTORA

TELECONSULTANTE

TELECONSULTOR

Comunicación vía videoconferencia

Programación de turnos

Proceso de Referencia

¿El resultado de los signos de alerta son resp. o no?

¿Se genera Teleinterconsulta N°1?

¿Admite referencia?

Teleinterconsulta N°2 (Programa CRED)

¿Registra solicitud para especialidad de pediatría y evalúa signos de alerta de cáncer infantil?

¿Recibe recomendación y programa Telemonitoreo?

¿Recibe recomendación e ingresa solicitud de referencia?

¿Evalúa atención y al

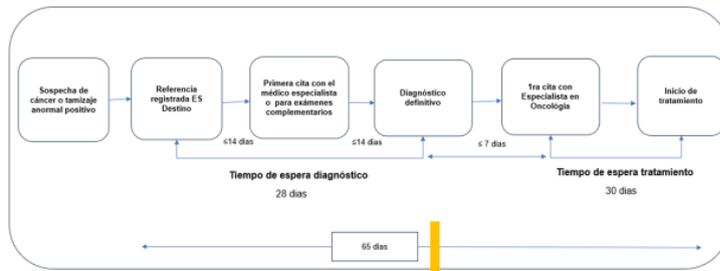
Teleatención

SIS REPCON

C/Can Oncología

Definición de tiempos de espera para referencia, diagnóstico y tratamiento de cáncer infantil

NTS N°218-MINSA/DGIESP-2024
Norma Técnica de Salud sobre el acceso a la cobertura oncológica

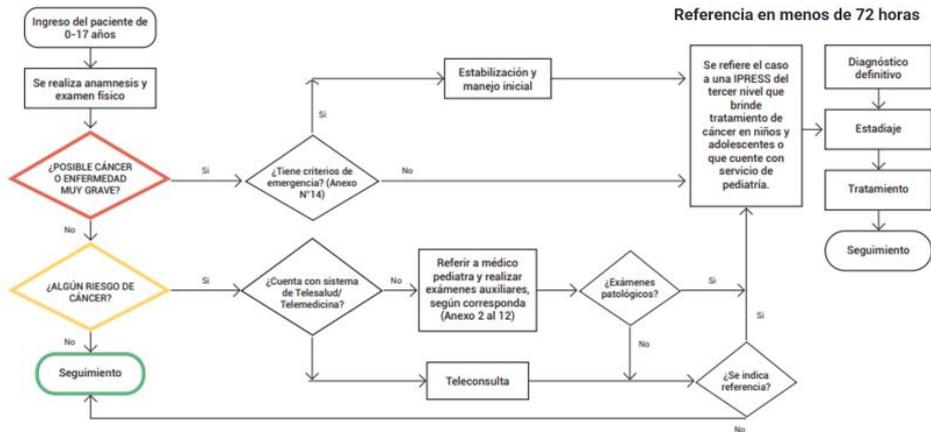


Referencia en menos de 72 horas

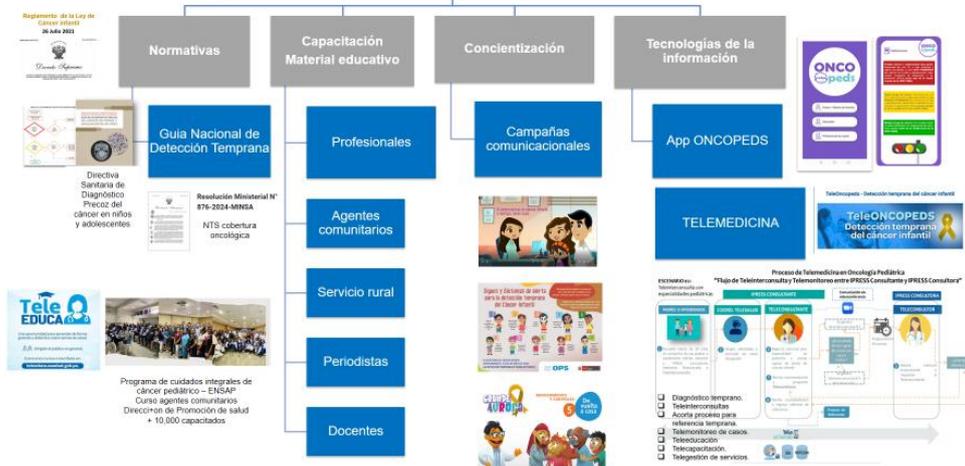
Leucemia: Inicia tratamiento en menos de 15 días
Tumores sólidos: Inicia tratamiento en menos de 31 días (desde sospecha diagnóstica)

Flujograma de atención del niño y adolescente con cáncer

Directiva Sanitaria N° 090-MINSA/2020/DGIESP
"Directiva Sanitaria para la detección temprana y atención de cáncer en el niño y adolescente"



Estrategia de Detección Temprana

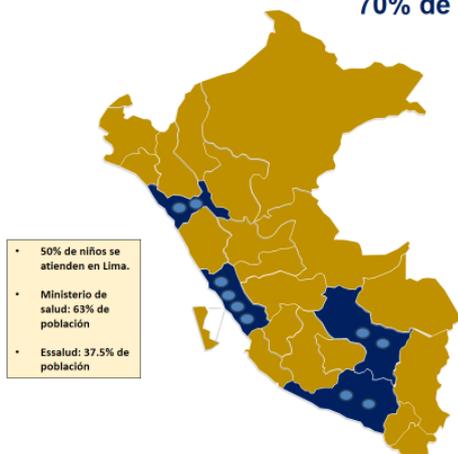


Adicionalmente, abordó el crítico desafío de los **Recursos Humanos**, revelando que el Perú cuenta con solo **35 oncólogos pediatras activos**, de los cuales 32 se concentran en Lima. Para enfrentar esta disparidad, destacó que el número de plazas de formación se ha casi **triplicado en seis años**, con 17 especialistas en formación actualmente y dos universidades (USMP y UPCH) ofertando la especialidad.



De la atención especializada.

16 Unidades de oncohematología pediátrica 70% de los menores de 18 años se atienden por SIS



MINSA: (10 centros)

- INEN
- INSN SB
- INSN Breña
- Hospital Dos de Mayo
- Hospital Cayetano Heredia
- Hospital Lorena de Cusco
- Hospital Regional de Cusco
- IREN Sur
- Hospital Honorio Delgado
- Hospital Belén de Trujillo

Essalud: (6 centros)

- Hospital Edgardo Rebagliati Martins
- Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
- Hospital Sabogal ESSALUD
- Hospital Carlos Alberto Seguin de Arequipa
- Hospital Virgen de la Puerta de La Libertad
- Hospital Adolfo Guevara de Cusco - ESSALUD

De la atención especializada.

Especialistas en cáncer infantil - 2025



Departamento	Hospital	Subsistema	Oncólogos pediatra	Hematólogos pediatra	Pediatras con competencias	Hematólogos clínicos con competencias	Fellows	TOTAL ESPECIALISTAS
Lima	INEN	MINSA	13	0	2	0	8	15
	INSN SB	MINSA	4	5	0	25	0	34
	INSN Breña	MINSA	5	2	0	4	0	11
	Dos de Mayo	MINSA	1	0	0	0	0	1
	Cayetano Heredia	MINSA	2	0	0	0	0	2
	Rebagliati	EsSalud	6	1	0	5	7	12
	Almenara	EsSalud	4	1	2	7	0	14
	Sabogal	EsSalud	2	2	0	4	0	8
	Cusco	Lorena	MINSA	0	0	1	1	0
Regional		MINSA	0	1	0	2	0	3
Adolfo Guevara		EsSalud	1	0	0	4	0	5
Arequipa	IREN Sur	MINSA	1	0	0	0	0	1
	Honorio Delgado	MINSA	0	0	0	5	0	5
La libertad	Seguin Escobedo	EsSalud	0	0	0	2	0	2
	Belén	MINSA	1	1	1	0	0	3
	Alta Complejidad	EsSalud	0	0	0	3	0	3
TOTAL			35	13	6	62	15	123

Fuente: DPCAN - 2025

Perú = 43 oncólogos pediatras, de los cuales, 35 se encuentran activos, resto se desempeña en Salud Pública, Gestión, residen en el extranjero o están jubilados.

Formación de especialistas en oncología pediátrica

Sede	2020	2021	2022	2023	2024	2025
INEN	1	0	2	2	2	4
REBAGLIATI	2	2	2	2	3	4
TOTAL	3	2	4	4	5	8

Fuente: DPCAN - 2025

El número de plazas adjudicadas casi se triplicó en seis años
 17 especialistas se están formando en los últimos tres años
 2 Universidades ofrecen oncología pediátrica: USMP - UPCH

Finalmente, la Dra. Maradiegue concluyó su presentación evidenciando el impacto tangible de estas medidas. Mencionó una **reducción significativa en los tiempos de diagnóstico**, desde 107 hasta 57 días para la referencia de casos, lo que demuestra una mejora concreta en la oportunidad de la atención. También resaltó los esfuerzos masivos de **capacitación** ejecutados a través de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), que ha entrenado a **1,955 profesionales de la salud y 750 agentes comunitarios** en 20 regiones del país entre 2023 y 2025. Todas estas acciones están enmarcadas y financiadas por el **Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030**, que, presupuesta 15 actividades específicas, asegurando así la sostenibilidad de los esfuerzos para construir una red de atención oncológica pediátrica descentralizada, eficiente y que priorice la vida de los niños y adolescentes del Perú.

CAPACITACIÓN EN 20/24 REGIONES

2023 - 2025



1955 Profesionales
750 agentes comunitarios

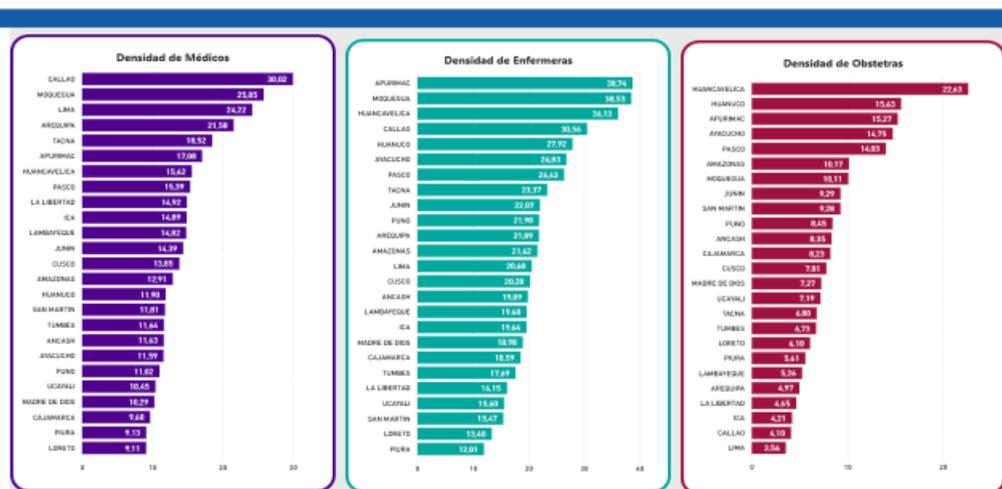
1. Lima
2. Tumbes
3. Piura
4. Lambayeque
5. La Libertad
6. Amazonas
7. Ucayali
8. Cusco
9. Arequipa
10. Puno
11. Tacna
12. Ayacucho
13. Loreto
14. Huanuco
15. San Martín
16. Ancash
17. Madre de Dios
18. Huancavelica
19. Pasco



Reunión bilateral Perú - Chile para el diagnóstico precoz del cáncer infantil

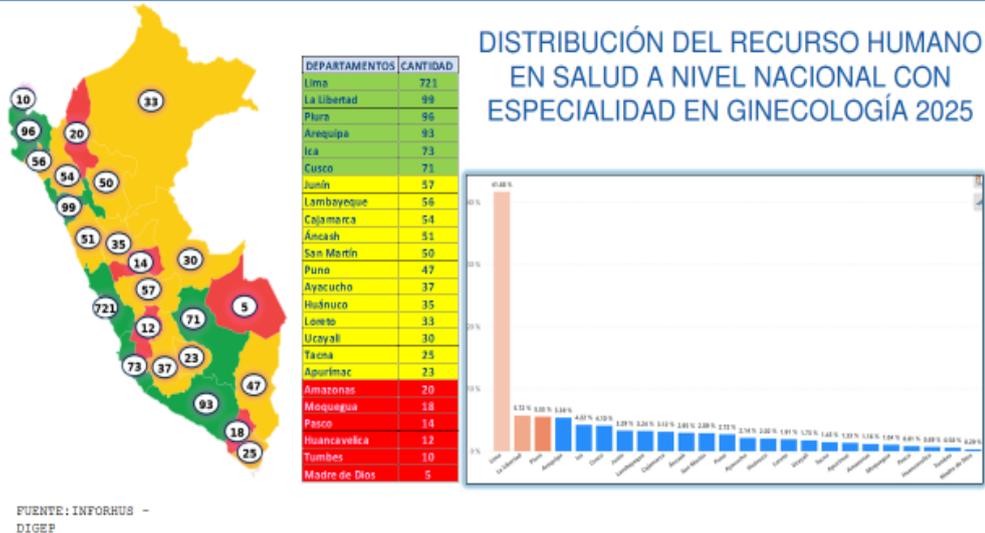
Presentación del Dr. Edy Martín Vera Loyola, Director General de la Escuela Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud, a fin de que informe respecto al Plan de Fortalecimiento de Competencias de los Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia para el desarrollo de Procedimientos Médicos necesarios para el diagnóstico y manejo de lesiones premalignas de Cáncer de Cuello Uterino.

El Dr. Vera Loyola inicio su presentación destacando que el principal desafío para la prevención y control del cáncer en el Perú es la crítica desigualdad en la distribución de los Recursos Humanos en Salud (RHS). Apoyó su argumento con datos contundentes que muestran una brecha profunda entre la capital y las regiones.

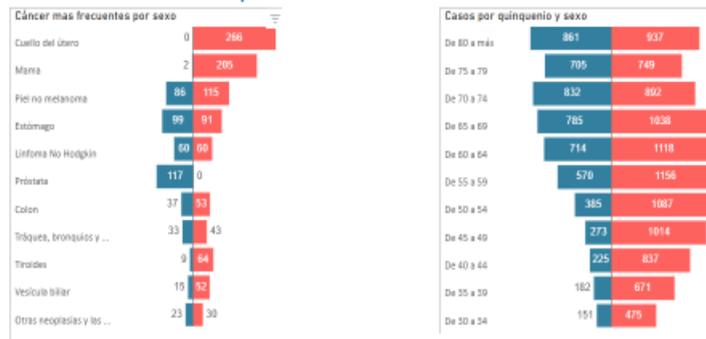


FUENTE: INFORHUS -

Por ejemplo, mientras Lima concentra 721 ginecoobstetras, departamentos como Huancavelica (12), Tumbes (10) o Madre de Dios (5) tienen una cantidad mínima de estos especialistas, quienes son cruciales para la prevención y detección temprana de cánceres ginecológicos. Esta disparidad se repite en la densidad de médicos, enfermeras y obstetras, donde regiones como Loreto, Pura y San Martín presentan las cifras más bajas, limitando severamente el acceso a servicios oncológicos básicos para una gran parte de la población.



Tipos de cáncer/sexo Casos x edad/sexo



FUENTE: CDC-MINSA

El Dr. Vera destacó la enorme carga de la enfermedad, enfocándose en el cáncer de cuello uterino y de mama como problemas de salud pública prioritarios. Citó datos de la OMS y OPS para resaltar que el cáncer cervical, con 604,000 nuevos casos y 342,000 muertes a nivel global en 2020, afecta desproporcionadamente a países de ingresos medios y bajos, y que la mortalidad en América Latina es tres veces mayor que en América del Norte, evidenciando desigualdades en riqueza, género y acceso a la salud. Para el Perú, mostró datos específicos de casos diagnosticados en 2024 para estos tipos de cáncer, subrayando la urgencia de una respuesta robusta del sistema de salud.

Cáncer de cérvix

Neoplasia frecuente en mujeres (4to cáncer), (OMS)

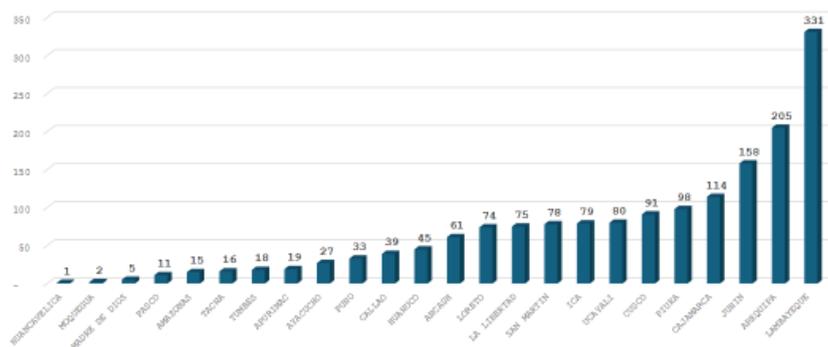
604,000 nuevos casos - fallecimientos ascendieron a 342 000. (2020)

La mayoría de los casos nuevos y fallecimientos ocurrieron en países de ingresos medios y bajos (OMS 2022).

La mortalidad es tres veces mayor en América Latina que las reportadas en América del Norte, (OPS 2022),

Evidencia la desigualdad en riquezas, género y la disponibilidad de servicios de salud en el continente (OPS 2022).

Casos diagnosticados Ca Cervix - 2024



El cáncer de mama es un problema de salud pública

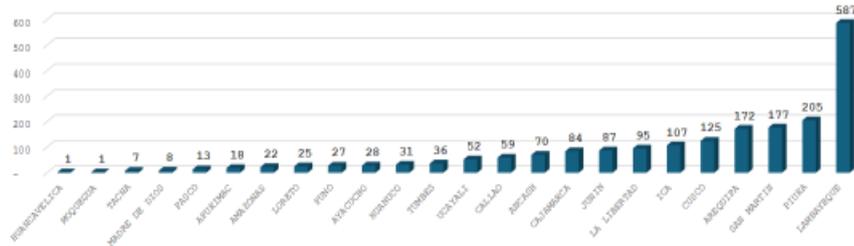
Neoplasia maligna más frecuente en mujeres a nivel mundial (31%)

Segunda causa de muerte oncológica femenina en países con ingresos bajos y medios (15%)

En Perú, su incidencia aumenta en 0,5% anual desde mediados del año 2000

Prevalencia es 135 por 100 000 habitantes

Casos diagnosticados Ca Mama - 2024



Asimismo, el ponente recalcó que la respuesta debe centrarse en la capacitación y formación especializada del recurso humano existente. Ilustró este punto detallando los programas de capacitación implementados, como el curso de "Tamizaje de Cáncer" (40 horas, 2 créditos) y el de "Diagnóstico Precoz de Cáncer en Niños y Adolescentes" (60 horas, 3 créditos), que abarcan desde la epidemiología hasta el manejo práctico de diversos tipos de cáncer. Los resultados de estas capacitaciones mostraron una necesidad de mejora, con un 45.22% de aprobados a nivel nacional, pero con una participación desigual desde las regiones, lo que indica la necesidad de intensificar y descentralizar estos esfuerzos.

CAPACITACIÓN DE TAMIZAJE DE CÁNCER

REGIÓN	CONDICIÓN APROBADO		CONDICIÓN DESAPROBADO		NSP		Total	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	Porcentaje
CALLAO	0.00%	1	0.23%	0.00%	1	0.00%	1	0.00%
MADRE DE DIOS	0.00%	1	0.23%	2	0.60%	3	0.18%	
TUMBES	0.20%	1	0.23%	1	0.30%	4	0.23%	
TACNA	0.30%	3	0.80%	3	0.80%	9	0.53%	
PUNO	1.20%	3	0.80%	4	1.10%	10	1.11%	
HUANCAVELICA	0.90%	4	1.07%	6	1.70%	10	1.11%	
CUSCO	1.20%	6	1.61%	6	1.70%	24	1.40%	
SIN DATOS	1.00%	10	2.60%	8	2.30%	28	1.63%	
PASCO	2.00%	3	0.80%	5	1.40%	29	1.69%	
LAMBAYEQUE	1.80%	8	2.14%	6	1.70%	31	1.93%	
PIURA	1.70%	9	2.41%	6	1.70%	31	1.93%	
SAN MARTIN	2.30%	5	1.34%	5	1.40%	31	1.93%	
MOQUEGUA	2.30%	8	2.14%	6	1.70%	38	2.22%	
ICA	1.70%	12	3.22%	10	2.90%	40	2.34%	
APURIMAC	1.90%	12	3.22%	9	2.60%	41	2.39%	
JUNIN	2.40%	12	3.22%	11	3.22%	48	2.80%	
UCAYALI	2.40%	18	4.20%	7	2.00%	48	2.80%	
AMAZONAS	2.80%	12	3.22%	10	2.90%	51	2.98%	
LA LIBERTAD	1.90%	13	3.40%	11	3.22%	55	3.21%	
AREQUIBA	1.50%	11	2.90%	9	2.60%	56	3.27%	
HUANUCO	1.50%	20	5.30%	5	1.40%	52	3.33%	
LORETO	1.80%	10	2.60%	12	3.52%	61	3.56%	
CAJAMARCA	4.40%	20	5.30%	10	2.90%	75	4.38%	
ANCASH	4.20%	20	5.30%	14	4.12%	77	4.50%	
AYACUCHO	5.30%	20	5.30%	10	5.60%	81	4.82%	
LIMA	45.22%	133	35.80%	151	44.94%	738	43.08%	
TOTAL POR REGIÓN	1004	100.00%	373	100.00%	336	100.00%	1713	100.00%

FUENTE: ENSAD

VI. PROGRAMACIÓN ACADÉMICA

6.1 Contenido temático

UNIDAD	LOGROS DE APRENDIZAJE	CAMPO TEMÁTICO
Unidad I Prevención del cáncer de mama	Reconocer los factores de riesgo del cáncer de mama durante el tamizaje para la prevención de esta patología	Sesión 1: Situación epidemiológica del cáncer de mama en el Perú Sesión 2: Factores de riesgo Sesión 3: Tamizaje de cáncer de mama
Unidad II Prevención del cáncer de piel	Identificar los factores de riesgo del cáncer de piel	Sesión 1: Situación epidemiológica del cáncer de piel en el Perú Sesión 2: Factores de riesgo Sesión 3: Tamizaje de cáncer de piel Sesión 4: Casos clínicos de cáncer de piel
Unidad III Prevención del cáncer de próstata	Reconocer los factores de riesgo durante el tamizaje para la prevención de cáncer de próstata	Sesión 1: Situación epidemiológica del cáncer de próstata en el Perú Sesión 2: Factores de riesgo Sesión 3: Tamizaje de cáncer de próstata
Unidad IV Prevención del cáncer de colon y recto	Identificar los factores de riesgo durante el tamizaje de cáncer de colon y recto	Sesión 1: Situación epidemiológica del cáncer de colon y recto en el Perú Sesión 2: Factores de riesgo Sesión 3: Tamizaje de cáncer de colon y recto
Unidad V Prevención del cáncer de cuello uterino	Reconocer los tipos de procedimientos disponibles para el tamizaje como estrategia de prevención del cáncer de cuello uterino	Sesión 1: Situación epidemiológica de cáncer de cuello uterino Sesión 2: Factores de riesgo Sesión 3: Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino: Detección Molecular del VPH Sesión 4: Tamizaje de cáncer de cuello uterino: Citología cervicovaginal

SÍLABO

I. DATOS GENERALES

1.1 Área académica	: Formación Continua
1.2 Tipo de acción académica	: Curso
1.3 Nombre	: TAMIZAJE DE CÁNCER
1.4 Código	: 4361
1.5 Modalidad	: No presencial (NP)
1.6 Número de horas	: 40 horas académicas
1.7 Créditos académicos	: 02 créditos
1.8 Periodo de ejecución	: 26 días
Fecha de Inicio	: 25/09/2023
Fecha de Término	: 20/10/2023

Finalmente, el Dr. Vera concluyó con una propuesta concreta: un Plan de Capacitación integral y obligatorio para las ginecoobstetras, que es una de las especialidades clave en la primera línea de defensa. Este plan debe cubrir todas las competencias necesarias: epidemiología, detección y diagnóstico (con énfasis en Papanicolaou, pruebas de VPH y colposcopia), tratamiento, prevención (vacunación contra VPH y promoción de la salud), manejo de casos complejos y actualización en guías clínicas. Propuso una metodología que combine clases teóricas, discusión de casos y práctica clínica supervisada.

SÍLABO

I. DATOS GENERALES

1.1 Área académica	: Formación Continua
1.2 Tipo de acción académica	: Curso
1.3 Nombre	: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
1.4 Código	: 4351
1.5 Modalidad	: Semipresencial síncrono (SP-S)
1.6 Número de horas	: 60 horas académicas
1.7 Créditos académicos	: 3 créditos

VI. PROGRAMACIÓN ACADÉMICA

6.1 Contenido temático

UNIDAD	LOGROS DE APRENDIZAJE	SESIONES / CONTENIDOS
Unidad I Aspectos generales del diagnóstico de cáncer en niños y adolescentes.	Reconoce en forma apropiada los aspectos generales del diagnóstico de cáncer en niños y adolescentes con el fin de prevenir oportunamente esta enfermedad.	Sesión 1: Diagnóstico situacional y epidemiología del cáncer en niños y adolescentes en Perú. Sesión 2: Factores de riesgo y síndromes genéticos asociados a cáncer en niños y adolescentes. Sesión 3: Importancia de la detección temprana de cáncer en niños y adolescentes en el marco de la Iniciativa de cáncer infantil. Sesión 4: Directiva Sanitaria para la detección temprana y atención de cáncer en el niño y adolescente.
Unidad II Tipos de cáncer más frecuentes en niños y adolescentes	Identifica en forma congruente los tipos de cáncer más frecuentes en niños y adolescentes a fin de realizar el diagnóstico precoz	Sesión 1: Leucemia y Linfoma en niños. Sesión 2: Tumores del Sistema Nervioso Central. Sesión 3: Masa abdominal: Tumor de Wilms, neuroblastoma y tumores hepáticos. Sesión 4: Tumores óseos y de partes blandas. Sesión 5: Sarcomas: rhabdomioma e histiocitosis. Sesión 6: Tumores de ovario y testículo.
Unidad III Criterios de referencia y manejo inicial de niños y adolescentes con sospecha de cáncer	Aplica en forma satisfactoria los criterios de referencia y el manejo inicial de niños y adolescentes con sospecha de cáncer con el objeto de implementar en la atención, cuidado y/o referencia oportuna.	Sesión 1: Lectura correcta del hemograma. Sesión 2: Criterios de referencia y gravedad de casos sospechosos de cáncer en niños y adolescentes. Sesión 3: Uso de la telemedicina en la detección temprana de cáncer infantil. Sesión 4: Manejo inicial del niño y adolescente con sospecha de cáncer.

Su mensaje final fue que, sin una inversión estratégica, planificada y descentralizada en el capital humano, cualquier política o tecnología para el control del cáncer estará condenada al fracaso, perpetuando las inequidades que hoy afectan a los peruanos más vulnerables.

Plan de Capacitación

EPIDEMIOLOGIA

DETECCION Y DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

PREVENCION

MANEJO DE CASOS COMPLEJOS

ACTUALIZACION EN GUIAS

PRACTICA CLINICA Y SIMULACION

Terminada su ponencia, el señor presidente de la Comisión Especial le agradeció su intervención e inmediatamente después **suspendió la Décimo Sexta Sesión Extraordinaria de la Comisión Especial**, refiriendo que, existen temas que quedan pendientes por tratar, y que, por los horarios establecidos en la sala, la agenda continuará para una próxima sesión, la misma que será comunicada con la debida antelación.

Finalmente, agradeció la participación a todos los ponentes y suspendió la sesión siendo las **once horas con cinco minutos de la mañana**.

Con fecha 17 de septiembre de 2025, en la 12 Sesión del Pleno del Congreso de la República, se acordó la modificación del Cuadro de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la prevención y control del cáncer; por tanto, a través del Oficio Circular N° 0002-2025-2026-CEMSCMFARPCC-CR, de fecha 18 de septiembre de 2025, se comunicó a todos los miembros de la Comisión Especial que la continuación de la Décimo Sexta Sesión Extraordinaria programada para el viernes 19 de septiembre del año en curso, a horas 09:00 am, en la sala 2 Fabiola Salazar Leguía, ha sido cancelada debido a la modificación en el Cuadro de la Comisión Especial acordado en el Pleno del Congreso.





3.2. Mesas de trabajo

3.2.1. Mesa de trabajo N° 1: Experiencia de Albergues de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil.

El 8 de agosto del 2025, la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la prevención y control del cáncer, llevó a cabo la Segunda Mesa de Trabajo denominada: Experiencia Internacional en el Desarrollo de Albergues; en la sala 5 Gustavo Mohme Llona, edificio Víctor Raúl Haya De La Torre del Congreso de la República.

En esta Mesa de trabajo se enfatizó en las instituciones que vienen trabajando en favor de los niños y adolescentes que requieren de albergues para lograr una atención oportuna y se cumpla con el tratamiento posterior al diagnóstico, es importante destacar la participación de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, como de las instituciones que brindan apoyo a la atención oncológica como de enfermedades raras como son : Federación Peruana del Cáncer, Casa Ronald Mc Donalds, Inspira, Donantes y Felicidad, Fe y Misericordia, Casa Khuyana, SOS Angelitos de Cristal, Kuyuy Arte y Conexión, Shari Wasi, Alinen, Proyectos de Amor, Aprendo Contigo, Aldimi, Magía, Esperanza de Amor, Asociación San Gabriel.

El Presidente de la Comisión al inicio de la mesa de trabajo destacó que se trata de aunar esfuerzos y voluntades para enfrentar uno de los desafíos más urgentes de nuestro país; garantizar una vida digna para los niños que padecen de cáncer y sus familias.

Destacó que hoy no solo somos instituciones aisladas, somos aliados en una causa común : “transformar el dolor en esperanza y las brechas con la firma compromiso para cerrarlas”.

La realidad del cáncer infantil en el Perú.

- Según GLOBOCAN 2022 - Perú, cada año se registran más de 1,900 nuevos casos de cáncer infantil en el Perú, y lamentablemente cerca de 800 fallecen a causa de esta enfermedad, representando una de las tasas de mortalidad más altas de la región.
 - Siendo las patologías más frecuentes las leucemias (43%) tumor del sistema nervioso central (19%), linfomas (9%) y cáncer de testículos (5%) entre otros.
 - Observamos que existe una limitada capacidad resolutoria de los servicios de oncología pediátrica, para brindar acceso oportuno de calidad y seguro y de forma descentralizada, debido a la falta de infraestructura, equipamiento y en especial de la formación de

especialistas y subespecialistas en oncología pediátrica.

- Esta cruda realidad evidencia las profundas brechas que enfrentan las familias, madres y padres obligados a abandonar sus hogares y migrar forzosamente a Lima en busca de tratamiento oncológico, y algunos de los niños tienen que soportar dolores innecesarios por falta de acceso a medicamentos paliativos, y familias enteras que enfrentan el duelo en completo abandono, sin redes de apoyo emocional ni acompañamiento especializado.

Se habla también de la esperanza. Se conoce que el MINSA ha reducido tanto del tiempo de diagnóstico de 107 a 57 días, como la tasa de abandono del tratamiento del 18.5% al 8.5%. Además, por primera vez se cuenta con una guía de práctica clínica para leucemia linfoblástica aguda y medicamentos de alto costo como el Binatumoma. Estos son avances concretos, pero aún así, no son suficientes.

Los pilares de la solución desarrollados en los últimos años:

- a) La detección temprana es nuestra primera línea de defensa. Síntomas y signos como la fiebre persistente, moretones son causa aparente o palidez extrema deben encender nuestras alarmas. Estas señales, aparentemente comunes, pueden ser la diferencia entre la vida y la muerte.

Por ello las campañas de concientización sobre signos y síntomas de alarma de cáncer infantil para la población en general, realizando evaluaciones pediátricas y fomentar la donación de sangre, son fundamentales. Pero no podemos conformarnos con acciones aisladas. Es imperativo llevar este modelo a cada provincia, a cada comunidad, con un mensaje contundente que toda familia peruana debe internalizar: "Ante cualquier señal de alerta, actúa inmediatamente.

Como resultado de las campañas de acción cívica llevadas a cabo en las regiones de Arequipa, Cusco y La Libertad, en el marco de las sesiones extraordinarias de la comisión, se identificó un desafío crítico en Cusco y La Libertad, en el marco de las sesiones extraordinarias de la comisión, se identificó un desafío crítico en Cusco: el temor y desconocimiento de las familias para realizar pruebas preventivas e identificación de los signos y síntomas de alarma de cáncer infantil. Esto refuerza la necesidad de campañas informativas adaptadas culturalmente, con enfoque en padres y cuidadores, para romper barreras en la atención temprana del cáncer infantil.

La rapidez en la acción puede significar salvar una vida infantil, y eso es responsabilidad de todos: padres, educadores, personal de salud y autoridades. Juntos podemos convertir esta consigna en una cultura de prevención nacional, preciso el Presidente.

- b) La articulación efectiva entre todos los actores involucrados es el pilar fundamental para transformar la realidad del cáncer infantil en nuestro país y disminuir el riesgo de abandono al tratamiento oncológico.

El Comité de Fundaciones enfrenta hoy un desafío histórico: consolidarse como el mecanismo articulador que alinee estratégicamente los esfuerzos del Estado, en el proceso de descentralización de los servicios de oncohematología pediátrica, la sociedad civil y la cooperación internacional, bajo principios irrenunciables de transparencia y eficacia. Este espacio de coordinación debe convertirse en el eje de una gestión responsable, donde cada recurso, nacional o internacional, sea auditado y aplicado estrictamente a su finalidad: salvar vidas infantiles y garantizar cuidados dignos.

Para lo cual, la credibilidad de nuestro trabajo depende de nuestra capacidad para demostrar, con hechos concretos, que cada sol invertido se traduce en tratamientos oportunos, medicinas esenciales y acompañamiento especializado para quienes más lo necesitan.

- c) En el ámbito de los cuidados paliativos pediátricos, iniciativas pioneras como Casa Khuyana, el primer hospice especializado del Perú, nos demuestran que garantizar una muerte digna es tan fundamental como preservar la vida. Este modelo integral, implementado en Cusco, combina: Atención médica especializada con manejo de dolor, soporte psicológico para el niño y su familia; y acompañamiento espiritual respetuosos de sus creencias.

Resulta inaceptable que, en pleno siglo XXI aún tengamos niños sufriendo un dolor evitable, separados de sus seres queridos en sus últimos días o atendidos en condiciones indignas por falta de recursos.

EL ROL DEL COMITÉ DE FUNDACIONES

El trabajo articulado del Comité de fundaciones ha permitido alcanzar logros significativos en el marco de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil (2019 -2025) demostrando que la colaboración entre el Estado, la sociedad civil y la cooperación internacional puede transformar realidades. Esto se realiza a través de:

- a) Coordinación con las familias que tienen niños y adolescentes con cáncer, con el fin de dar el apoyo necesario para que continúe con el tratamiento oncológico.
- b) Articular esfuerzos entre organizaciones con el fin de disminuir el riesgo de abandono de tratamiento.
- c) Brindar soporte a los otros proyectos que impulsa la inciativa mundial de lucha contra el cáncer infantil en el Perú.

Desde la Comisión especial exigiremos resultados concretos y medibles en la lucha contra el cáncer infantil. No más planes sin ejecución ni promesas incumplidas. Las políticas deben traducirse en acciones reales: medicamentos disponibles, tratamientos oportunos y apoyo integral para las familias. Fiscalizaremos con rigor cada avance, porque los niños con cáncer y sus familias merecen hechos, no discursos, preciso.





3.2.2. Mesa de trabajo N° 2: Experiencia Internacional de Albergues.

El 12 de septiembre de 2025, la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados en la prevención y control del cáncer, llevó a cabo la Segunda Mesa de Trabajo denominada: Experiencia Internacional en el Desarrollo de Albergues; en la sala 5 Gustavo Mohme Llona, edificio Víctor Raúl Haya De La Torre del Congreso de la República.

Al respecto, la Segunda Mesa de Trabajo constituyó un espacio crucial para analizar, desde una perspectiva internacional y multisectorial, los desafíos y soluciones en torno a la atención oncológica pediátrica, con especial énfasis en dos pilares fundamentales:

- El desarrollo de albergues para familias, y
- El diseño de una arquitectura hospitalaria centrada en el paciente y su entorno familiar.

Las ponencias revelaron una problemática compleja pero también trazaron una hoja de ruta clara basada en experiencias exitosas y evidencia concreta.

Desarrollo de la Segunda Mesa de Trabajo

La sesión fue inaugurada por el **Dr. Víctor Alex Palacios Cabrejos**, asesor principal de la Comisión Especial Multipartidaria, quien recalcó que la segunda mesa de trabajo tiene como objetivo conocer la experiencia internacional en el proceso de desarrollo de albergues temporales para los pacientes con cáncer y sus familiares, en países como Estados Unidos, Brasil y Chile; debido a la necesidad de contar con el marco normativo correspondiente para una implementación progresiva y descentralizada a nivel nacional.

En un contexto donde cada año se registran más de 1.900 nuevos casos de cáncer infantil en el Perú, lamentablemente 800 niños y adolescentes fallecen por una enfermedad oncológica; esto debido a una falta de acceso a una atención oportuna y descentralizada. Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud nos insta a implementar acciones destinadas a “lograr más de 60% de supervivencia en niños y adolescentes con cáncer al 2030, así como reducir el sufrimiento de los niños y adolescentes con cáncer”. Dentro de estas acciones, las orientadas a disminuir el riesgo de abandono del tratamiento oncológico son una de las más importantes.

Por tal motivo, conocer la experiencia del desarrollo de albergues temporales para pacientes con cáncer y sus familias es muy importante, ya que desarrolla el enfoque de atención centrado en el paciente y su familia.

Ponencias

Dra. Essy Maradiegue Chirinos, Directora Ejecutiva de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer del Ministerio de Salud. Ponencia respecto a los resultados sanitarios obtenidos en el proceso de descentralización de la atención integral del cáncer en los niños, niñas y adolescentes; en el marco de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil en el Perú.

La Dra. Essy Maradiegue Chirinos presentó un panorama detallado de los avances y persistentes desafíos en la descentralización de la oncología pediátrica. En su ponencia destacó el incremento de la supervivencia global en leucemia (78,59%) y retinoblastoma (76,15%) como un logro significativo del INEN, pero evidenció la cruda realidad de la centralización: más de 60% de los cerca de 1.900 casos nuevos anuales de cáncer infantil a nivel nacional son atendidos en Lima, forzando a miles de familias a migrar.

Asimismo, detalló los esfuerzos por garantizar medicamentos de alto costo a través de CENARES, aunque admitió problemas críticos como el stock limitado de fármacos vitales sin registro sanitario local (Ejem. Metoxaleno) y la dependencia de adquisiciones institucionales

excepcionales, lo que genera inseguridad en los tratamientos.

Como segunda presentación, la Dra. Essy Maradiegue presentó los avances y resultados sanitarios obtenidos en el proceso de descentralización de la atención oncológica pediátrica, en el marco de la **Iniciativa Mundial para el Cáncer Infantil**, de la cual el Perú es país focal desde 2019. La exposición detalló el camino recorrido desde una atención sumamente centralizada hacia un modelo con mayor capacidad resolutive en regiones, bajo el paraguas del paquete técnico **CURE AII** de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En su presentación contextualizó la crítica situación inicial. Hacia el 2019, la atención del cáncer infantil en el Perú estaba **altamente centralizada en Lima**, donde se concentraba aproximadamente el **90% de la atención** de todos los casos del país. Este modelo generaba enormes barreras de acceso, retrasos en el diagnóstico (con una latencia promedio de **107 días**), y una tasa de abandono del tratamiento del **18%**, factores directamente asociados a la mortalidad. La meta de la Iniciativa Global, lograr al menos un **60% de supervivencia** y reducir el sufrimiento para 2030, parecía un desafío monumental en este escenario.





Iniciativa Global contra el Cáncer Infantil en Perú

Frente a este panorama, la Dra. Maradiegue señaló que el MINSa implementó en **2020 la Directiva Sanitaria para la Organización de Servicios Oncohematológicos Pediátricos**, un instrumento normativo clave que estandarizó los criterios y procedimientos técnicos para organizar los servicios según niveles de complejidad (Centros Tipo 1 y Tipo 2). Esta directiva tuvo como finalidad explícita mejorar la calidad de la atención y estandarizar los servicios en todo el sector salud, público y privado. El objetivo general fue ambicioso: establecer centros de excelencia y redes de atención con una fuerza laboral competente y suficiente.

Seguidamente explicó que el resultado concreto de esta política ha sido la **implementación de 7 nuevos servicios de Oncohematología Pediátrica (OHP) entre 2021 y 2025**, lo que ha permitido una redistribución significativa de la atención. Los centros fortalecidos o inaugurados incluyen el **INSN Breña (2021)**, el **Hospital Carrión (2022)**, el **Hospital Dos de Mayo (2024)** y el **Cayetano Heredia (2025)** en Lima; y en regiones, el **Hospital Belén de Trujillo (2021)**, el **IREN Centro (2021)**, el **Hospital Regional de Cusco (2023)** y el **Hospital Regional de Lambayeque**. Este esfuerzo ha transformado el mapa de la atención: si en 2019 existían solo 9 unidades de OHP (5 del MINSa y 4 de EsSalud), para 2025 se cuenta con **16 unidades operativas** a nivel nacional. Este crecimiento ha permitido que la proporción de niños atendidos en Lima se reduzca progresivamente, un avance monumental en la descentralización.

Evaluación de Servicios de Oncología pediátrica (5 Centros)



En 5 hospitales

Lima:
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
 Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
 Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen
 Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Arequipa:
 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur



1. **Contexto:** Establecer un registro de cáncer poblacional.
2. **Fuerza Laboral:** Desarrollar guías o pautas de quimioterapia segura.
3. **Diagnóstico:** Disminuir el tiempo desde la primera evaluación hasta la confirmación diagnóstica.
4. **Tratamiento:** Fortalecer prácticas seguras de quimioterapia.
5. **Pacientes y resultados:** Aumentar la proporción de niños que inician su tratamiento con intención curativa.

Implementación de 7 Servicios de Oncología pediátrica 2021 - 2025



Centros que iniciaron atención OHP 2021-2024

- Lima:
- INSN Breña 2021
 - Hospital Carrón 2022
 - Hospital Dos de Mayo 2024
 - Hospital Cayetano Heredia 2025
- Regiones:
- Hospital Belén de Trujillo 2021
 - IREN Centro 2021
 - Hospital regional de Cusco - 2023
 - Hospital regional de Lambayeque
 - IREN Norte



La ponencia de la Dra. Maradiegue no solo se centró en la cantidad, sino también en la **mejora de la calidad y capacidad resolutive** de estos centros. Se destacaron casos ejemplares como el del **Hospital Regional de Cusco**, que no solo inauguró su unidad de OHP en 2023, sino que amplió camas, inauguró una Emergencia Pediátrica (2023) y una **UCI oncológica pediátrica (2023)**, e implementó la herramienta de calidad **EVAT (Escala de Valoración de Alerta Temprana)**, que ha logrado reducir la mortalidad de pacientes hospitalizados en el INEN, en un **15%** de forma sostenida. Asimismo, se mencionó la apertura de servicios de **cuidados paliativos oncológicos pediátricos** y megaproyectos como la **Torre Oncológica Pediátrica del INEN**, con una inversión de **900 millones de soles**.

Cusco Unidad de Oncohematología



Equipo



Multidisciplinario

QT ambulatoria



Hospitalización



Fortalecimiento de servicios Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (1969)

Centros de excelencia y redes
de atención, con suficiente
fuerza de trabajo competente



- Ampliación de camas (2022)
- Emergencia pediátrica (2023)
- Inauguración de UCI oncológica pediátrica (2023)
- Herramienta de calidad EVAT (2021)
- Apertura de Cuidados paliativos oncológicos pediátricos: Vida con calidad (2024)
- Proyecto Torre oncológica pediátrica (2024)



EVAT: Ha logrado reducir la mortalidad de pacientes hospitalizados en 15% de forma sostenida.



CUI N° 2604107
Inversión: 900 millones de soles



A pesar de los avances, la presentación fue honesta al señalar los **desafíos pendientes para la sostenibilidad**. Se identificó claramente la **migración del recurso humano** especializado desde regiones hacia Lima u otros países como una amenaza crítica para la continuidad de los nuevos servicios. Además, se mostraron las propuestas para implementar unidades en el **IREN Central y el Hospital Regional de Lambayeque**, haciendo hincapié en que no solo se requiere infraestructura y equipamiento (salas de procedimientos, áreas de hospitalización), sino también **compromisos concretos para retener y capacitar al personal profesional y técnico** en las regiones.

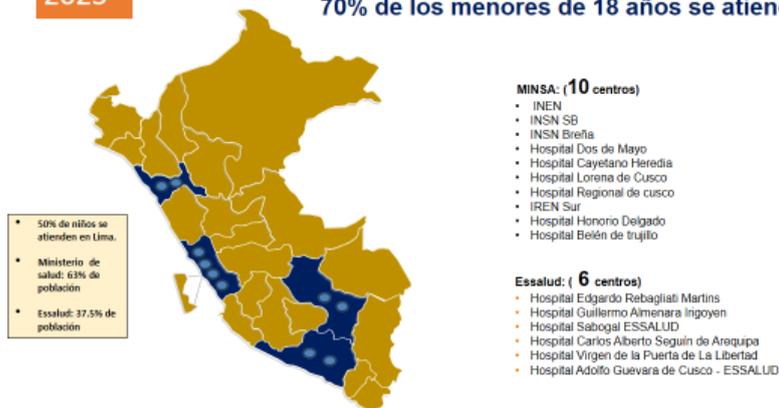
Servicios de Oncohematología pediátrica

2019: 9 Unidades



2025

16 Unidades de oncohematología pediátrica
70% de los menores de 18 años se atienden por SIS



En conclusión, la ponencia de la Dra. Essy Maradiegue demostró un **progreso tangible en el proceso de la descentralización de la oncología pediátrica**. Los resultados sanitarios ya son visibles: la latencia para el diagnóstico se redujo de 107 a **57 días**, y la tasa de abandono del tratamiento cayó del 18% al **8.5%**, refiriendo que este esfuerzo, enmarcado en el **Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030**, representa un cambio de paradigma estructural en el sistema de salud peruano, acercando la atención de alta complejidad a los pacientes y sus familias, y sentando las bases para alcanzar la meta del 60% de supervivencia para 2030.

ACTIVIDADES DE CÁNCER INFANTIL
PLAN NACIONAL MULTISECTORIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER 2025 - 2030

OBJETIVO ESPECÍFICO N°2: Incrementar el acceso a servicios de salud para la atención integral del cáncer en la población del territorio peruano al 2030.																
Actividades	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas						Programación de presupuesto						RESPONSABLE		
		2025	2026	2027	2028	2029	2030	Meta Física (Total)	2025	2026	2027	2028	2029		2030	Total Presupuesto (S/)
Actividad N° 2.1. Capacitación e los profesionales de la salud para la atención integral del cáncer incluyendo promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con pertinencia cultural.	Persona Capacitada	1,500	2,000	2,300	3,000	3,500	4,000	16,300	41,500	41,500	41,500	41,500	41,500	41,500	249,000.00	MINSA - DPCAN
		580	900	1,200	1,500	1,800	2,100	8,080	58,660	36,000	36,000	36,000	36,000	36,000	238,660.00	ESSALUD
Actividad N° 2.18. Implementación de servicios oncológicos pediátricos	Servicio Oncológico Implementado	0	2	2	2	2	2	10	0	390,000	390,000	390,000	390,000	390,000	1,950,000.00	MINSA - DPCAN DIRS/DIRSAS Y GERESAS
Actividad N° 2.19. Fortalecimiento de servicios oncológicos pediátricos	Servicio Oncológico Fortalecido	5	6	8	10	13	18	18	157,400	157,400	157,400	157,400	157,400	157,400	944,400.00	MINSA - DPCAN DIRS/DIRSAS Y GERESAS
Actividad N° 2.21. Implementación de unidades de atención estomatológica diferenciada para cuidados de la salud oral en pacientes oncológicos, en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.	Unidad Estomatológica Implementada	0	15	15	15	15	15	75	0	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	15,000,000.00	MINSA - DSABU DIRS/DIRSAS Y GERESAS
Actividad N° 2.26. Fortalecimiento del Sistema de Referencias y Contrareferencias en el marco de la implementación de la Red Oncológica Nacional.	Atenciones	18,080	18,984	19,993	20,930	21,977	23,076	122,960	75,000	82,500	90,750	99,825	109,808	120,788	578,673.00	INEN

Dra. Margot Blas Aedo, Seguro Social de Salud, ESSALUD. Ponencia respecto a los resultados sanitarios obtenidos en el proceso de descentralización de la atención integral del cáncer en los niños, niñas y adolescentes, en el marco de la iniciativa mundial contra el cáncer infantil en el Seguro Social de Salud, ESSALUD.

Respecto a la ponencia programada sobre los resultados sanitarios obtenidos en el proceso de descentralización de la atención integral del cáncer en los niños, niñas y adolescentes en el marco de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil en ESSALUD, **la representante de la institución no pudo hacerse presente en la mesa de trabajo.** Lamentablemente, y a pesar de los esfuerzos de coordinación, **no se recibió con antelación la documentación o presentación correspondiente** que permitiera incorporar de manera sustantiva los avances, perspectivas y datos específicos de ESSALUD en este proceso.

Por lo tanto, **no fue posible incluir en esta sesión el análisis del modelo de descentralización y los resultados desde la perspectiva del Seguro Social de Salud,** lo que representa una oportunidad pendiente para enriquecer el diálogo con el valioso aporte de esta institución en futuras instancias de trabajo.

Lic. Jonathan Rossi La Cotera, Director Ejecutivo de la Casa Ronald McDonald Perú. Ponencia respecto a los avances del Comité de Fundaciones en el proceso de implementación de la iniciativa mundial contra el cáncer infantil.

El Lic. Jonathan Rossi, Director Ejecutivo de la Fundación Casa Ronald McDonald Perú, presentó una ponencia profundamente conmovedora y estratégicamente sólida que expuso la crítica realidad que enfrentan las

familias con niños en tratamiento oncológico en el Perú, al mismo tiempo que proponía soluciones concretas y basadas en evidencia a través del modelo de albergues especializados. Su presentación se centró en el trabajo del Comité de Fundaciones de Apoyo al niño y adolescente con cáncer - Aliados contra el Cáncer Infantil, que articula los esfuerzos de más de diez organizaciones de la sociedad civil.

Problemática y Diagnóstico: La Cruda Realidad de las Familias Foráneas, el Lic. Rossi inició su intervención dimensionando el problema central: la extrema centralización de los servicios de oncología pediátrica de alta complejidad en Lima. Con datos contundentes, demostró que esto fuerza a miles de familias de todas las regiones del país a migrar temporalmente a la capital, enfrentándose a una triple barrera: económica, logística y emocional.



Presentó un análisis de demanda hospitalaria propio, elaborado a partir de datos de los principales centros pediátricos del país (INEN, INSN San Borja, Rebagliati, entre otros). Los resultados fueron alarmantes: la

capacidad actual de albergues formales en Perú solo cubre el 18% de la demanda estimada, dejando a un 82% de las familias foráneas sin un lugar digno donde alojarse durante el prolongado tratamiento de sus hijos. Para el INSN San Borja, por ejemplo, solo se cubre el 46,3% de la demanda, y en hospitales como la Maternidad de Lima o las Emergencias Pediátricas, la cobertura es del 0%.

Análisis de Demanda Hospitalaria



Un análisis de Casa Ronald McDonald Perú, considerando solo los principales centros pediátricos especializados, revela que **la capacidad actual de albergues cubre apenas 18% de la demanda estimada**. Esto deja un 82% de familias sin acceso a hospedaje temporal durante el tratamiento médico de sus hijos. Esta brecha evidencia la urgencia de contar con un marco regulatorio y un plan nacional que garanticen la disponibilidad, calidad y sostenibilidad de estos albergues para pacientes pediátricos.

Hospital	Pacientes Atendidos Anualmente	Porcentaje de Pacientes Foráneos (%)	Pacientes Foráneos	60% requiere alojamiento	Camas Disponibles	Camas Necesarias	Demanda No Cubierta	% de la demanda cubierta del Hospital 2024
Instituto Nacional Materno Perinatal (Maternidad de Lima)	13,288	15%	1,993	1196	0	67	67	0.00%
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)	4,195	50%	2,098	1259	50	70	20	71.43%
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSN San Borja)	5,375	60%	3,225	1935	50	108	58	46.30%
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati	4,137	40%	1,655	993	22	56	34	39.29%
Hospital Nacional Arzobispo Loayza	7,491	10%	749	449	0	25	25	0.00%
Hospital de Emergencias Pediátricas	53,661	5%	2,683	1610	0	90	90	0.00%
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	1,828	10%	183	110	0	7	7	0.00%
Instituto Nacional de Salud del Niño Breña (INSN Breña)	5,331	14%	746	448	0	25	25	0.00%
Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2	4,271	20%	854	513	0	29	29	0.00%
Hospital Regional de Cusco	6,172	20%	1,234	741	0	42	42	0.00%
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa	8,181	30%	2,454	1473	0	82	82	0.00%
Hospital Regional Docente de Trujillo	4,784	30%	1,435	861	0	48	48	0.00%
Hospital Regional de Lambayeque	4,529	15%	679	408	0	23	23	0.00%

Este déficit tiene consecuencias directas y devastadoras:

- ð **Abandono del tratamiento:** Familias que, ante la imposibilidad de costear meses de alquiler, alimentación y transporte, se ven forzadas a interrumpir la terapia.
- ð **Gastos catastróficos:** Destinan todos sus ahorros y se endeudan para cubrir costos básicos de supervivencia en Lima, profundizando su vulnerabilidad.
- ð **Estrés emocional extremo:** La incertidumbre del alojamiento se suma al ya abrumador estrés de la enfermedad.

El Modelo de Intervención: Más que un Techo, un Hogar que Cura. Frente a este panorama, la propuesta del Lic. Rossi se materializa en el modelo de la Casa Ronald McDonald, el cual se presenta no como un simple alojamiento, sino como una herramienta clínica y un componente esencial del ecosistema de tratamiento. Este modelo, alineado con la filosofía de "Cuidado Centrado en la Familia" expuesta por el Dr. Rodney Jordan (RMHC Global), se basa en cuatro pilares:

1. **Proximidad:** Ubicación a pocos minutos del hospital, permitiendo a los padres estar presentes en las rondas médicas y emergencias.
2. **Seguridad y confort:** Entornos seguros, limpios y controlados, con habitaciones privadas, cocinas completas y áreas comunes.

3. Soporte integral: Provisión de alimentación nutritiva, transporte gratuito al hospital, soporte psicológico y actividades recreativas.
4. Comunidad: Creación de una red de apoyo entre familias que atraviesan la misma situación, combatiendo el aislamiento y la desesperanza.

Propuesta: **Crear un marco normativo de albergue para familias con niños en tratamientos médicos**

Problema actual:

- Familias con niños con cáncer deben trasladarse a otras regiones para recibir tratamiento + pierden su hogar temporalmente.
- Alta carga financiera: gastos de hospedaje, alimentación y transporte.
- Riesgo de abandono del tratamiento por barreras geográficas y económicas
- Ausencia de estándares y coordinación formal entre hospitales y albergues, y con el Ministerio de Salud.

Por qué un marco normativo es clave:

- Garantiza continuidad del tratamiento mediante derivación técnica y coordinación hospital-albergue.
- Asegura calidad y seguridad con estándares nacionales (bioseguridad, accesibilidad, salvaguarda infantil).
- Facilita inversión pública-privada para ampliar cobertura y sostenibilidad.
- Reconoce el alojamiento como parte del tratamiento y no solo como apoyo social.
- Homologa modelos probados (intrahospitalario, público-privado, privado-privado) para replicarlos en todo el país.

Impacto esperado:

- Reducción del abandono terapéutico.
- Disminución de gastos catastróficos en las familias.
- Mejora del bienestar emocional y físico del paciente y su familia.
- Uso más eficiente de los recursos de salud.

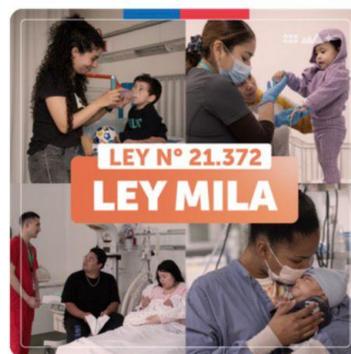
LEY N° 21.372: LEY MILA

Ley N° 21.372 (2021): **garantiza el acompañamiento digno de niños, niñas y adolescentes hospitalizados, así como de mujeres gestantes.** Surge a partir de la experiencia de Mila, niña hospitalizada en condiciones indignas.

Modifica la Ley de Derechos y Deberes en Salud, estableciendo:

- Derecho a compañía permanente de padres, tutores o persona significativa.
- Trato digno y condiciones básicas (alimentación, baños, información).
- Restricciones solo por razones sanitarias o de seguridad.

Basada en el **principio del interés superior del niño y en tratados internacionales de derechos humanos.**

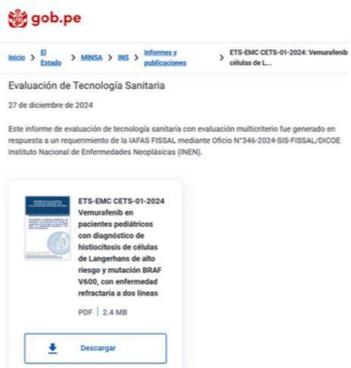


El licenciado Rossi, citó el estudio "Aprendiendo de las Familias" de RMHC Global para respaldar su modelo: en Perú, más de la mitad de las familias albergadas viven bajo el umbral de pobreza y más del 90% reporta necesidades sociales no cubiertas. La Casa Ronald se convierte así en una red de seguridad fundamental.

Abogacía e Incidencia Política: Trabajando por un Cambio Sistémico. Una parte crucial de la ponencia se dedicó a destacar el rol de advocacy del Comité de Fundaciones. WI Lic. Rossi relató el exitoso caso del medicamento Vermurafenib. Ante la falta de cobertura del SIS para este fármaco vital para niños con Histiocitosis de Células de Langerhans, las fundaciones (FPC, ALINEN, Magia) se articularon para solicitar

urgentemente su evaluación a RENETSA. Financiaron el tratamiento de 3 pacientes por 36 meses y presentaron evidencia internacional de su eficacia. El resultado: en solo 2 meses, RENETSA emitió un informe favorable, allanando el camino para su futura inclusión en el plan del SIS. Este caso es un ejemplo paradigmático de cómo la sociedad civil puede impulsar cambios tangibles en las políticas públicas.

2. Advocacy para el acceso a tratamiento



- **Articulación:** FPC, ALINEZ y Magia solicitaron a RENETSA la evaluación urgente del medicamento Vemurafenib, no cubierto por el SIS.
- **Acción inmediata:** Durante +36 meses financiaron el tratamiento de 3 pacientes pediátricos con Histiocitosis de células de Langerhans en el INEN.
- **Base de referencia:** Se sustentó en experiencias internacionales (Japón, Argentina) y estudios que demuestran mejor respuesta clínica y sobrevida libre de progresión.
- **Resultado:** En solo 2 meses, RENETSA emitió un informe favorable que abre la puerta a la inclusión del fármaco en la cobertura del SIS.



3. Campaña conjunta para el diagnóstico temprano

- **15 de febrero – Día Internacional del Cáncer Infantil**
- **Organizada por:** FPC, Proyectos de Amor, Vicca, Diris Lima Este y MINSa.
- **Lugar:** Mercado de Productores, Santa Anita.
- **Participación:** 2 médicas voluntarias, incluida la Dra. Essy Madariegue (MINSa).
- **Resultados:**
 - +40 NNA atendidos con evaluación de signos y síntomas de cáncer.
 - Vacunación contra VPH.
 - Apoyo psicológico.
 - Actividades de sensibilización sobre diagnóstico temprano.
- **Impacto:** alianza Estado-sociedad civil para mejorar diagnóstico oportuno, reducir tiempos de espera y aumentar la sobrevida infantil.



La Propuesta Central: Un Marco Normativo para Albergues Oncológicos. La conclusión lógica de su diagnóstico fue una propuesta concreta y ambiciosa: la creación de un marco normativo específico para albergues oncológicos. El Lic. Rossi argumentó que la actual ausencia de regulación genera descoordinación, estándares dispares y una dependencia peligrosa de la voluntad y capacidad de la sociedad civil.

Su propuesta plantea que esta normativa debe:

- Reconocer a los albergues como establecimientos de salud complementarios y parte integral del tratamiento.
- Establecer estándares mínimos de calidad, bioseguridad, accesibilidad y

salvaguarda infantil.

- ø Definir roles claros para el MINSA, MIMP, gobiernos regionales y proveedores.
- ø Crear un mecanismo de financiamiento sostenible que combine presupuesto público y donaciones.
- ø Fomentar la acreditación y supervisión de estos establecimientos.

4. Conformación de SubComités

Subcomité Planeamiento estratégico

- Análisis de la situación de la niñez con cáncer en Perú
- Acciones para lograr el diagnóstico temprano

Factores que incrementan el número de fallecidos	Objetivo	Acción	Periodicidad	ALMOZOS
Falta de recursos para acudir al nivel del transporte	1	Campañas de difusión	3 veces al año	COMITÉS DE FELICIDAD
Falta de recursos para acudir al nivel del transporte	1	Contacto oportuno de transporte como Medibus, Cruz del sur, Cita	Constante	LATAM
Los padres no cuentan con información oportuna de diagnóstico y pronóstico de su hijo/a con diagnóstico de cáncer en hospitalización	1	Coordinar apoyo de albergues, Hospitales	Constante	ALBERGUES DEFINIR CURETS, HOSPITALES
Muchas veces los padres de familia no cuentan con información oportuna de su hijo/a con diagnóstico de cáncer en casa	1	Plan de atención integral al niño/a y familia con diagnóstico de cáncer y apoyo para diagnóstico, apoyo, apoyo logístico, apoyo, apoyo emocional, apoyo espiritual, apoyo nutricional	Constante	ALBERGUES
Falta de recursos para cubrir gastos de transporte y otros	1	Plan de atención integral al niño/a y familia con diagnóstico de cáncer y apoyo para diagnóstico, apoyo, apoyo logístico, apoyo, apoyo emocional, apoyo espiritual, apoyo nutricional	Constante	
Falta de recursos para cubrir medicamentos no cubiertos por el seguro	1	Cooperar con lista de medicamentos y dispositivos no cubiertos por el seguro, así como con medicamentos, así como con medicamentos	Constante	
Mucha falta de información	1	Procesar del caso informático para mejorar diagnóstico con información del hospital y comités	Constante	HOSPITALES, COMITÉ DE FUNDACIONES

Objetivo	Objetivo	Acción	Periodicidad	ALMOZOS
Incrementar el conocimiento de la población sobre el diagnóstico temprano de cáncer	2	Formar promotores de salud con información sobre los signos y síntomas del cáncer infantil en la familia y en la comunidad de referencia de salud	3 al año	AGENCIA DE PUBLICIDAD, MEDIO DE COMUNICACIÓN, FUNDACIONES
Crear un sistema de atención integral al niño/a con diagnóstico de cáncer en casa	2	Charlas educativas en hospitales y puntos de atención primaria, atención de salud, atención de salud	Constante	PERSONAL MÉDICO, FUNDACIONES
Procesar del caso informático para mejorar diagnóstico con información del hospital y comités	2	Desarrollar protocolo de atención en caso de diagnóstico	Constante	PERSONAL MÉDICO

Subcomité Comunicaciones

- Nueva identidad visual
- Creación de canal de comunicación abierta al público general
- Creación Reporte anual



5. Propuestas de Ley y Marcos Normativos

En el Perú existen marcos normativos para distintos tipos de albergues (NNA sin cuidado parental, mujeres víctimas de violencia, adultos mayores, migrantes, personas afectadas por desastres, etc.), que establecen responsabilidades y estándares de atención. Sin embargo, **no existe una regulación específica para los albergues destinados a niños en tratamiento médico complejo**, como cáncer u otras enfermedades crónicas. Esta ausencia genera vacíos en la coordinación con hospitales, en la definición de estándares mínimos y en la asignación de recursos, dejando su gestión a convenios puntuales y esfuerzos aislados de la sociedad civil y algunas entidades públicas.

Tipo de albergue	Población objetivo	Responsable	Norma vigente
Albergues para NNA sin cuidados parentales (CAR)	Niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección	MIMP – Dirección General de Niñez y Adolescencia (DGNNA)	Ley N° 30466 y D.S. N° 001-2020-MIMP
Albergues por desastres (GRD)	Damificados por emergencias	INDECI, CENEPRED, gobiernos regionales y locales	Ley N° 29664 y D.S. N° 048-2011-PCM
Albergues para mujeres víctimas de violencia	Mujeres y grupos vulnerables en situación de violencia	MIMP – Programa Aurora y CEM	Ley N° 30364
Albergues para adultos mayores	Personas adultas mayores en situación de abandono	MIMP + gobiernos regionales/locales	Ley N° 30490
Albergues para migrantes y refugiados	Personas en situación de movilidad humana	MININTER + ACNUR + ONGs	D.L. N° 1350 (Ley de Migraciones), protocolos internacionales

Conclusión: El Lic. Jonathan Rossi finalizó con un llamado a la acción, articulando perfectamente con las ponencias de la Dra. Toma (humanización) y del MINSA (descentralización). Dejó en claro que el éxito del tratamiento oncológico pediátrico depende de un ecosistema de apoyo. No basta con descentralizar la quimioterapia o tener hospitales con tecnología de punta; si las familias no tienen dónde quedarse, todo el esfuerzo clínico puede colapsar. La Casa Ronald McDonald y el Comité de Fundaciones se presentan no como una caridad, sino como un socio estratégico indispensable para el Estado, demostrando con datos y casos de éxito que es posible reducir el abandono, humanizar la atención y salvar más vidas a través de un modelo de albergue bien estructurado y regulatoriamente apoyado.

Su ponencia fue un poderoso recordatorio de que, a veces, la medicina

más efectiva es un plato de comida caliente y una cama segura cerca del hospital.

Sra. Bianca Provedel, Directora ejecutiva del Instituto Ronald McDonald de Brasil y miembro de la CONIACC - Confederação Nacional de Instituições de Apoio e Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer. Ponencia respecto al impacto de las Casas de Acogida en el manejo del cáncer infantil. Desafíos de financiación. Experiencia brasileña

La **Sra. Bianca Provedel**, Directora Ejecutiva del Instituto Ronald McDonald de Brasil y miembro de la CONIACC (Confederação Nacional de Instituições de Apoio e Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer), presentó una ponencia magistral que demostró el poder transformador de la articulación estratégica entre la sociedad civil y el Estado en la lucha contra el cáncer infantil. Su exposición, titulada "Impacto de las Casas de Acogida en el manejo del cáncer infantil. Desafíos de financiamiento. Experiencia brasileña", ofreció un recorrido por 26 años de trabajo sistemático que ha posicionado a Brasil como un referente regional en la materia.

Visión General del Capítulo: RMHC Brasil

Fecha de inicio del Capítulo: 1999
 Lista de Programas Globales: RMH y RMFR Lista de Programas Locales: DP y PAI Número de Colaboradores: 33 Información del Contexto Local

Población Nacional: 203.080.756 (IBGE, 2022)
 Población Nacional de 0 a 19 años: 54.505.203 (27%)
 Sistema Único de Salud (SUS)



La jornada de la familia

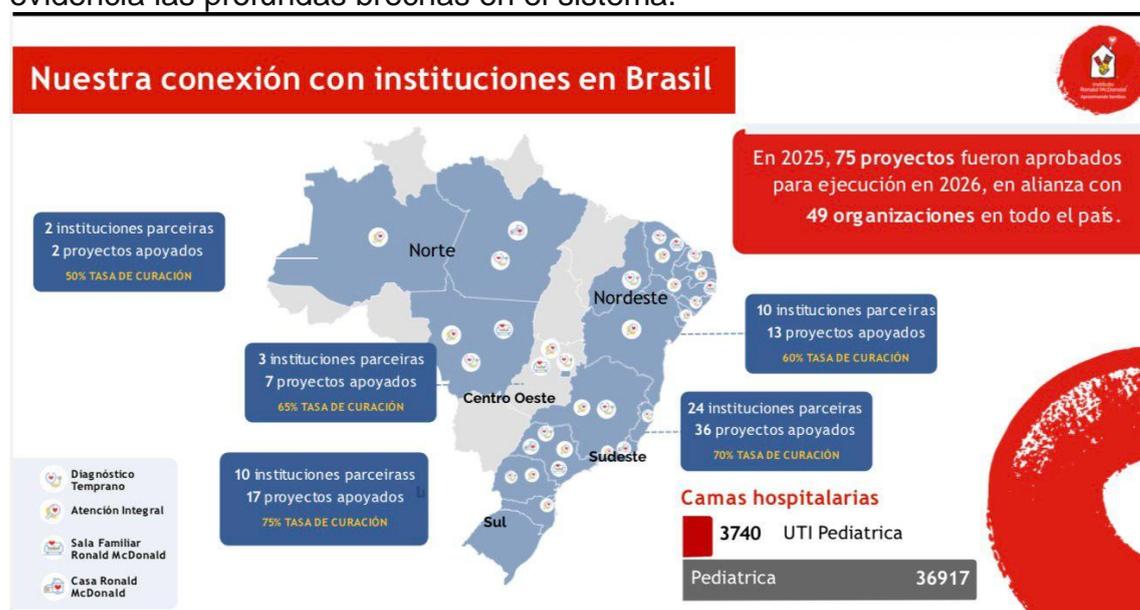
- El cáncer infantil se convierte en un camino lleno de obstáculos para el paciente y su familia.
- És la enfermedad que mata a más niños y adolescentes de 1 a 19 años.
- Em el mundo, en las regiones con recursos limitados, sólo el 44% de los niños con cáncer son diagnosticados.
- En Brasil, por cada 10 niños, 3 mueren sin diagnóstico. Identificar el cáncer a tiempo es esencial para lograr un tratamiento exitoso y aumentar las posibilidades de curación.



RMHC Brasil ofrece apoyo a las familias antes, durante y después del tratamiento de cáncer, a través de sus Programas.

Nuestros programas buscan un alineamiento con la estrategia del Cuidado Centrado en la Familia.

La presentación inició contextualizando la magnitud del desafío en Brasil, un país con más de **203 millones de habitantes**, de los cuales **54,5 millones (27%) son niños y adolescentes** entre 0 y 19 años, la mayoría dependientes del Sistema Único de Salud (SUS). La Sra. Provedel describió la jornada de las familias con niños con cáncer como un camino lleno de obstáculos, destacando que el cáncer es la enfermedad que más mata a niños y adolescentes de 1 a 19 años en el país. Un dato devastador ilustraba la inequidad en el acceso: **por cada 10 niños con cáncer en Brasil, 3 mueren sin siquiera recibir un diagnóstico**, una realidad que evidencia las profundas brechas en el sistema.



Frente a este panorama, el Instituto Ronald McDonald Brasil ha desarrollado un **modelo de intervención integral** que acompaña a las familias "antes, durante y después" del tratamiento, a través de cuatro programas principales estructurados como un continuo de cuidado:

1. **Programa de Diagnóstico Temprano:** En 17 años, ha capacitado a **45,000 profesionales de salud** y educadores, impactando potencialmente a **7,6 millones de niños y adolescentes** mediante la sensibilización sobre signos y síntomas iniciales del cáncer.
2. **Programa Casa Ronald McDonald:** Con 7 unidades operativas, ofrece alojamiento, alimentación y apoyo psicosocial. Una encuesta de 2024 reveló que el **85% de las familias albergadas no tendrían otro lugar donde quedarse** y que el **72% vive con un ingreso máximo de un salario mínimo** (aprox. 237 USD). Los números son elocuentes: +59.000 alojamientos, +563.000 comidas ofrecidas y 50 días de permanencia promedio por familia.
3. **Programa Sala Familiar Ronald McDonald:** Ubicadas dentro de los

hospitales, estas salas ofrecen espacios de descanso y apoyo inmediato. Recibieron una calificación de **4.9/5** por las familias y atienden a una población donde el **53.7% vive con hasta un salario mínimo**.

4. **Programa de Atención Integral:** Desarrolla 65 proyectos anuales en alianza con 39 instituciones, focused en mejorar la infraestructura hospitalaria, humanizar ambientes y proporcionar apoyo psicosocial y de reinserción socioeconómica post-tratamiento.

Diagnóstico Temprano

El **Programa Diagnóstico Temprano** tiene como objetivo capacitar a profesionales e estudiantes de la area de salud, así como concientizar a los docentes sobre los principales signos y síntomas del cáncer.

En 17 años:



45 mil
Profesionales de salud capacitados + profesionales de educación sensibilizados



7,6+ millones
de niños y adolescentes potencialmente impactada (0 a 19 años)





Casa Ronald McDonald

Una encuesta realizada en 2024 entre familias reveló que:

- **85 % de las familias no tendrían un lugar donde quedarse** si no hubiese plazas disponibles en las unidades del Programa Casa Ronald McDonald.
- **72% de las familias tiene un ingreso máximo de 1 sueldo mínimo (237,50 USD).**



7
Unidades



50 días
Permanencia media



79%
Tasa de ocupación



+59mil
Alojamientos



+563mil
comidas ofrecidas



+19mil
traslados al hospital

Datos de enero a diciembre de 2024

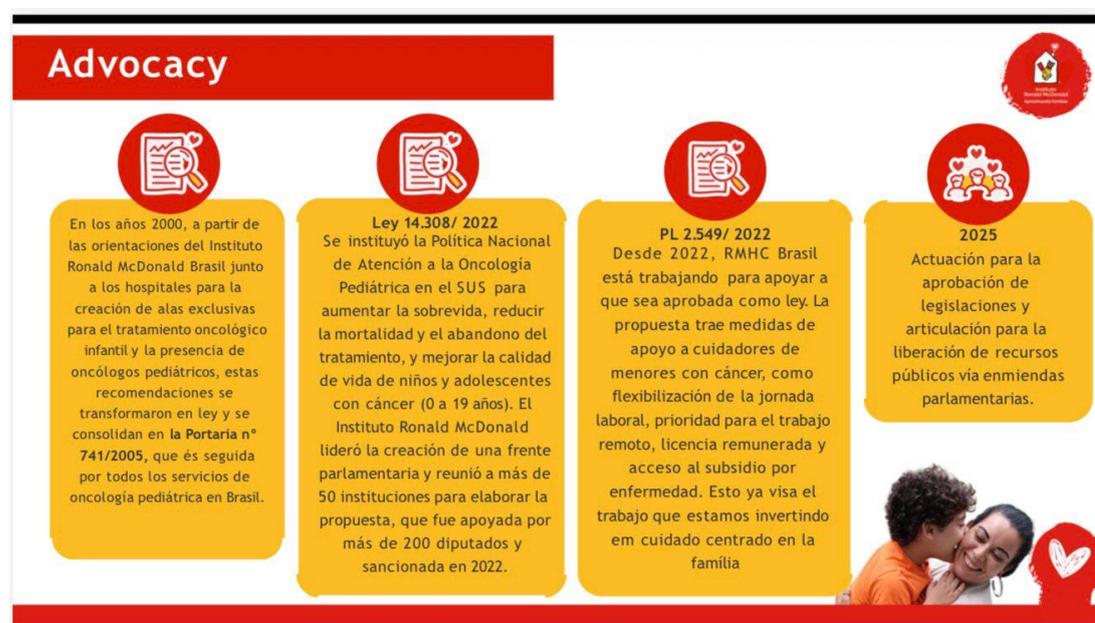


El eje central de su ponencia fue la **incidencia política como estrategia de cambio sistémico**. La Sra. Provedel narró de manera inspiradora cómo su organización lideró un movimiento que culminó en la aprobación de la **Ley Nacional de Atención a la Oncología Pediátrica (Ley 14.308/2022)**, un hito legislativo que instituyó una Política Nacional específica dentro del SUS. Esta ley, resultado de la articulación de más de 50 instituciones y 200 diputados, reconoce por primera vez a **las casas de apoyo como parte integral del tratamiento oncológico**,

considerando su importancia crucial en la reducción del abandono, la liberación de camas hospitalarias y la eficiencia del sistema.



Actualmente, el Instituto continúa su labor de advocacy impulsando el **PL 2.549/2022**, que busca medidas de apoyo a cuidadores, como flexibilización laboral y licencias remuneradas, y trabajando en la asignación de recursos públicos vía enmiendas parlamentarias para 2025.



La ponencia concluyó con cifras contundentes de impacto acumulado en 26 años: actuación en **22 estados + el distrito federal**, alianzas con **11 instituciones** y más de **2,022 proyectos** ejecutados, **45,000 profesionales capacitados**, **3.3 millones de niños impactados** directamente y una inversión social aproximada de **422 millones de dólares**.



La Sra. Provedel dejó un mensaje claro: el modelo brasileño demuestra que la colaboración estratégica entre el tercer sector y el Estado, sustentada en datos robustos y una visión de largo plazo, puede transformar políticas públicas y salvar miles de vidas, ofreciendo un faro de esperanza y un caso de estudio replicable para países como Perú.

Dra. Julia Palma, Asesora sobre cáncer del gabinete de la Ministra de Salud de Chile. Ponencia respecto de la Ley de Protección para niños, niñas y adolescentes con cáncer en Chile (Importancia del desarrollo de la arquitectura hospitalaria para la atención integral de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

La **Dra. Julia Palma**, Asesora sobre Cáncer del Gabinete de la Ministra de Salud de Chile, presentó una ponencia visionaria que situó a la **arquitectura hospitalaria como una política de salud pública estratégica** para la atención integral del cáncer infantil. Bajo el título "Ley de protección para Niños, Niñas y Adolescentes con Cáncer en Chile: Importancia del desarrollo de la arquitectura hospitalaria", su exposición demostró cómo el diseño de los espacios de salud se ha convertido en un pilar fundamental del modelo de cuidado centrado en la familia y los derechos de los pacientes.

La Dra. Palma inició su intervención enmarcando el paradigma actual: el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes (NNA) como **sujetos de derechos con autonomía progresiva**, conforme a la **Ley 21.430 de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia**. Criticó las actitudes paternalistas aún presentes en los equipos de salud, que often limitan la participación de los NNA en las decisiones sobre su tratamiento, y destacó que la **Convención sobre los Derechos del Niño (1989)** consagra su derecho a ser escuchados activamente.

Frente a este marco legal, la ponencia propuso un cambio transformador:

la **arquitectura hospitalaria como agente terapéutico**. La Dra. Palma argumentó que el diseño del entorno construido no es un elemento accesorio, sino una **interfaz crítica entre la salud y el espacio** que influye directamente en la calidad, seguridad y eficiencia de la atención. Presentó evidencias del **Diseño Basado en Evidencia (Evidence-Based Design - EBD)**, demostrando que elementos como la **luz natural, la ventilación, los materiales cálidos, la vegetación y el control del ruido** reducen la ansiedad, acortan el tiempo de hospitalización y disminuyen las complicaciones postoperatorias.

La experiencia chilena se ilustró con casos concretos de **humanización de espacios**:

- ø **Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna y Hospital Exequiel González Cortés**, donde se implementó el enfoque de derechos en la práctica asistencial.
- ø **Iniciativas como "Casa Luz"** con hidromasaje, arteterapia, musicoterapia y terapia de payasos, integradas como parte del proceso de recuperación.
- ø **Casa de Acogida Sagrada Familia**, que proporciona alojamiento digno a familias de escasos recursos.

La ponencia también miró hacia ejemplos internacionales paradigmáticos:

- ø **Kinderspital Zürich** (Suiza), diseñado como un barrio urbano con espacios lúdicos y orientación emocional para niños.
- ø **Lotus Hope Hospital** (Tokio), certificado LEED Platinum, que combina tecnología de punta con confort humanizado.
- ø **St. Jude Children's Research Hospital** (EE.UU.), referente global en oncología pediátrica, donde los espacios están adaptados para entregar "más que salud"

El eje central de su exposición fue la **Ley 21.372 (Ley Mila)**, promulgada en 2021, que garantiza el acompañamiento digno de NNA hospitalizados y mujeres gestantes. Esta ley, inspirada en el caso de una niña hospitalizada en condiciones indignas, modificó la Ley de Derechos y Deberes en Salud para establecer el **derecho a la compañía permanente** de padres o tutores, trato digno y condiciones básicas durante la hospitalización. La Dra. Palma destacó cómo esta ley se basa en el **principio del interés superior del niño** y en tratados internacionales de derechos humanos.

La ponencia concluyó con **recomendaciones estratégicas** para integrar la arquitectura sanitaria en las políticas públicas:

1. **Aplicar Diseño Basado en Evidencia** en todos los proyectos de infraestructura hospitalaria.

2. **Incorporar naturaleza y confort ambiental** (jardines interiores, luz natural, ventilación cruzada).
3. **Garantizar accesibilidad universal y flexibilidad tecnológica.**
4. **Priorizar las experiencias del paciente, el personal de salud y la comunidad** en cada fase del diseño arquitectónico.

La Dra. Palma cerró con una reflexión poderosa: **"Cada hospital diseñado con enfoque humano transforma la experiencia de salud"**. Su ponencia dejó en claro que Chile ha comprendido que la protección del niño con cáncer no solo se legisla con normas, sino que se construye con espacios dignos, luminosos y humanizados que forman parte esencial del tratamiento. Este modelo, donde la **arquitectura se convierte en medicina**, ofrece una hoja de ruta inspiradora para países como Perú, demostrando que es posible avanzar desde un enfoque paternalista hacia uno de derechos, donde el entorno físico se alía con la recuperación clínica y emocional de los pacientes y sus familias.

Dr. Rodney Jordan, COO Ronald McDonald House Charities. Ponencia respecto de la experiencia global de Ronald McDonald House Charities: Las casas Ronald McDonald y su articulación con los principales hospitales de atención pediátrica del mundo.

El **Dr. Rodney Jordan**, Chief Operating Officer a nivel global de Ronald McDonald House Charities (RMHC), presentó una ponencia visionaria que situó el **modelo de albergues y salas familiares como un componente esencial de los sistemas de salud pediátrica a nivel mundial**. Bajo el título "Experiencia Global de RMHC: Las Casas Ronald McDonald y su Coordinación con los Principales Hospitales Pediátricos del Mundo", su exposición demostró cómo la atención a las necesidades sociales de las familias se convierte en un pilar fundamental para el éxito del tratamiento médico y la implementación del cuidado centrado en la familia.

El Dr. Jordan inició su intervención enmarcando la misión global de RMHC: **"Proporcionar servicios esenciales que eliminen barreras, fortalezcan a las familias y promuevan la recuperación de niños que requieran atención médica"**. Con una presencia en 45 países y más de **390 Casas Ronald McDonald** y **270 Salas Familiares**, la organización ha atendido a **862.000 familias** en situación de vulnerabilidad durante los momentos más críticos de la salud de sus hijos.

Quiénes somos

Propósito Atender a familias con niños enfermos o lesionados

Visión Un mundo en el que todas las familias tengan lo necesario para garantizar la mejor salud posible para sus hijos

Misión Proporcionar servicios esenciales que eliminen barreras, fortalezcan a las familias y promuevan la recuperación de niños que requieran atención médica.



Frente al desafío global del cáncer infantil, la ponencia presentó datos contundentes del estudio "**Aprendiendo de las Familias**" (2023-2024), que abarcó 15 países, 26 capítulos de RMHC y 35 lugares de estudio. Los resultados revelaron que:

- **Aproximadamente la mitad** de las familias albergadas viven en el umbral de la pobreza o por debajo de él.
- **Más de un tercio** enfrenta necesidades básicas insatisfechas como alimentación, transporte o cuidado de otros hijos.
- **1 de cada 6** se preocupa por tener una vivienda estable.
- **Muchas** necesitan ayuda para comprender información relacionada con la salud.
- **Casi la mitad** de los cuidadores experimentan síntomas de depresión.

El Dr. Jordan destacó los hallazgos específicos en Perú, donde la situación es particularmente crítica:

- **Más de la mitad** de las familias se encuentra en el umbral nacional de pobreza o por debajo.
- **Más del 90%** reporta tener por lo menos una necesidad social relacionada con la salud no cubierta.
- **El 80%** necesita ayuda para comprender información de salud, al menos en algunas ocasiones.

En Perú...

- **Más de la mitad** se encontraba en el umbral nacional de la pobreza o por debajo de él
- **Más del 90%** reportó tener por lo menos una necesidad social relacionada con la salud que no estaba cubierta
- **El 80%** necesitaba ayuda para comprender información relacionada a la salud, al menos, en algunas ocasiones

(Franck et al.)



Frente a esta realidad, el modelo de RMHC se presenta como una **solución basada en tres pilares fundamentales:**

1. **Proximidad a la atención médica:** Ubicación a pocos minutos del hospital.
2. **Fiabilidad y seguridad:** Entornos controlados y adaptados a las necesidades de niños inmunocomprometidos.
3. **Apoyo integral:** Servicios que abordan las necesidades sociales relacionadas con la salud de las familias.

La ponencia detalló cómo las **Casas Ronald McDonald** ofrecen alojamiento privado, cocinas completas, comidas nutritivas y espacios comunes, mientras que las **Salas Familiares**, ubicadas dentro de los hospitales, proporcionan espacios tranquilos, zonas de descanso y habitaciones para pasar la noche. El Dr. Jordan presentó evidencia concreta de su impacto: en Perú, **el 74% de los cuidadores albergados pudo estar con su niño diariamente y casi el 50% pudo pasar 10 horas al día o más** con su hijo, facilitando su participación activa en el cuidado. El eje central de su exposición fue el concepto de **Cuidado Centrado en la Familia**, definido como "un enfoque de planificación, prestación y

evaluación de la atención sanitaria que se basa en asociaciones mutuamente beneficiosas entre los proveedores de salud, los pacientes y las familias". Presentó los resultados de la encuesta global sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Cuidado Centrado en la Familia (FCC-KAP), que reveló que solo **un tercio o menos de los líderes hospitalarios** están totalmente de acuerdo con que sus instituciones ofrecen formación adecuada sobre este enfoque o programas de apoyo entre iguales para las familias.

Cuidado Centrado en la Familia:
un enfoque de planificación, prestación y evaluación de la atención sanitaria que se basa en asociaciones mutuamente beneficiosas entre los proveedores de salud, los pacientes y las familias

www.iofcc.org

Cuidado Centrado en la Familia: Estudio sobre los Conocimiento, Actitudes y Prácticas (FCC-KAP)

Tamaño de la muestra del estudio

Periodo de recolección de datos:
Agosto 10 de 2023 a
noviembre 10 de 2023

De las 215 instituciones que respondieron,

- 164 tenían una afiliación con RMHC
- 25 fueron identificadas como hospitales pediátricos de referencia a nivel mundial
- La encuesta se realizó en 7 idiomas: inglés, francés, alemán, italiano, japonés, portugués y español.



Hospitales = 215
Los países sombreados en verde azulado cuentan con presencia de RMHC. El tamaño de las burbujas corresponde al número de corresponsales.

Cuidado Centrado en la Familia en Hospitales

Todos los hospitales que respondieron (n=215)

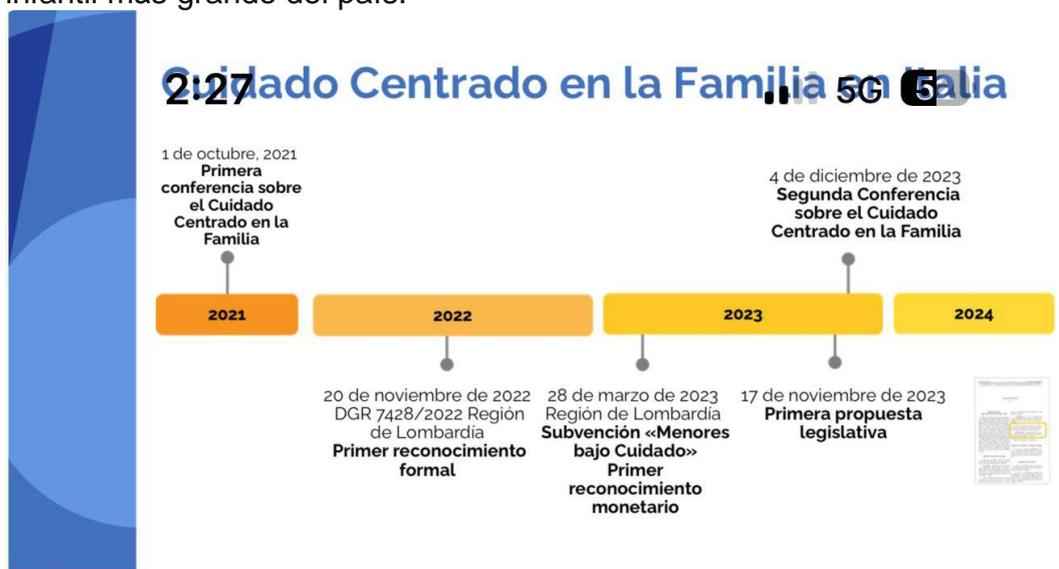
- Los líderes de **un tercio** o menos de los hospitales están totalmente de acuerdo en que el hospital:
- Tiene responsabilidad de liderazgo en materia de CCF Ofrece formación sobre CCF a los médicos Ofrece programas de apoyo entre iguales para las familias
 - Ofrece apoyo a las familias en materia de plazas, comidas, alojamiento nocturno y cuidado de niños
 - Cuenta con asesores familiares que reflejan la diversidad de las comunidades a las que atiende

(Franck, Mehra, Johnson, et al., 2025)

Frente a esta brecha, el Dr. Jordan explicó cómo RMHC influye en las políticas y prácticas del sistema de salud a través de dos estrategias principales:

1. **Atender las necesidades sociales** relacionadas con la salud para que las familias puedan participar activamente en el cuidado de sus hijos.
2. **Influir en las políticas** del sistema de salud para apoyar a las familias.

La ponencia mostró ejemplos concretos de éxito en **Canadá y Ucrania**, donde los gobiernos han reconocido el valor del modelo RMHC mediante inversiones significativas. En Ottawa, el Ministerio de Infraestructura otorgó **9 millones de dólares canadienses** para duplicar la capacidad de la casa local, mientras que, en Ucrania, el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Salud construirán una casa de **50 habitaciones** en el hospital infantil más grande del país.



Inversiones institucionales en Canadá y Ucrania

RMHC Ottawa

- El Ministerio de Infraestructura otorgó 9 millones de dólares canadienses
- RMHC Ottawa duplicará con creces la capacidad de su casa

RMHC Ucrania

- El Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Salud construirán una casa de 50 habitaciones en el hospital infantil más grande de Ucrania

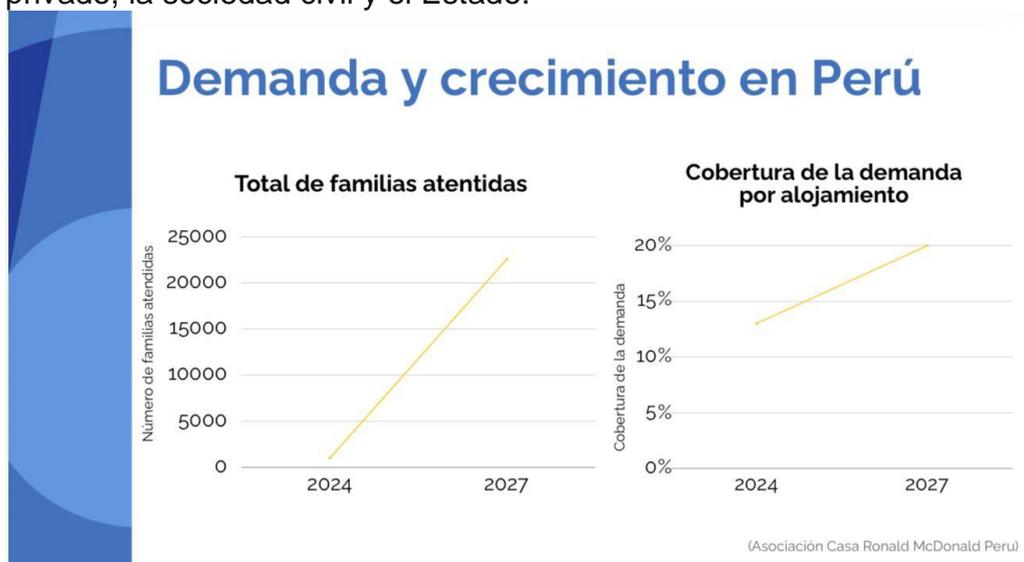






El Dr. Jordan cerró con una proyección del crecimiento necesario en Perú, mostrando que la demanda de albergues se incrementará significativamente hacia 2027, y que el modelo RMHC está preparado para expandirse en colaboración con el sistema de salud peruano. Su ponencia dejó en claro que el **éxito del tratamiento médico pediátrico depende críticamente de un ecosistema de apoyo social**, y que las Casas y Salas Ronald McDonald representan una solución probada a

nivel global para reducir el abandono del tratamiento, mejorar los resultados clínicos y humanizar la experiencia de salud para las familias más vulnerables. Este modelo, donde la **hospitalidad se convierte en medicina**, ofrece un camino concreto para implementar el cuidado centrado en la familia en el Perú, demostrando que es posible transformar sistemas de salud a través de alianzas estratégicas entre el sector privado, la sociedad civil y el Estado.



Dra. Zulema Tomás Gonzales, Directora del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Ponencia: Humanizar para sanar y la articulación con la casa Ronald McDonald.

La Dra. Tomas inició su intervención contextualizando el rol del INSN SB como **centro de referencia nacional e internacional de alta complejidad**, creado en 2013 y especializado en áreas críticas como atención integral del paciente quemado, cardiología y cirugía

cardiovascular, neurocirugía, trasplante de progenitores hematopoyéticos y oncología pediátrica. Destacó que la institución tiene como **valor institucional fundamental la humanización**, que se convierte en el hilo conductor de todas sus intervenciones.



The infographic features the logo 'Humanizar para sanar' at the top left and the 'insn' logo at the top right. The main title is 'CENTRO DE REFERENCIA DE ALTA COMPLEJIDAD A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL'. Below it, a subtitle reads: 'Pilar fundamental en la atención pediátrica en el Perú, comprometido con la salud y el bienestar de los niños y adolescentes del país.' A second subtitle states: 'Fue creado el 27 de febrero de 2013 mediante Resolución Ministerial N°090 - 2013 e inicio actividades el 24 de junio del mismo año.' At the bottom, a dark blue box contains the text: 'LA HUMANIZACIÓN es nuestro principal valor institucional'. To the right of the text is a photograph of a healthcare professional in green scrubs and a blue cap, holding the hand of a young child in a hospital gown who is holding a teddy bear.

Frente al desafío de la **centralización de servicios de alta complejidad en Lima**, la ponencia presentó datos contundentes: el INSN SB recibe pacientes de todas las regiones del país, lo que genera que familias de zonas rurales y urbanas alejadas deban trasladarse largas distancias, enfrentando **altos costos económicos, sacrificios personales y barreras logísticas** que contribuyen directamente al abandono del tratamiento. La Dra. Tomas argumentó que esta problemática no puede resolverse solo con intervenciones médicas, sino que requiere un **enfoque integral que aborde las dimensiones sociales y emocionales** del proceso de salud-enfermedad.



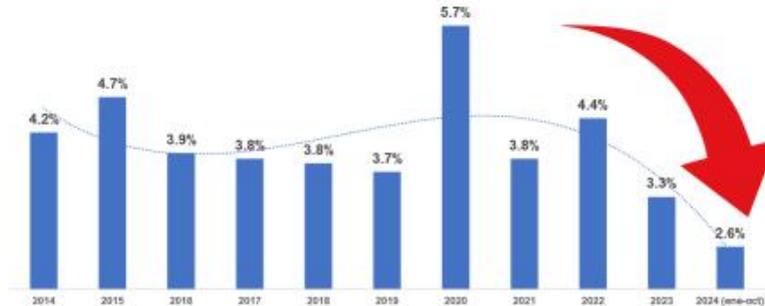
DISTRIBUCIÓN DE REFERENCIAS ATENDIDAS EN HOSPITALIZACIÓN POR REGIONES

2024

AMAZONAS	1.2%	LAMBAYEQUE	3.1%
ANCASH	3.8%	LIMA	46.4%
APURIMAC	1.4%	LORETO	1.3%
AREQUIPA	1.3%	MADRE DE DIOS	0.5%
AYACUCHO	2.2%	MOQUEGUA	0.2%
CAJAMARCA	3.5%	PASCO	1.2%
CALLAO	2.8%	PIURA	4.6%
CUSCO	1.5%	PROVINCIAS DE LIMA	5.1%
HUANCAVELICA	1.5%	PUNO	1.3%
HUANUCO	2.4%	SAN MARTIN	2.5%
ICA	3.1%	TACNA	0.6%
JUNIN	3.9%	TUMBES	1.1%
LA LIBERTAD	2.2%	UCAYALI	1.7%



Impacto positivo en la **reducción de la mortalidad**



La solución presentada fue el **Modelo de Comunidad INSN SB - Casa Ronald McDonald**, una alianza estratégica que integra servicios de soporte familiar en colaboración directa con el hospital. Este modelo innovador incluye cinco componentes esenciales:

1. **Alojamiento humanizado:** Proporciona un hogar temporal cercano al hospital
2. **Alimentación:** Asegura nutrición adecuada para pacientes y acompañantes
3. **Acompañamiento social:** Ofrece orientación y apoyo para navegar el sistema de salud
4. **Actividades educativas:** Facilita la continuidad del proceso educativo durante el tratamiento
5. **Actividades recreativas:** Promueve el bienestar emocional y la recuperación integral

Alianza estratégica con Casa Ronald



Problemática

La centralización de servicios obliga a familias de zonas rurales a **trasladarse largas distancias**, generando altos costos económicos, sacrificios personales y barreras que contribuyen al abandono del tratamiento.



Modelo Comunidad

Casa Ronald - INSN SB

El modelo de asociación hospital-comunidad, como el de la Casa Ronald McDonald (RMH®), **integra servicios de soporte familiar** (alojamiento, alimentación y apoyo emocional) en colaboración con el INSNB para abordar estas barreras.



Beneficios

Este modelo innovador busca garantizar la continuidad del tratamiento oncológico infantil al proporcionar un **apoyo integral** que reduce las barreras logísticas, emocionales y económicas enfrentadas por las familias.

La ponencia presentó resultados tangibles de una década de trabajo (2014-2024):

- **Miles de madres y acompañantes albergados**, con una distribución por regiones que evidencia el alcance nacional del programa: Costa (339), Sierra (314) y Selva (153) en 2024
- **Reducción comprobada del abandono del tratamiento** al eliminar barreras económicas y logísticas
- **Reconocimientos nacionales** por sus buenas prácticas, incluido el premio en Gestión Pública 2019 en la categoría de Promoción de la Cultura e Identidad por "Hablamos el mismo idioma".

La Dra. Tomas destacó especialmente el **enfoque intercultural** del programa, que cuenta con personal quechua hablante y apoyo del Ministerio de Cultura para reducir brechas de comunicación con familias de diferentes orígenes culturales. Este componente es particularmente relevante en un país con diversidad cultural como el Perú, donde las barreras lingüísticas pueden convertirse en obstáculos para el acceso a la salud.



La ponencia también mostró cómo la **tecnología se integra al modelo humanizado** a través de:

- ø **Robótica social** para acompañamiento emocional
- ø **Realidad virtual** para manejo del dolor y ansiedad
- ø **Impresión 3D** para planeamiento quirúrgico de precisión
- ø **Telemedicina** para seguimiento de pacientes

Humanizar
para sanar

TECNOLOGIA APLICADA A LA SALUD

insn



ROBÓTICA SOCIAL
ACOMPANAMIENTO EMOCIONAL

REALIDAD VIRTUAL

Un momento particularmente emotivo de la presentación fue la descripción de la "**Campana de la Vida**", un ritual simbólico donde los niños con cáncer tocan una campana al culminar su tratamiento, creando un momento de cierre positivo y celebración colectiva que involucra a

pacientes, familias, personal de salud y voluntarios.



La Dra. Tomas cerró su ponencia con una reflexión poderosa: "**Con educación continua con enfoque multicultural lograremos convertir al paciente, padre y/o tutor acompañante en nuestros aliados para la recuperación de su salud**". Su exposición dejó en claro que el INSN SB ha comprendido que la excelencia médica debe ir necesariamente acompañada de calidez humana, y que el **éxito del tratamiento depende tanto de la calidad técnica de las intervenciones como del apoyo integral a las familias**.

Este modelo, donde la **humanización se convierte en terapia**, ofrece un camino concreto para implementar el cuidado centrado en la familia en el Perú, demostrando que es posible transformar la experiencia de salud a través de alianzas estratégicas entre el sector público y la sociedad civil. La ponencia de la Dra. Tomas sirvió como testimonio inspirador de cómo un hospital de alta complejidad puede mantener estándares de excelencia médica mientras desarrolla un modelo de atención profundamente humano que reconoce y responde a las necesidades integrales de los pacientes y sus familias.

Problemática Integral Identificada

La problemática es multifacética y se retroalimenta:

- ð **Centralización extrema:** La concentración de servicios oncológicos especializados en Lima obliga a la migración temporal.
- ð **Déficit crítico de albergues:** Solo se cubre el 18% de la demanda nacional, dejando a la mayoría de las familias en la intemperie o en gastos insostenibles.
- ð **Ausencia de marco regulatorio:** No existe una ley o reglamento que

establezca estándares mínimos, roles, supervisión o financiamiento para albergues oncológicos.

- o **Arquitectura hospitalaria obsoleta:** La infraestructura de salud existente no está diseñada bajo el paradigma de "cuidado centrado en la familia" ni considera el bienestar emocional como parte del tratamiento.
- o **Barreras económicas y sociales abrumadoras:** Las familias enfrentan pobreza, falta de información y necesidades básicas insatisfechas, lo que las lleva al borde del abandono del tratamiento.
- o **Articulación insuficiente:** La coordinación entre hospitales, albergues, ministerios y organizaciones de la sociedad civil es débil y no está institucionalizada.

Pasos a Seguir desde la Comisión Especial del Cáncer

- o **Elaborar y Promover una Ley de Albergues Temporales para los pacientes con cáncer y sus familiares:** Esta ley debe crear un marco regulatorio específico que:
 - v) Defina los albergues oncológicos como establecimientos de salud complementarios y parte integral del tratamiento.
 - v) Establezca estándares mínimos de calidad, bioseguridad, accesibilidad y salvaguarda infantil.
 - v) Determine los roles y responsabilidades del MINSA, MIMP, gobiernos regionales y proveedores.
 - v) Cree un mecanismo de financiamiento sostenible que combine presupuesto público y donaciones.
 - v) Fomente la acreditación y supervisión de estos establecimientos.
- o **Incorporar Principios de Arquitectura Terapéutica en la Normativa:** Modificar los lineamientos de infraestructura del MINSA (y de EsSalud) para incorporar obligatoriamente los principios del "Evidence-Based Design" y el "Cuidado Centrado en la Familia" en el diseño, construcción y remodelación de hospitales pediátricos y oncológicos. Esto debe incluir la obligatoriedad de espacios para el acompañamiento familiar, áreas de recreación, luz natural y entornos humanizados.
- o **Fortalecer la Descentralización con Inversión en Infraestructura y Equipos:** Asignar partidas específicas del PRONIS y del MEF para equipar y acreditar servicios de oncología pediátrica en hospitales regionales de referencia (ej. Cusco, Arequipa, Trujillo, Lambayeque), priorizando aquellos que ya tienen demanda comprobada, para reducir la presión migratoria hacia Lima.
- o **Crear un Sistema Integral de Apoyo a la Familia:** Diseñar e implementar, en articulación con el MIDIS y las DIRIS/DIRESAS, un programa que brinde apoyo económico condicionado, subsidios de transporte, alimentación y soporte psicosocial a familias en tratamiento oncológico, articulándolo con la red de albergues.

- ð **Establecer una Mesa Técnica Permanente de Articulación:** Formalizar una mesa de trabajo liderada por la “Comisión del Cáncer” que integre de manera permanente a representantes del MINSA, MEF, EsSalud, gobiernos regionales y el Comité de Fundaciones. Su mandato sería supervisar la implementación de albergues y su operatividad, así como resolver cuellos de botella y medir indicadores de impacto sanitarios, entre los cuales destaca, el monitoreo de la tasa de abandono al tratamiento oncológico.
- ð **Lanzar una Campaña Nacional de Sensibilización:** Utilizar los datos presentados (déficit del 82% de albergues, perfil de pobreza de las familias) para generar una campaña en medios que posicione la problemática en la agenda pública y presione por la asignación de recursos y la aprobación de leyes, siguiendo el modelo exitoso de incidencia brasileño.
- ð **Promover la Réplica de Modelos Exitosos:** Desarrollar guías y brindar asistencia técnica para que gobiernos regionales y municipios puedan replicar modelos de albergues exitosos (como el de Casa Ronald McDonald) y de arquitectura hospitalaria humanizada, adaptándolos a sus realidades culturales y presupuestales.

La conclusión transversal de todas las ponencias es clara: el éxito del tratamiento oncológico pediátrico no depende únicamente de los protocolos clínicos, sino de un ecosistema de apoyo que incluya albergue digno, arquitectura sanadora y políticas públicas que pongan a la familia en el centro. La tarea de la Comisión Especial es catalizar la acción para construir ese ecosistema en el Perú.



ð



8



3.3. Visita coordinada

3.3.1. Albergue – Casa Ronald Mc-Donald.

El 3 de julio del 2025, se realizó una visita coordinada en las instalaciones de la casa Ronald Mc Donald que ofrece un hogar temporal para familias que viajan desde el interior del país para que sus hijos reciban tratamiento médico especializada.

Brinda servicios Proporciona alojamiento, alimentación y apoyo emocional para los niños y sus familias durante el tratamiento.

Tiene una capacidad para 62 camas y ofrece diversas áreas como comedor, cocina y biblioteca.

Brinda a los niños clases de reforzamiento escolar y talleres de recreación mientras que los padres participan en talleres de emprendimiento y coaching.

Se encuentra en el distrito de Jesús María en dicho local se apreció la labor que realizan logrando entrevistarnos con algunas familias beneficiadas, que agradecen a la institución porque así pueden culminar con el tratamiento a sus menores hijos que permite que esta situación tan complicada en algo alivie su dolor.





3.4. Visita coordinada

3.4.1. Foro Internacional Rayos de Esperanza – Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) – Etiopía.

El objetivo fue compartir las experiencias de la implementación del Programa en África, tres (3) años después del lanzamiento conjunto entre la OMS y el OIEA. La delegación de expertos invitados de Latinoamérica y el Caribe, presentaron los avances y logros obtenidos del trabajo colaborativo durante el proceso de implementación de los proyectos de cooperación institucional entre los países miembros y el OIEA.

En la presentación de Perú, representada por la Comisión, se hizo mención que el Estado Peruano, implementó más del 80% de recomendaciones priorizadas de la misión IMPACT 2014. Se agradeció la donación de 2 mamógrafos por parte del gobierno estadounidense. Se hizo mención respecto a la importancia de la donación de equipos para los servicios de radioterapia y médica nuclear. Siendo una oportunidad de utilizar el Programa Rayos de Esperanza para hacer una compra internacional de equipos como aceleradores lineales, PET-CT, tomógrafos, ecógrafos, entre otros



3.4.2. Reunión con el Senador Sergio Alfredo Gaona Salazar – Senador de Chile y miembro del Parlamento Andino.

La experiencia de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los Avances de la Prevención y Control del Cáncer fue reconocida por el senador chileno Sergio Alfredo Gahona Salazar, quien anunció que planteará replicar esta experiencia en el Parlamento de su país.

Esta reunión permitió un intercambio de puntos de vista sobre las estrategias que se desarrollan en ambos países para reducir las incidencias de enfermedades oncológicas. Ambos coincidieron en que Perú y Chile se encuentran comprometidos en el objetivo común de combatir y derrotar al cáncer y desde sus respectivos parlamentos se hacen los esfuerzos para dar el marco legal apropiado y las acciones necesarias para avanzar hacia esa meta.

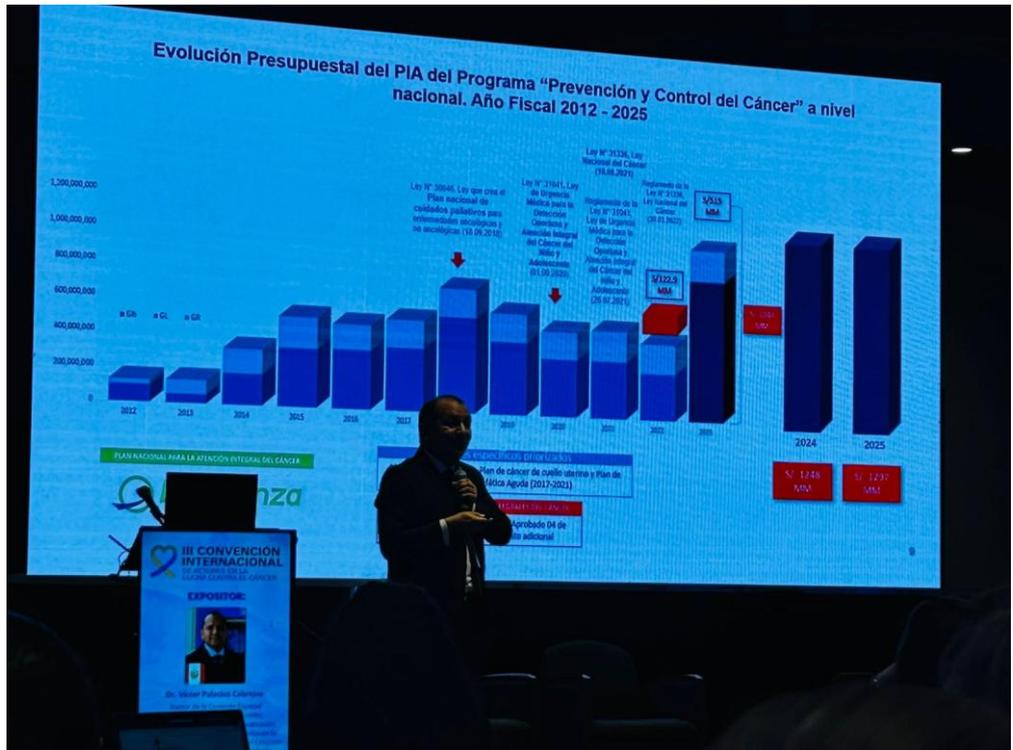




3.4.3. III Convención Internacional de actores en la lucha contra el cáncer – Ecuador.

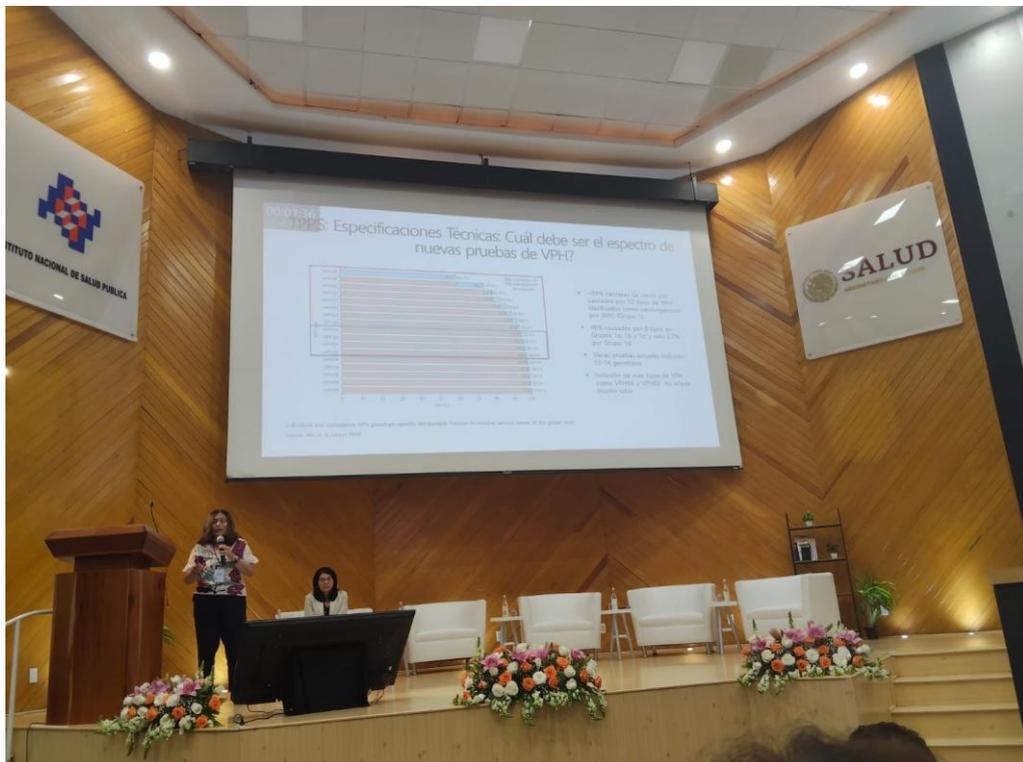
El objetivo de la participación fue compartir la experiencia de los aciertos en la formulación de las leyes y reglamentos en favor de la atención integral del cáncer en el Perú. En esta presentación se desarrollaron argumentos que permitirían al Gobierno Ecuatoriano lograr grandes cambios durante el proceso de implementación de políticas públicas en prevención y control del cáncer. Dentro de estas, las recomendaciones más importantes fueron: 1) Fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud a través de la creación de una dirección de prevención y control del cáncer; 2) buscar el alineamiento estratégico entre el Poder Legislativo y el Poder Ejecutivo, para facilitar la implementación de las herramientas de gestión pública, necesaria para mejorar las acciones de prevención y control del cáncer; 3) desarrollar un programa presupuestal como herramienta de políticas públicas en prevención y control del cáncer; 4) elaborar una plan nacional de prevención y control del cáncer liderado por el Ministerio de Salud; 5) acelerar la implementación de la Iniciativa Mundial para la Erradicación del Cáncer de Cuello Uterino como problema de salud pública; 6) fortalecer las acciones de fiscalización, con el fin de evidenciar las inequidades de acceso a la prevención y control del cáncer, así como promover soluciones articuladas con todos los actores que toman decisiones.





3.4.4. Foro Regional “Prevención y control del cáncer cervical en Latinoamérica: hacia una detección integral a escala regional” - México

Este foro tuvo como objetivo reunir a representantes de organismos internacionales, autoridades sanitarias, investigadores y tomadores de decisiones para fortalecer las estrategias de prevención y control del cáncer cervical en la región. Este intercambio de experiencia permitió desarrollar nuevas estrategias para coordinar con la dirección de prevención y control del cáncer, así como priorizar el desarrollo de propuestas legislativas.



4. ATENCIÓN A SOLICITUDES Y ACCIONES DE FISCALIZACIÓN

4.1. Acción de fiscalización sobre la cadena de suministro de recursos estratégicos para la prevención y control del cáncer

Dentro de las acciones de seguimiento y fiscalización, se ha recalcado la importancia de que los procesos de la cadena de suministro de los recursos estratégicos para la prevención y control del cáncer se alineen de tal forma que permitan un abastecimiento oportuno de estos para el tratamiento del cáncer. Para tal efecto se ha monitoreado y remitido recomendaciones al proceso de Evaluación de Tecnología Sanitaria desarrollado por RENETSA, se ha solicitado información a CENARES con respecto al estado de disponibilidad de los recursos estratégicos adquiridos mediante compra centralizada, y se ha buscado que se lleve a cabo acciones de investigación cuando el proceso de adquisición de estos productos farmacéuticos oncológicos no ha sido manejado con la debida diligencia.

Estas acciones lo que buscan es mejorar la estructura del modelo conceptual desarrollado por RENETSA durante el procesos de evaluación de tecnología sanitaria, así como un mejor desarrollo metodológico que permita asegurar una consistencia interna; por otro lado mejorar la coordinación entre RENETSA, DPCAN y CENARES, con el fin de mejorar los procesos de adquisición de los productos farmacéuticos; así mismo, resaltar la importancia de contar con un sistema de información que interopera la información de la cadena de suministro en tiempo real, de tal forma que se tenga una disponibilidad continua de los recursos estratégicos para la prevención y control del cáncer.

4.2. Acción de fiscalización sobre los procesos de adquisición de equipamiento biomédico para la prevención y control del cáncer

Dentro de las acciones de seguimiento y fiscalización, se ha discutido ampliamente sobre el uso eficiente de los recursos asignados para la adquisición de equipamiento biomédico para la prevención y control del cáncer en estos últimos años, el riesgo de un mal estudio de mercado y sobrevalorización de los precios de adquisición de los equipos, los riesgos de arbitraje y el riesgo de no ejecución presupuestal del presupuesto destinado a la adquisición de los equipos biomédicos para la prevención y control del cáncer.

Estas acciones buscan optimizar el uso de los recursos para la adquisición eficiente de equipo biomédico que fortalezca el primer nivel de atención y a nivel hospitalario, en la capacidad de realizar diagnóstico y tratamiento

del cáncer. Sin embargo, durante el presente año fiscal se ha identificado que la dirección de prevención y control del cáncer ha puesto a disposición más de 80 millones de soles, que pueden ser derivados para el financiamiento del Programa Rayos de Esperanza en el Perú, con el fin de disminuir la brecha de acceso a servicios de radioterapia y medicina nuclear.

4.3. Coordinación con OPS – Seguridad Social - EsSalud

Dentro de las acciones de seguimiento, resaltan la necesidad de implementar políticas públicas de prevención y control del cáncer; durante este proceso, los establecimientos de salud de los gobiernos regionales y MINSA han logrado mejorar la capacidad operativa para brindar diagnóstico y tratamiento oncológico; sin embargo, no se ha logrado lo mismo con los actores de la seguridad social y sanidades de las fuerzas armadas y Policía Nacional del Perú.

Por tal motivo, se realiza una reunión de trabajo con el experto de sistemas de salud de OPS – Perú, para conversar sobre la importancia de contar con la asesoría técnica de OPS para elaborar el plan de separación de funciones de IPRESS y IAFAS; siendo necesaria una mesa de trabajo para discutir ampliamente el tema.

4.4. Seguimiento a proyectos de Ley y Dictámenes vinculados a la prevención y control del cáncer

Durante las acciones de seguimiento, resalta la identificación de proyectos de Ley vinculados a la prevención y control del cáncer, por tal motivo, se discutió con especialistas de los Institutos Regionales de enfermedades neoplásicas, sobre aspectos inconstitucionales de esta iniciativa legislativa, por tal motivo se requiere un mayor análisis legal y mesa de trabajo para su discusión.

5. REDES SOCIALES

La Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados de la Prevención y Control del Cáncer, cuenta con la siguiente con las siguientes redes sociales, en lo que damos a conocer todo el trabajo realizado; además de la web del Congreso de la República, donde se encuentra toda la documentación de las sesiones ordinarias y extraordinarias y toda la información relacionada a esta Comisión:

Web del Congreso: <https://www.congreso.gob.pe/comisiones2023/cem-seguimiento-prevencion-cancer/sesiones/>

Facebook: [Comisión Especial de Fiscalización de Fiscalización del cáncer](#)

Instagram: [@comisiondelcancer.pe](#)

Twitter: [@comision_cancer](#)