

**CONGRESO DE LA REPÚBLICA  
PRIMERA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2023**

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

**3ª SESIÓN ORDINARIA  
(Matinal)**

**LUNES, 13 NOVIEMBRE DE 2023  
PRESIDENCIA DE LA SEÑORA MERY ELIANA INFANTES CASTAÑEDA**

*—A la 10:16 h, se inicia la sesión.*

**La señora PRESIDENTA.**— Buenos días, queridos colegas, los que están presente y los que están por el sistema de Microsoft. Muy buenos días a los compañeros de trabajo.

Estamos en la tercera sesión ordinaria del periodo anual de sesiones de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo, y Fiscalización sobre los avances de los resultados de Prevención y Control del Cáncer.

Buenos días, congresistas. Siendo miembros de la Comisión Especial Multipartidaria, como ya lo hemos dicho, y un saludo grande en esta importante comisión, donde tenemos que ponerle todo nuestro esfuerzo, y siempre lo he dicho, es parte de una comisión que debemos de entregar todo por aquellos que necesitan de nosotros.

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

**La SECRETARIA TÉCNICA pasa lista:**

Cómo no, presidenta. Buenos días.

Mery Eliana Infantes Castañeda.

**La señora INFANTES CASTAÑEDA (FP).**— Presente.

Chirinos Venegas, Patricia (); congresista Varas Meléndez, Elías Marcial.

**El señor VARAS MELÉNDEZ (PB).**— Presente.

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

Congresista Alva Prieto, María del Carmen.

**La señora ALVA PRIETO (NA).**— Presente.

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

Picón Quedo, Luis Raúl.

**El señor PICÓN QUEDO (PP).**— Presente,

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

Presidenta, la congresista Portalatino Ávalos solicita registrar su asistencia por intermedio del chat de la plataforma.

**La señora PRESIDENTA.**— Concedido.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Congresista Sánchez Palomino, de igual forma, ha registrado su asistencia por intermedio del chat de la plataforma.

**La señora PRESIDENTA.**— Aceptado.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Gracias, presidenta.

Vásquez Vela, Lucinda ().

La congresista Portero López se encuentra de licencia.

La congresista Trigozo Reátegui de igual forma ha presentado licencia.

Congresista Vásquez Vela ().

Presidenta, tenemos siete congresistas asistiendo a la comisión. Puede dar inicio a la sesión, por favor.

**La señora PRESIDENTA.**— Gracias, señorita secretaria.

Siendo las 10 de la mañana con 20 minutos, del día 13 de noviembre de 2023, y contando con el *quorum* respectivo.

Dejando constancia de la licencia presentada de los congresistas Trigozo Reátegui, Cheryl; Alva Prieto, María del Carmen, bueno, ella se encuentra presente; también de la colega Portero López.

Procedemos a dar inicio al desarrollo de la tercera sesión ordinaria de acuerdo a la agenda programada.

Como primer punto de la agenda se encuentra programando el Despacho.

## **DESPACHO**

**La señora PRESIDENTA.**— Señores congresistas, se ha enviado a sus correos la referencia de los oficios remitidos y recibidos.

Si alguno de ustedes desea una copia de algún documento específico, pueden solicitarlo a la secretaría técnica de la comisión.

Como segundo punto de la agenda, tenemos los Informes.

### **Informes**

**La señora PRESIDENTA.**— Acá vamos a informar a los señores congresistas que, el día lunes 6 de noviembre, esta presidencia realizó una visita inopinada a la ciudad de Chiclayo, y en concreto visitamos al hospital regional docente Las Mercedes de Chiclayo, hospital nivel II-2; y el hospital regional de Lambayeque, que es un hospital de nivel III-1, es decir, un hospital de alta complejidad.

En nuestra visita pudimos entrevistarnos con los directores de cada hospital, así como el personal de salud y pacientes oncológicos. Asimismo, verificamos *in situ* las áreas designadas a servicios oncológicos, pudiendo verificar las carencias y necesidades de cada institución en equipos, algunos de ellos malogrados, en estado de abandono y desuso, en desabastecimiento de medicina, falta de personal médico y de infraestructura.

Quería recalcar que dentro de los servicios, de los equipos malogrados, también se están ya malogrando la torre oncológica del hospital Las Mercedes, de la cual, señor ministro, pido que, por favor, se tome cartas en el asunto porque es un material bastante valioso y costoso, que nosotros inclusive en la visita que hicimos hemos encontrado roedores. Y no es posible que habiendo tanta necesidad en otros hospitales, aquí estén almacenados, malográndose ese material.

Tenemos también falta de personal médico y de infraestructura, siendo el clamor de ambos nosocomios la existencia de una torre oncológica, es decir, un área específica para atender la gran demanda de pacientes de toda la región nororiente del Perú y debidamente implementada. En esa comisión estamos haciendo las acciones necesarias para trasladar las necesidades a las autoridades competentes y hacer así un seguimiento correspondiente.

Por otro lado, les informo también que este día viernes 10 de noviembre, esta presidencia realizó una primera visita inopinada al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, INEN, donde nos entrevistamos con las autoridades y algunos pacientes oncológicos, verificando la necesidad en la falta de medicamentos y los procedimientos que hasta ahora siguen para atender el abastecimiento de su farmacia, siendo urgente y necesario la pronta adecuación del reglamento de la Ley Nacional del Cáncer a las modificatorias realizadas a la ley por medio de la Ley 31870.

En este punto, señores congresistas, les invito a que puedan unirse en esta labor de seguimiento y fiscalización desde sus respectivas regiones y próximamente en sesiones y audiencias descentralizadas de esta comisión.

Por otro lado, informo que hemos recibido Oficio 961-2023-2024-ADP-D-CR, por medio del cual el Oficial Mayor hace de conocimiento que en sesión del 2 noviembre del presente y con la dispensa del trámite de sanción\* de Acta se aprobó la modificación en la conformación de esta comisión, saliendo el congresista Jerí Oré a propuesta del grupo parlamentario Somos Perú y estando pendiente el ingreso de otro parlamentario en su reemplazo.

Señores congresistas, se concede el uso de la palabra a fin de que algunos de ustedes puedan realizar algún informe en este momento.

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

### **Pedidos**

**La señora PRESIDENTA.**— Congresistas, si desean hacer algún pedido, pueden hacerlo en este momento.

No habiendo ningún pedido del uso de la palabra, pasamos al siguiente punto de la agenda. Pasamos al Orden del Día.

### **ORDEN DEL DÍA**

**La señora PRESIDENTA.**— Señores congresistas, para el primer y único punto de Orden del Día hemos invitado al señor ministro Henry Vázquez Sánchez y al doctor Víctor Alex Palacios Cabrejos, director ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, con la finalidad de que informe a esta comisión sobre los puntos señalados en la agenda de esta sesión.

El señor ministro en esta oportunidad ha cancelado su visita por los múltiples trabajos que tiene que hacer, pero se encuentra con nosotros el doctor Víctor Alex Palacios Cabrejos, director ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

En este punto nosotros tratamos de hacer los puntos señalados que siempre se tienen en cuenta en todas las agendas.

Vamos a tratar sobre la situación actual en el Perú en materia oncológica y acciones concretas realizados por su despacho a nivel nacional en materia de prevención, tratamientos, diagnóstico y rehabilitación oncológica como servicio de salud pública.

Un informe sobre las acciones realizadas después de publicada la Ley 31870, del 12 de septiembre de 2023, que modificó la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer.

Y qué acciones se encuentran pendientes después de publicada la Resolución Ministerial 1023-2023-Minsa para la elaboración de la propuesta de adecuación del reglamento de la Ley Nacional del Cáncer, Decreto Supremo 004-2022-SA.

Un reporte actualizado de tipos de cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en hombres, mujeres, niños y adolescentes en el Perú, y qué estadíos de la enfermedad son diagnosticadas.

Reporte del presupuesto asignado y ejecutado en el presente año en relación a la prevención y control del cáncer y la distribución y ejecución en cada gobierno regional.

Un reporte actualizado de equipos, medicamentos, recursos humanos e infraestructura con la que cuenta a la fecha el Minsa en todo el país.

Para tal efecto, señores congresistas, en este momento vamos a recibir a los invitados; por lo tanto, vamos a suspender esta sesión por unos breves minutos

*—Se suspende la sesión.*

*—Se reanuda la sesión.*

**La señora PRESIDENTA.**— Muy buenos días, doctor Cristian Díaz Vélez, director general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; Doctor Alex Palacios Cabrejos, director ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública de Minsa, a quienes les damos los más cordiales saludos.

Bienvenidos, están ustedes en una comisión muy especial, donde tenemos que ver puntos tan importantes, ya que este problema del cáncer y sobre todo los lugares que nosotros hemos visitado, los problemas son tan comunes y eso se viene suscitando ya por años.

Esperemos que con las estrategias que ustedes tomen frente a esta nueva ley o una modificatoria de la Ley 31336, la nueva ley que es la 31870, se empiece ya a dar los pasos que se necesita, porque después de la conversación que hemos tenido muy amena con los directivos del INEN, ya pasaron los 30 días de promulgada la ley y todavía no se están tomando las cartas pertinentes.

Bueno, todos los aportes que ustedes van a dar, van a ayudar a que nuestros colegas congresistas (2) participen en esa comisión haciendo preguntas, tratando de ver y tratando también de solucionar los problemas que conllevan en todas las regiones, sobre todo ellos como representante de las diferentes regiones del Perú, ellos van a estar muy atentos para su para su intervención en esta importante comisión.

Bueno, voy a tratar de hacerles algunas preguntas, de las cuales, señores doctores, quiero que ustedes... estas van a ser mis preguntas más, pero también van a participar los colegas que están en esta comisión, para saber los diferentes problemas, como ya estamos hablando, acerca de cómo solucionar esto.

Ahora vamos a hacer las preguntas.

¿Qué acciones se están coordinando...

Bueno, disculpando, vamos a darle primer la palabra a ustedes para que puedan explayarse en este punto de la red oncológica.

Bienvenido, doctor Cristian Díaz Vélez, director general de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. Muy buenos días, doctor.

**EI DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS DE SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Cristian Díaz Vélez.**— Muy buenos días, congresista Infantes, congresista Alva y todos los congresistas que están el día de hoy presentes en esta comisión, como usted lo ha mencionado, muy importante justamente para la monitorización y la fiscalización de lo que se viene trabajando en lo que es la prevención y control del cáncer, específicamente los cánceres prioritarios como cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, de próstata, colon y de piel, que son los que están enmarcados justamente en esta priorización y lo que se viene desarrollando no solamente en la parte de prevención, también en el tratamiento y que iniciamos desde el primer nivel de atención.

El doctor Víctor Palacios, el director ejecutivo, va a llevar a cabo una presentación detallada de la situación actual que tenemos del cáncer y las intervenciones que se venían desarrollando y que se vienen implementando en el marco de la ley y de sus modificaciones de la Ley de Cáncer.

Adelante, doctor.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Muy buenos días con todos, señora presidenta de la comisión multipartidaria.

Señores congresistas de la República, muchas gracias por tener esta oportunidad de poder volver a presentar los avances de lo que se ha hecho en materia de prevención y control del cáncer.

Esto es muy importante a mencionar porque no solamente hablamos de lo que hace el Minsa. En la primera reunión que tuvimos hicimos mención que en un sistema de salud fragmentado también hay servicios oncológicos en EsSalud, en las Fuerzas Armadas, en la Policía, que también tienen que demostrar sus problemas. No nos olvidemos que son pacientes oncológicos que independientemente de donde estén tenemos que atenderlo y cuidar por ellos.

Y en ese sentido, hemos tomado acciones que vamos a presentar para poder protegerlos.

Si me permite, iniciamos la presentación. De acuerdo.

Como ya sabemos, el cáncer en el Perú es un problema de salud pública; y si bien es cierto, es un grupo de enfermedades que no tiene la incidencia de otro tipo de patologías como las enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, en general, sí tienen un gran impacto desde el punto de vista de ser una enfermedad que conlleva a una muerte si no se atiende de forma oportuna y de forma correcta.

Y en un país como el nuestro, en el cual tenemos los servicios oncológicos concentrados en Lima Metropolitana, lamentablemente se ha visto por mucho tiempo el concepto de que el cáncer es sinónimo de muerte, y no es así, no es la realidad en la actualidad, y tenemos que ir desmitificando esa mirada.

Siguiente, por favor.

Una de las cosas que es muy importante a mencionar es que es una prioridad de este gobierno. ¿Por qué? Porque a veces mucho tiene que ver la prioridad de quien esté al mando del Poder Ejecutivo, el asignar los recursos. Y por muchos años se ha hablado de lucha contra el cáncer en el Perú, cuando aparece en el año 2012 el Plan Esperanza, ¿no?, y después cada cambio de gobierno ha ido decidiendo si asignar o no recursos para el tema oncológico.

Y algo que tenemos que reconocer es que en los últimos gobiernos sí se ha colocado el tema de cáncer como una prioridad y esto también está como una prioridad, ¿no?, la lucha contra el cáncer; pero que se ha notado que tiene que articularse con algo en particular, con el fortalecimiento de primer nivel de atención y lo que vendría a ser el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica que el país no ha tenido.

Muchos de estos equipos, muchos de los registros hospitalarios se pueden generar, pero no hay una base tecnológica que nos permita desarrollarnos como correspondería. Hay una articulación entre estos.

Siguiente, por favor.

Según el registro hospitalario de cáncer, no voy a hablar de lo que dice CDC, que digo, Globocan. Según Globocan, cada año en el Perú se diagnostican 69 000 nuevos casos de cáncer, ¿okey?, esa es una estimación probabilística. Esa data no es real en la actualidad, la del Globocan. ¿Por qué? Porque fue recogida con información prepandemia. Postpandemia la situación es distinta. Y se habla de que existe un subregistro importante de casos de cáncer, que se estima que va alrededor de un 30% como subregistro. Y además esa data no es tiempo real.

CDC nos ha remitido su información con respecto a registro hospitalario de cáncer, que es la base del registro de cáncer en el Perú, y nos da un panorama interesante que se mantiene, que el cáncer en el Perú tiene el rostro de una mujer joven, una mujer joven, si nos damos cuenta, a partir de los 20 años en adelante, hasta los 59 años, el cáncer es mayoritariamente en mujeres; y a partir de los 60 años en adelante ya se equipara la situación un poquito más, y eso se debe a dos grandes patologías, cáncer de cuello uterino y cáncer de mama

Siguiente, por favor.

Y ahí lo refleja, el registro hospitalario de cáncer hace mención que tanto cáncer de cuello uterino como cáncer de mama son las neoplasias más frecuentes que se registran en los hospitales.

Y qué interesante, ¿seguido de qué? Cáncer de piel. Diferente a lo que dice Globocan, que dice cáncer de próstata, próstata, no, no. Aquí el problema en Perú, particularmente, es la mujer que no tiene acceso a un tamizaje oportuno y de calidad, apuntando con calidad, sobre todo. Seguido de cáncer de estómago, cáncer de colon recto y después cáncer de próstata.

Siguiente, por favor.

Esta pregunta es muy interesante. ¿Cuál es el estadio clínico, el diagnóstico? Bueno, cerca del 50% de los médicos no registra el estadio clínico, por ejemplo, por muchos motivos, uno de los más importantes es que siempre tuvieron brecha de estudios de diagnóstico por imágenes. Los tomógrafos no estaban operativos. ¿Cómo yo hago un estadiaje correspondiente si no tengo un tomógrafo? Como oncólogo, le digo, es muy difícil tenerlo.

Ahora, de los que sí reportan, 17% corresponden a estadio clínico cuatro; 12% corresponden a estadio clínico tres, 9% corresponde a estadio clínico dos, 5% a estadio clínico uno, y 7% a estadio clínico cero, que corresponde a un carcinoma in situ. O sea, ¿hay una mejora? Sí hay una medida de mejora, estoy detectando más casos in situ. Y esto se vincula a algo en particular. Siguiente, por favor. Lo voy a mostrar más adelante, que es el tamizaje.

Pero no solamente se está trabajando con tamizaje, diagnóstico, no, se está hablando de promoción de la salud. ¿Por qué? Porque el problema no solamente es tratar el cáncer avanzado, sino es cómo hago para cambiar las conductas inadecuadas. ¿Por qué? Porque hay problemas de hábitos, conductas y estilos de vida y son temas de comportamiento de las personas.

Siguiente, por favor.

El tabaquismo, causa de cáncer; la mala alimentación causa cáncer, el uso de alcohol causa cáncer, la baja actividad física también genera.

Siguiente.

Por tal motivo, [...] a la Dirección de Promoción de la Salud, nosotros hemos trabajado de forma articulada con la Dirección de Promoción de la Salud para poder llevar un mensaje de una vida saludable, ¿enfocado en qué? En mejorar la alimentación, una mejor alimentación, haciendo control de la obesidad, enseñando a los profesores de los colegios por qué es importante controlar el peso de los niños y adolescentes, haciendo capacitaciones sobre la cesación de tabaco, por qué motivo es importante evitar el tabaco en la adolescencia, por qué motivo no se debe consumir alcohol en la adolescencia, y sobre todo vacunar, que nos permitan vacunar a niños y niñas contra el virus de papiloma humano.

Siguiente, por favor.

¿Y esto cómo se ha visto tangible? Bueno, vemos al lado izquierdo, ha habido un abordaje a través de la familia, en el cual se han hecho sesiones educativas para las familias; y por otro lado, un abordaje a los docentes, se les ha enseñado a los profesores. Inclusive, hay certificación por la Escuela Nacional de Salud Pública de 2309 profesores, en el cual se les está enseñando cómo enseñar a sus niños y adolescentes, qué hacer y qué no hacer. O sea, de ahí parte, o sea, la lucha contra el cáncer comienza en el hogar, en la familia, educando a la familia y también educando al profesor en temas de salud. Eso se está construyendo a través de la Dirección de Promoción de la Salud. Ese es el primero.

Siguiente, por favor.

En temas de vacunación contra el VPH —siguiente, por favor— se ha logrado este año vacunar a niños. Algo que es muy interesante, porque si vemos la cantidad de dosis aplicadas en niños y niñas, vemos que se aplican más en niños. O sea, ya venía por mucho tiempo, digamos, ya caía que iba a llegar el momento en el cual la vacunación contra niños era una necesidad y se logró este este año la gran y tan ansiada vacunación contra niños, ¿no?

Se han logrado contratar a 314 brigadas de vacunación a nivel nacional para poder mejorar las coberturas de vacunación contra el VPH. Sin embargo, todavía hay regiones que teniendo el presupuesto, teniendo el recurso, no han logrado la meta. Y tenemos problemas con Moquegua, Ucayali, Diris Norte, por ejemplo, Amazonas, Loreto, Callao.

Siguiente, por favor.

Y si bien es cierto, se puede observar que muchas de estas regiones ya tienen más de 74% vacunación, ¿no?, como cobertura hasta el 6 de noviembre de este año; sin embargo, todavía tenemos que hacer un plan de cierre de brechas. No podemos tener niños y niñas sin vacunarse.

Siguiente, por favor. Y eso es lo que les hacía mención, o sea, se transfiere el presupuesto, se contrata el recurso humano y no se logra todavía la meta. Entonces, algo está fallando. Y yo creo que un punto importante mencionar es el exigir la productividad, exigir un criterio mínimo de vacunación contra el VPH.

Y por otro lado también tenemos algo importante que nos está hablando, que si bien es cierto la estrategia va orientado a colegios, tenemos también un porcentaje de deserción escolar que hay que ir abordando y que también es parte de la estrategia que estamos trabajando.

Siguiente.

Recientemente se aprobó también la ley de la vacunación contra el VPH, la cual ampliaba la cobertura de vacunación, ampliaba la edad, perdón, de cohorte, la vacunación contra el VPH; y

miren cómo es que como país estamos logrando esta gran muralla contra el cáncer de cuello uterino. Sin embargo, todavía se requiere mediante este plan de cierre de brechas poder continuar.

¿Qué es lo que pide la OMS? La OMS nos pide que nuestras adolescentes, cuando lleguen los a los quince años, más del 90% estén vacunadas contra el VPH, eso nos pide la OMS, y sí se está logrando, pero todavía falta más.

Siguiente, por favor.

Fortalecimiento de primer nivel de atención. Esto es muy importante y esto es muy interesante lo que está haciendo el Ministerio de Salud en materia de cáncer.

A ver, cuando nosotros tuvimos el primer informe preliminar de lo que había logrado el Plan Esperanza, entre el año 2012 al año 2016, nos preocupó mucho. ¿Por qué? Porque las coberturas de tamizaje de cáncer no eran buenas, teníamos coberturas de tamizaje de cáncer de mama, por ejemplo, con mamografía que era 0.03%. O sea, tenían mamógrafos y no se hacía mamografía. En el tema de cuello uterino también teníamos coberturas bajas de tamizaje de cáncer. Si mal no recuerdo, en este informe, eran alrededor de 24% **(3)** las coberturas de tamizaje de cáncer.

Por tal motivo, una de las estrategias que se le puso mucho énfasis es articular cercanamente con todos los gobiernos regionales, con los coordinadores regionales de cáncer, para poder trabajar de forma ordenada. Ordenamos la casa, nos acomodamos y sobre todo comenzamos a ampliar a nuevos tamizajes de cáncer.

Hasta el año 2016 solamente se enfocaban en tamizar cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, y no se hacía bien, con muchas dificultades, la verdad. ¿Y qué agregamos? Cáncer de próstata, cáncer de colon y recto y cáncer de piel. Ya hemos logrado, de alguna forma, iniciar ese proceso de poder cambiar el tamizaje de cáncer y poder mejorarlo.

Siguiente, por favor.

Y miren, si vemos esa barra color naranja, son los números absolutos de personas tamizadas en el año 2019, que fue lo mejor que logramos de tamizaje de cáncer desde que apareció el Plan Esperanza. Hasta el 2019, la verdad, que hicimos al máximo, las regiones se comprometieron, hicieron campañas, difusión masiva, se trabajó muy bien, se logró buena cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino, 687 000 mujeres tamizadas de cáncer de cuello uterino, 454 000 tamizadas por cáncer de mama, 21 000 varones para cáncer de próstata, 36 000 cáncer de colon y recto, 300 000 para cáncer de piel.

¿La pandemia que generó? La barra roja, todo se caiga. El golpe al sistema de salud público fue muy intenso y lamentablemente costó mucho para poder recuperarlo.

En el año 2020 fue el golpe de la pandemia, 2021 y 2022 tomamos la rienda para nuevamente poder recuperar lo perdido, toda vez que el recurso humano había sido afectado, muchos quedaron con discapacidad postpandemia, muchas personas ya no regresaron a trabajar, muchas personas capacitadas, ojo, y muchas personas ya no querían hacer la actividad extramural.

O sea, ha sido nuevamente convencer a nuestro profesional de la salud del primer nivel de atención a volver a hacer sus actividades porque han tenido temor, la verdad. Y eso ha pasado entre el año 21 y 22; y miren cómo el 23, cómo es que nuevamente logramos una situación récord que no se había visto antes en los años previos, ¿no?

En caso de cáncer de cuello uterino estamos mejorando, ya estamos próximos a lograr, a mejorar las cifras en valores absolutos del año 2019. En el caso de cáncer de mama, nuevamente estamos recuperando el chequeo preventivo de cáncer de mama. En caso de cáncer de próstata, comienza a haber una concientización de los hombres en el chequeo de cáncer de próstata. Y también en el caso de cáncer de colon y recto también comienza a incorporarse dentro del conocimiento de la persona, la importancia de hacerse un chequeo preventivo. En el caso de cáncer de piel también.

Y esto se ha logrado gracias también a la contratación de brigadas. Se han contratado 82 brigadas a nivel nacional que ha permitido hacer actividad extramural.

¿Qué es lo que pasa? Muchas veces pensamos que la persona va a ir por cuenta propia a hacerse un chequeo preventivo a un centro de salud. Y eso no ocurre. Eso es rarísimo. Por eso que la estrategia de los preventorios fracasó. La persona no va porque no conoce, porque no tenemos una cultura de prevención. Eso funciona en el privado, eso funciona en el privado. Uno va a la clínica porque ya tiene definido su chequeo, todo; pero en el público no, porque nosotros como peruanos no tenemos conocimiento de la prevención del cáncer.

Por tal motivo, este efecto que ven es producto de haber contratado 82 brigadas para poder hacer actividad extramural, fuera, hacer campañas, hacer despistaje en lozas deportivas, en varias actividades que se han programado durante este año.

Siguiente, por favor.

Y es verdad, miren como todo el primer nivel de atención se ha volcado a poder hacer estas campañas, o sea, han apoyado, o sea, han trabajado en conjunto, la actividad intramural con la extramural. Y es así que logramos que cerca de más de 7000 establecimientos de salud de primer nivel de atención se involucren en la lucha contra el cáncer. Y ahí viene la preocupación. ¿Qué pasa cuando nosotros hablamos de preventorios? Es hacer nuevamente el enfoque de actividad intramural, donde vemos que es peligroso. La persona, vuelvo a repetir, en nuestro país no tiene una cultura de prevención; por tal motivo, hay que ir a buscarlos y ayudarlos.

Siguiente, por favor.

¿Cuál es el problema? El problema es: qué paso doy después. Y eso lo vamos a discutir más adelante.

Algo interesante, y esto es reconocido por la OPS y OMS, es que el Perú ha ingresado a un proceso interesante de implementación de la detección molecular de VPH. Estas pruebas solamente se ofertaban en el sector privado, en una clínica privada, y esta prueba cuesta entre 500 a 600 soles en el sector privado.

En la actualidad el Perú ha implementado un total de 19 laboratorios a nivel nacional, se ven en las regiones donde está implementado, en una primera fase, en el año 2022 su consolidación; y en el año 2023, doce nuevos laboratorios. ¿Esto qué ha permitido? Capacitar a 38 profesionales de la salud que están operando en estos laboratorios, y permite procesar muestras de forma masiva.

Entonces, si yo tengo una campaña médica en el cual yo hago 90, 100 o 200 tamizajes, en pocos días yo puedo decirle a la mujer de esas 100 o 200... por ejemplo, si a 100 mujeres tamizo, le voy a decir a 15 de ellas, le voy a decir, 15 tienen el virus de alto riesgo oncogénico, de

producirse cáncer. Y estas 15 entran a un sistema de seguimiento, de tal forma que ya no se pierden.

¿Qué es lo que pasa? Con el Papanicolau se perdían el 84% de mujeres. No hay seguimiento, se perdían. Le hacía el Papanicolau y después el 84% no sabía su resultado O lo sabía de forma inoportuna.

Entonces, por ese motivo implementar esta detección molecular de pH ha sido muy importante, llevamos a la fecha más de 170 000 mujeres y esperamos el próximo año lograr a medio millón de mujeres tamizadas con esta prueba. Si esta prueba sale negativa, la mujer se tamiza con tranquilidad cinco años después. Estamos hablando de una mejor calidad de tamizaje de cáncer, es una nueva tecnología, obviamente es una inversión en salud que se está haciendo, pero que va a permitir en un momento ya evitar esos casos de cáncer de cuello uterino que, en verdad, duele mucho ver todavía casos de cáncer de cuello uterino y peor aún muertes por cáncer de cuello uterino, cuando es una enfermedad totalmente prevenible, tanto con la vacunación contra el VPH como un tamizaje oportuno y de calidad.

Siguiente, por favor.

Y hemos hecho asistencias técnicas, ya sea virtual, presencial. Hemos tenido problemas también presupuestales, ¿no?, nos hemos adaptado a lo que nosotros podemos dar como país.

Y no solamente es tamizar, sino es manejar la lesión premaligna de cuello uterino. Y eso es la importante, o sea, si yo manejo una lesión premaligna de cuello uterino, yo evito que se desarrolle el cáncer de cuello uterino.

Siguiente, por favor.

Y miren cómo es que también se ha capacitado a profesionales de la salud para poder tomar... Ahora, la detección molecular de pH que está haciendo Perú, lo está haciendo de dos tipos, mediante autotoma, en el cual la misma mujer se realiza la toma de la muestra en su habitación, en su domicilio, ella misma te da la muestra, se colecta en un recipiente y se manda al laboratorio, o lo hacen en el establecimiento de salud. Esto es muy interesante porque permite la flexibilidad de hacerlo en una campaña médica. En una campaña habilita un ambiente cerrado, la mujer se toma la muestra, nos da y lo mandamos al laboratorio, y se van corriendo entre 84 muestras\* por cada tres horas y media, va corriendo y sabemos el resultado rápidamente. ¿Qué es lo importante de esto? Es que se asegura la calidad. O sea, la calidad de este procesamiento es muy importante.

Ahora, también se ha capacitado a médicos para que se [...] el manejo de lesiones premalignas de cuello uterino. ¿Y cómo manejo una lesión premaligna de cuello uterino? Con crioterapia, con termocoagulación, con [...].

En caso de Perú estamos trabajando con lo que es termocoagulación, se han logrado adquirir equipos de termocoagulación para poder manejar de forma oportuna estas lesiones.

Siguiente, por favor.

Ahora, en términos de equipamiento miren cómo es que también se ha logrado adquirir equipamiento biomédico para fortalecer el primer nivel de atención, y para el próximo año también se están incorporando la adquisición de más equipos a nivel nacional, para fortalecer todo el primer nivel de atención.

O sea, ¿qué es lo que queremos? Que las lesiones premalignas se manejen en el primer nivel de atención y evitar que lleguen al hospital. ¿Para qué? Para que no se pierda la paciente.

Siguiente, por favor.

Tenemos 42 mamógrafos operativos, algunos de estos que van a ser renovados en el plan de equipamiento.

Siguiente, por favor.

Y con respecto al fortalecimiento de la Red Nacional de Atención Oncológica —siguiente por favor— se ha logrado planificar un fortalecimiento del diagnóstico de cáncer. Y esto es importante, solamente teníamos el 10% de capacidad diagnóstica en anatomía patológica. Es decir, el 90% de los pacientes con cáncer tenían que venir a Lima para poder tener un diagnóstico anatomopatológico, con el gasto de bolsillo de trasladarse y con el gasto de bolsillo de pagar por una prueba que tenía que pagarlo en el sector privado.

Por ese motivo es que uno de los primeros puntos que hemos atacado para luchar contra el cáncer es fortalecer el equipamiento biomédico para tener diagnóstico oncológico. Y con esto hemos trabajado directamente con la Asociación de Anatomopatólogos del Perú, porque ellos son los que nos han dicho, okey, yo requiero tales equipos y por tal motivo necesito que me apoyes con esto. Se ha trabajado muy bien con ellos y miren cómo se ha logrado priorizar en este caso la adquisición de diferente equipamiento biomédico, los mismos que en la actualidad ya se están distribuyendo con el presupuesto que nos han transferido el MEF el presente año. Se inició en el 2022, en el 2023, se priorizó también y en el 2024 ya la intervención es más fuerte, más intensa.

Siguiente, por favor.

En capacidad diagnóstico por imágenes, decía que no podíamos hacer estadiaje, pues no teníamos tomógrafos operativos. Por tal motivo, se han comprado siete tomógrafos, dos resonadores magnéticos que no teníamos, inclusive para los niños con cáncer. Se está adquiriendo 29 mamógrafos, que en este momento se están distribuyendo 15 de ellos y se espera que para la primera semana de diciembre se instalen, quincena de diciembre, se instalen 29 mamógrafos más uno que está en proceso de donación por parte del Organismo Internacional de Energía Atómica.

Entonces, ya no es que nos falten mamógrafos, ahora la cuestión es que la mujer acceda de forma oportuna a hacerse una mamografía preventiva.

También se están comprando 180 ecógrafos que se está distribuyendo y para el próximo año se está previendo comprar dos mamógrafos más, comprar 33 ecógrafos más y 45 torres de endoscopia para detectar cáncer de estómago y cáncer de colon y recto.

Siguiente, por favor.

Ahora, un tema importante, y que le hizo mención en la visita a Lambayeque, la infraestructura hospitalaria. En los hospitales, lamentablemente, y pasan en el hospital regional Lambayeque, nunca se previó el tema de oncología. Y eso es algo que nos llamó la atención. Cuando yo llegué invitado a Ministerio de Salud en el año 2017, algo que nos llamó la atención fue que los proyectos de inversión que habían sido evaluados previamente por muchos años, no sabemos por quién, carecían de servicios oncológicos, carecían de quimioterapia, carecían de

radioterapia, carecían de medicina nuclear. Algo había pasado, o sea, alguien se había centrado en que los nuevos hospitales que se estaban construyendo para Lambayeque, para Ayacucho, no tuvieran todos los servicios completos. Y lamentablemente el ciclo de inversión para poder construir en este país no es bueno. Cuánto tiempo uno se demora para tener un hospital, por ejemplo, para tener un IREN Norte nuevo, un IREN Sur nuevo, como debe ser, van a pasar unos 10 a 15 años. ¿Y esto es producto de qué? De que no se planificó una descentralización. Esto fue solamente algo bonito, algo que se habló muy interesante de la descentralización, pero fue de la boca hacia afuera, no se hizo nada concreto por la descentralización.

Uno, un ejemplo de esto fue cuando se inauguró el Hospital Regional de Lambayeque, no tenía sala de quimioterapia, tercerizaba la quimioterapia, compraba la quimioterapia a una clínica. Lo digo porque yo iba a trabajar ahí como oncólogo, y me regresé cuando vi algo que era inadecuado.

Entonces, esos servicios no se contemplaron, y ni quede así radioterapia, (4) pero algo que sí llama la atención es que sí creció el privado.

O sea, el privado se preparó bien para crecer, porque el sector público no. Se vio que la necesidad por el cáncer iba a ser algo real, pero no se logró materializar lo mismo.

¿Qué hemos hecho? Nosotros, bajo la figura de mantenimiento, hemos ido adecuando ambientes para poder tener áreas de oncología. En el Hospital Regional de Lambayeque, el área que estaba cercana, por ejemplo, arriba, en la parte superior, donde estaba la residencia médica, se invadió prácticamente para poner la sala de quimioterapia, y así hemos hecho en casi todos los hospitales. Hemos iniciado en muchos hospitales, en Cayetano Heredia, María Auxiliadora, invadiendo ambientes, haciendo las adecuaciones para que nuestros pacientes con cáncer reciban tratamiento

Ya en la actualidad hemos logrado invertir, bajo esa esa figura de mejorar la infraestructura, en tener nuevos ambientes, por ejemplo, para quimioterapia ambulatoria, hospitalización. Por ejemplo, en este momento el hospital Cayetano Heredia está techando un pabellón de hospitalización de 30 camas, algo que era pues necesario, ¿no?; en el caso de María Silveira también ya tiene sus áreas habilitadas para hospitalización.

Entonces, algo no calzó, y esto nace de los proyectos de inversión mal elaborados, con falencias importantes. Esto lo hago mención, ¿por qué? Porque ese es el punto clave por el cual hemos abordado todos estos años la descentralización.

En los nuevos proyectos de inversión, por ejemplo, en el caso de IREN Norte, es un modelo de proyecto de instituto oncológico de primer nivel, de primer mundo, es un centro que inclusive es mejor que el INEN, tiene planificado cirugía robótica, trasplante de médula, investigación traslacional, albergues, todo. Se le ha puesto lo mejor de lo mejor. O sea, se han tomado las cosas en serio. ¿Y qué se ha pedido? Que tanto IREN Sur como IREN Norte conversen para que este modelo se replique a ambos.

Veamos la problemática de IREN Centro. IREN Centro tiene falencias, siendo recién inaugurado está mal estructurado, no tiene PET Scan, no tiene Ciclotrón.

Entonces, miren por cuántos años el tema de proyectos de inversión vinculado a infraestructura ha sido un punto álgido que nos hemos dejado, ha ido pasando, pasando, pasando todo el tiempo, y ahí está el problema de descentralización, ahí está el problema por el cual los

pacientes con cáncer vienen a Lima para ser atendidos, porque no encuentran en sus regiones lo que deberían recibir, ¿no?

Y el tema de cáncer infantil es el punto clave. Sin embargo, eso no nos ha amilanado, eso no nos ha detenido. Nosotros en el transcurso de estos años, desde que se crea la dirección de cáncer, ha fortalecido la descentralización oncológica con apoyo de los gobiernos regionales, porque ellos mismos han entendido la necesidad de su poblador. Y es así que hay regiones que ya tienen habilitadas sus centros oncológicos, y esto es bueno.

Iniciamos en el año 2017 con, si mal no recuerdo, 22 centros oncológicos a nivel nacional. En la actualidad tenemos 44. Hemos duplicado. Porque los pacientes con cáncer quieren ser atendidos en sus regiones, porque ya no les alcanza el presupuesto para poder viajar hasta Lima. Por tal motivo, es tan importante la descentralización para nosotros.

Ahora, el tema del cáncer infantil es más álgido todavía, porque no hay camas para niños y adolescentes [...?]. Ojo, que estamos ya buscando esta necesidad, poder cerrarla, ¿no?, en el caso del Hospital Regional de Lambayeque, ahí lo están viendo, hemos dado la autorización para que nuevamente bajo esa figura de mantenimiento se adecue, esperemos Dios mediante que a fin de año se puede inaugurar esta nueva unidad de oncología pediátrica en el Hospital Regional de Lambayeque, así como en los nuevos ambientes para la sala de quimioterapia ambulatoria y la UCI pediátrica. Ya hay un compromiso por parte de las autoridades, en su defecto, para poder responder.

¿Por qué hago mención a Lambayeque? Porque la macrorregión nororiental, el primer punto donde llegan los niños adolescentes con cáncer y todos los pacientes con cáncer es Lambayeque, y es la región donde tiene mayor brecha de infraestructura.

Hizo mención usted del hospital Las Mercedes. Esa torre ecológica que se construyó de dos pisos tiene problemas de juicio, por ejemplo, tiene problemas legales de haber sido mal construida, según los peritajes de los ingenieros civiles, en el cual se ha hecho un estudio de diamantina\* y en el cual hace mención que no soporta, viene un temblor y se cae. O sea, esas cosas también conllevan que la corrupción genere problemas de que no tengamos en ese hospital los ambientes.

Algo importante, y lo voy a mencionar, es que se les ha transferido los recursos para mantenimiento; y también no hay decisión, o sea los funcionarios tienen que tener decisión, valentía, no valentía, o sea, que hagan su función, tengo que hacer mi TDR, hago mi TDR, yo veo mis problemas, tengo presupuesto, hago mi TDR, contrato a alguien; o sea, también hay un tema de proactividad que se ha perdido, porque vamos a ver como se han transferido los recursos y hay regiones que han ejecutado y hay otras regiones que dicen, no, no necesito, para qué voy a ejecutar, y tiene los recursos, ¿no?

Siguiente, por favor.

Y ahí está, lo que le hago mención, los saldos en regiones, los saldos presupuestales. Se le mandan los recursos financieros para que hagan la mejora. Nunca antes se ha hecho mantenimiento en infraestructura y de equipamiento como se ha hecho este año en el sistema de salud público. Nunca se ha hecho mantenimiento hospitalario como se ha hecho en esta oportunidad y eso hay que reconocerlo. Yo creo que eso ha sido algo que no se lo esperaban pese a que se les comentó, pero el sistema de salud público estaba tan precario, como bien lo decían los informes previos, en el cual hacía mención que los hospitales muchos tenían

falencias. Ya, esta vez les dimos el presupuesto y se transfirió el presupuesto para el mantenimiento de los equipos biomédicos y también de la infraestructura. Okey, ya la pelota estaba con ellos, listo. Cuando llega la pelota con ellos es: ¿y ahora qué hago?

O sea, la capacidad técnica en regiones también es algo que hay que considerar. Y miren que tenemos que llegar hasta fin de año para recién ver el tema de ejecución presupuestal, también es un tema que dice mucho que desear por parte de algunas autoridades.

Algo particular ocurrió en el caso del Hospital Arzobispo Loayza, en el cual tuvimos problemas con los tiempos de espera para los permisos por parte del Ministerio de Cultura, que lamentablemente generó que el presupuesto no se puede ejecutar como corresponde.

No se olviden que estos mantenimientos en lo que es lo de más alto costo va a procesos de licitación pública, y si no tengo los tiempos correspondientes para un proceso de licitación pública pues no se ejecuta y hay que hacer la rebaja correspondiente. ¿Frente a eso qué estamos haciendo? Haciendo una modificación del plan de mantenimiento con la que se aprobó la transferencia de los presupuestos. Y en este momento están las regiones reunidas para ver que hagan un sinceramiento, de qué cosas van a poder hacer mantenimiento en términos de equipamiento y qué cosas no van a poder, lo mismo que en infraestructura, ¿no?

Siguiente, por favor.

Y eso es lo que hacía mención, qué pasó con la descentralización, el fracaso de la descentralización oncológica. Salió la ley con la que se crea la descentralización en el año 2012, se crea el Plan de Esperanza con el decreto supremo.

¿Dónde hay radioterapia en el Perú? IREN Norte, tercerizado. Tengo el búnker, un búnker para dos aceleradores lineales, tercerizado una empresa. O sea, no tengo propio.

IREN Centro tiene un acelerador lineal que por falta de mantenimiento se puede malogar.

IREN Sur, uno que ha comprado por inversión del gobierno regional, y eso es bueno, es aplaudible, recién, nuevo, de muy buena calidad.

Goyeneche también tiene un Cobalto.

Lima, en el Minsa, solamente el INEN tiene seis aceleradores lineales. Los tiempos de espera para la radioterapia es de aproximadamente tres a cuatro meses. Totalmente inviable, totalmente inaudito que un paciente con cáncer espere tres a cuatro meses, cuando sabemos que el tiempo de espera cuando superan las cuatro semanas es sinónimo de incremento en mortalidad.

¿Y esto de dónde surgió? De haber hecho mal los proyectos de inversión, de haber hecho no sé si agrede o bajo qué mirada, en el cual no tengamos servicios de radioterapia. Y ojo que el problema no solamente es el Minsa, mire a EsSalud, sobrepasada su capacidad también de radioterapia.

O sea, solamente tenemos —siguiente, por favor— 10% por ciento aproximadamente de capacidad de atención en radioterapia en el Perú, 10%. Este es lo más delicado.

El próximo año, a mediados de marzo va a venir una misión integrada, ImPACT, es una misión que en el cual se unen OPS Washington, IAR de OMS y también viene el Organismo Internacional de Energía Atómica, y los tres vienen a evaluar el país, cómo estamos en

prevención y control del cáncer. Y ya hemos conversado con ellos y hemos visto que esto es urgente.

Por tal motivo, si ven en el lado superior izquierdo, ven Rayos de Esperanza. Este es un proyecto muy interesante que ha sido un punto clave en esta gestión. Hacer que Perú ingrese a este proyecto internacional Rayos de Esperanza, para poder tener apoyo del Organismo Internacional de Energía Atómica, para poder adquirir tecnologías de vanguardia y poder tener equipos de radioterapia.

Siguiente, por favor.

Ahora, si yo tuviera que resumir los problemas, pues primero cuando yo transfiero presupuesto para regiones, para compra de equipamiento, tengo muchos problemas con respecto a qué compran los hospitales, ese es uno, y si lo compran, a veces en sobrecostos.

Segundo, ¿qué veo? Se asigna recursos y el tema del cáncer no es prioridad, así era antes. Antes de asignaba para comprar equipamiento biomédico para cáncer 8 millones de soles. Este año hemos recibido 100 millones de soles. ¿Es suficiente? No. Es insuficiente, es insuficiente.

¿Cuánto nos cuesta un tomógrafo, resonador magnético? Nos cuesta carísimo. Y no nos venden barato acá en el Perú, nos venden caro. Entonces, nuestro presupuesto que es pequeñito, se hace más pequeño cuando nos venden más caro los equipos. Y vamos a ver más adelante.

Siguiente, por favor.

Una de las cosas que hay que también que evidenciar es cuando se avanzó el tema de cáncer infantil. Nosotros somos parte de este proyecto interesante que se inició en junio de 2019, en el cual Perú ingresa a esta lucha contra el cáncer infantil, esta iniciativa mundial de lucha contra el cáncer infantil, y fuimos seleccionados como país índice de la región de las Américas. Y eso permitió tener un posicionamiento importante. ¿Por qué? Porque antes del 2019 veíamos con muchas dificultades que el tema del cáncer infantil sea algo visible, y eso fue un trabajo colaborativo de muchas personas, profesionales de la salud, ONG, personas que en verdad han estado comprometidas a lograr esto, que esto salga adelante, de evitar la muerte por cáncer en niños y adolescentes.

Y es así, por ejemplo, que estamos siendo en este momento parte de un proyecto regional, que es el Proyecto Regional Andino de Cáncer y dentro de esto la hoja de ruta de poder implementar la lucha contra el cáncer infantil, en el cual una de las prioridades se ha definido la capacitación de los profesionales de la salud y de los promotores de la salud en identificación de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.

Siguiente, por favor.

Asimismo, se ha llevado cursos de capacitación en diagnóstico precoz de cáncer infantil.

Siguiente, por favor.

Y también participamos trabajo bilateral con países, por ejemplo, hemos trabajado en estos últimos meses con un trabajo colectivo con Ecuador y con Chile, en el cual hemos compartido experiencias de cómo abordan cada uno de ellos la problemática del cáncer infantil y también aprovechando para capacitar a profesionales de la salud de ambos países. En la última reunión que tuvimos Tacna con participación de la jefa de cáncer infantil en Chile, fue muy bonita la

reunión, y anterior a eso estuvimos en Ecuador, en Tumbes, estuvimos en Tumbes con participación también de profesionales de la salud de Ecuador, en el cual hemos trabajado también con gente de OPS de esos países.

Siguiente, por favor.

Se ha hecho webinar para comunicadores y también para docentes.

Siguiente.

Ahora, esto tiene un impacto. Ya se está viendo el impacto. ¿Cuál era lo más difícil de entender? Eran los tiempos de espera. ¿Cuánto tiempo se demoraba una mamá, un papá, para poder ver a un niño una sospecha de cáncer? Pues superaban los tres meses. Y ya se está acortando, de 107 días, ya está llegando (5) un promedio de 56 días, o sea, educando a la población, y esto es educación a los padres, educando en los colegios, así funciona. O sea, la educación en salud sí tiene un impacto importante.

Siguiente, por favor.

Y eso también se refleja en la disminución de la tasa de abandono. Y acá hay que mencionar la participación de las ONG y de los albergues, sin estos no podríamos haber disminuido el porcentaje de abandono de tratamiento de los niños con cáncer.

Siguiente, por favor.

En términos de medicamentos oncológicos algo muy interesante que ha pasado es que nosotros hemos logrado tomar la decisión. Bueno, era una cuestión ya de tomar la decisión.

Siguiente, por favor.

Y nosotros a través de escenarios comprábamos 57 medicamentos oncológicos. Ojo, acá hay que diferenciar algo importante que quizás le han mencionado en el INEN, la DPCAN, la Dirección de Cáncer programa en función de lo que nos piden, lo que el INEN y todos los hospitales oncológicos nos piden una cantidad de medicamentos, y estos medicamentos se compran con presupuesto que está en Cnanes, ¿ya?, no tiene nada que ver con el presupuesto del SIS. Este presupuesto es netamente para medicamentos oncológicos, pruebas de tamizaje, pruebas de inmunohistoquímica que se está incorporando ahorita, vacunación contra el VPH. O sea, es un presupuesto separado, que no depende del SIS.

Sin embargo, los hospitales reciben presupuesto del SIS para pacientes con cáncer. Y la cuestión es qué hacen los hospitales para hacer sus procesos de adquisición. Yo escucho a mis colegas del INEN y me dicen: pero, Víctor, nunca he visto que ha faltado este un Abocat, una línea periférica, o sea, una íntima le llaman ellos, ¿no?, o sea, nunca ha faltado. Entonces, yo le digo, pero ese presupuesto es del SIS y te lo dio el SIS a tu director para que hagan los procesos de adquisición. Eso es gestión hospitalaria, es mirar mi hospital, ver qué le falta y compro. Eso el Minsa no es que le está dando... eso no lo compra el Minsa, eso es gestión hospitalaria. Yo veo mi problemática del hospital y compro. Y eso no solamente es para el Minsa, sino a EsSalud.

Por ejemplo, me describieron temprano también porque en EsSalud le faltaba un dispositivo médico para hacer una biopsia de hueso a un niño. ¿Quién tiene que programar eso? El director del hospital de EsSalud, en este caso creo que es Rebagliati, tiene que preocuparse porque no

le falten todos los insumos, dispositivos médicos. Nosotros estamos tratando de asegurar la quimioterapia básica.

Ahora, ¿qué es lo que hemos visto por conveniente? Y se dijo en el mensaje presidencial, es que hay muchos pacientes de EsSalud, cerca del 20% a 25% de los pacientes que se atienden en los servicios del Minsa son de EsSalud, ojo; y se atienden\* en el MINSA, ¿por qué? Por los tiempos de espera a la cita en EsSalud.

Entonces, ¿Qué decidimos? Que estos pacientes no tenían por qué pagar por esta quimioterapia que era gratuita y se tomó la decisión de decirles: señores, ustedes de EsSalud se atiende en el INEN, se atiende en Cayetano, en el Loayza o en la Lambayeque, por ejemplo, la quimioterapia que usted tiene en ese listado, no tiene por qué pagarla, es gratuita.

Algo que sí me sorprendió, por ejemplo, fue el caso de una paciente que había vendido sus propiedades, sus cositas, sus cositas de sus equipos, sus cosas del hogar, para poder pagar una quimioterapia por 6500, pero cuando ya se había dicho el mensaje presidencial que era gratuito, o sea, se le seguían cobrando a la paciente por esa quimioterapia que de por sí ya había sido autorizada que sea gratuita. Entonces, es algo extraño que todavía la gente no entienda.

Hago mención, ¿por qué? Porque temas de medicamentos oncológicos termina siendo como algo que hay que cuidar, porque aquel que tenga el control de los medicamentos oncológicos va a tener el poder, lamentablemente, y es así. Así se está manejando el tema de oncología.

Por tal motivo, como Ministerio de Salud se tomó la decisión de que todo paciente, ya sea de EsSalud, de la Fuerza Armadas, de la Policía, que se atiende en un servicio oncológico del Minsa, reciba estos 54 medicamentos de forma gratuita, inclusive dentro de estos están anticuerpos monoclonales, como el Trastuzumab y está el Rituximab, por ejemplo, también gratuito. Y esto se ha distribuido pues en 36 unidades ejecutoras.

Siguiente por favor.

¿Qué problema tenemos? Y hago acá mención de los problemas que tiene Cenares. El incumplimiento de las entregas. Es decir, si yo proveedor te dije, te di mi palabra, que este mes te doy 1000 ampollas de tal medicamento, llego, le toco la puerta y digo: Sabes que, no puedo. Las 1000 ampollas que te prometí entregar, según mi contrato, no la voy a dar. Entonces, ¿qué genera? Un problema de desabastecimiento y obviamente sale por medios de comunicación, sale por la prensa y dice: Cenares no funciona. No es que no funciona, sino que el proveedor incumple su palabra.

¿Y qué hemos identificado, por ejemplo? Que Abiraterona, Citarabina, Doxorubicina, el primero que es para cáncer de próstata, y los dos que son básicos, básicos, súper básicos, hay incumplimiento de entrega. Y, por ende, se genera substock y por ende, se rompe la cadena de suministro.

Siguiente, por favor.

Lo mismo con otro más, con Ifosfamida, que se usa con mucha frecuencia para osteosarcoma en niños y adolescentes; ondansetrón, que es básico en tabletas; paclitaxel, que es básico para cáncer de mama, los proveedores incumplen.

Entonces, ¿qué pasa con ese incumplimiento? Este incumplimiento genera un golpe a todos los pacientes con cáncer. ¿Por qué? Porque reciben un tratamiento subóptimo o, en su defecto,

tienen que comprar de su bolsillo un medicamento. Que, ojo, que aprovechando este desabastecimiento le venden más caro al paciente este medicamento que es gratuito.

¿Ante eso qué hacer? Y esto ya lo hemos discutido previamente, ya es una situación en la cual nosotros no podemos ser tan permisivos con los proveedores. Y se puede tomar la decisión de que Cenares, en el marco de sus funciones, saque el registro sanitario de estos medicamentos y que importe por su cuenta estos medicamentos, porque nos hacen quedar mal como país y sobre todo afectamos a una población que no tiene por qué sufrir el desabastecimiento de medicamentos. Y esto sí se puede hacer y Cenares tiene la potestad como droguería de poder importar estos medicamentos, aunque se incomoden muchos proveedores, aunque genere malestar en los importadores, pero no podemos jugar con la vida de las personas.

Siguiente, por favor.

Y en términos de medicamentos de alto costo, teníamos 15 a 20 años de atraso de acceso a medicamentos oncológicos, y hay que reconocer que por primera vez se ha logrado cerrar esta brecha.

Siguiente, por favor.

En este listado vamos a observar 22 medicamentos oncológicos que están en proceso de adquisición, algunas de ellos ya distribuidos, algo que jamás hubiéramos pensado tener en el sector público, la verdad. Tener un paciente con tratamiento con trastuzumab y pertuzumab por cáncer de mama en escenario metastásico solamente era lujo de los privados, pero ahora sí lo tenemos en el sector público para el paciente del SIS totalmente gratuito.

Teníamos una Ley de Cáncer de Pulmón, una ley de cáncer de pulmón sin medicamentos nuevos, que ya están aprobados a nivel mundial, ya están ahí, ya están en el listado también. Ya está, por ejemplo, nivolumac, pembrolizumab, inmunoterapia, que tanto costaba a nuestros pacientes, cada tratamiento de esto que ven en listado aproximadamente al mes cuesta algo de 60 000 a 70 000 soles, cada vez, y era imposible que una persona con cáncer lo comprara.

Por tal motivo, se ha logrado ya adquirir estos medicamentos y se están distribuyendo en los servicios oncológicos del Minsa.

Siguiente,

Lo ideal sería que entremos en una compra corporativa también con EsSalud, las Fuerzas Armadas, para que ellos también se beneficien, obviamente.

Siguiente, por favor.

Y en términos de integración de información, esto fue la estructura que se creó cuando salió la Ley Nacional del Cáncer y su reglamento, el poder identificar cuáles son los puntos vulnerables para el desarrollo de cáncer, generar una historia clínica electrónica, la vigilancia epidemiológica del cáncer sobre todo en registro hospitalario, para construir lo que es el Registro Nacional de Cáncer.

Y aquí hay que hacer mención de que sí se ha avanzado, pero —siguiente, por favor— tenemos un problema real. El problema real es que no hay recursos humanos, nunca se asignó recursos humanos para quien registra el tema de cáncer, los sistemas de información no son interoperables; y lo que se ha dado un gran paso es lograr estandarizar por primera vez los

procedimientos, y esto es importante, la codificación que se hacía para registro de cáncer de los procedimientos diagnóstico y tratamiento eran distintos. Entonces, no había como hacer una medición.

Ya este año el SIS, por ejemplo, ya homogenizó, estandarizó sus procedimientos. Y esto es importante, ¿por qué? Porque cuando juntemos la información del SIS con la del HIS vamos a tener una data más importante, más fuerte, que nos va a decir los tiempos de espera un hospital general que son distinta los tiempos de espera de un instituto de cáncer. Y esto va a alimentar lo que es el registro hospitalario de cáncer, que es la base del Registro Nacional de Cáncer.

Siguiente, por favor.

Recurso Humano. Esta estadística es bien interesante, nos ha remitido la DIGEP, hemos tenido reunión en PCM vinculado a cómo desarrolla una política para poder cerrar la brecha de recurso humano. Y acá es muy importante reconocer algo muy importante, lo resumo, los especialistas se quedan en Lima Metropolitana trabajando en el centro público y privado. Ese es el resumen. Y no formamos, no formamos oncólogos pediatras, no formamos hematólogos clínicos, no formamos hematólogos pediatras, no formamos cirujanos oncológicos en las regiones, y esto tiene que ver necesariamente que cada autoridad regional de salud en su Consejo Regional de Residentado Médico coloquen como prioridad formar los especialistas en sus regiones, para que se queden en sus regiones, ¿pero esto involucra a quién? A la universidad. Acá quien tiene un peso importante y decisión o voluntad de hacer las cosas o que cambien las cosas en su región es la universidad, porque es la universidad la que genera esa especialidad.

Siguiente por favor.

Le decía de transferencia de presupuesto, que es una de las preguntas importantes, ¿no?, eso es lo que se hizo en materia del cáncer.

Ahora, se transfería el presupuesto para mantenimiento de infraestructura y equipamiento oncológico, 111.8 millones de soles a regiones. Miren cómo estamos en rojo en Ancash, Cajamarca, Cusco, La Libertad, Lambayeque, que le hice mención, Piura, Puno, Tumbes, y Callao.

¿Por qué está en rojo? Pueden decirme: pero se están certificando más o menos. Es porque ya el corte, el compromiso es bajo. Quiere decir que no están los procesos. O sea, no se ha generado el proceso, no hay la adjudicación simplificada, no hay la licitación pública. O sea, es muy probable que nos digan hoy día, que estamos ahorita reunidos con mi equipo técnico, nos digan, no lo voy a ejecutar. Y va a haber una desertificación baja. Eso es lo que pasa en las regiones. Y ¿Desde cuándo está ese presupuesto en las regiones? Desde abril. Eso no es reciente. ¿Desde cuándo lo saben? Desde el año pasado. Sabían claramente que iban recibir\* presupuesto. Y qué pasa con el cambio de gobierno, porque ha habido cambio de gobierno regional, se fue el gobernador anterior, ah ya, lo otro no me importa pues, o sea, no hay una entrega de posta, no hay una responsabilidad en la gestión de los recursos. ¿Y estos recursos qué pasa? Se regresan al erario público. Se perdió una oportunidad.

Yo cuando coordino con la región, les digo, esta es una oportunidad que no la van a volver a tener. ¿Y cómo la obtengan? No sé.

Cuando uno va a una región y no tiene los recursos, ¿qué hace? Pide al gerente general, pide al gerente de presupuesto, de planeamiento, y salud no está en la prioridad muchas veces, salud

es la cola, porque lamentablemente qué ven en otras áreas, infraestructura, pistas, y ahorita obviamente con el tema del fenómeno de El Niño más aún,

Entonces, ese es un problema importante, pero tiene que ver directamente con las unidades ejecutoras.

Y acá hago mención a algo particular, si yo decanto a quien va la responsabilidad, (6) mucho tiene que ver con los directores de los hospitales. Y vuelvo a repetir, la capacidad técnica de los equipos a veces se encuentra limitada. Y también, por otro lado, el temor, hay mucho temor a tomar decisiones.

Siguiente, por favor.

Y no solamente eso es en regiones, miren en Lima Metropolitana, también. Y [...?] también, [...?] certificado al 94%, pero tiene un

compromiso de 27%. ¿Dónde están los procesos?, ¿hay una licitación pública, hay una simplificada?, ¿qué hay?, o sea, no logra aterrizar esto en un proceso de adquisición.

Arzobispo Loayza, como le comenté, por el tema de Ministerio de Cultura, pa, se cayó todito, ¿no?, iban a habilitar 10 salas de cirugía, pero lamentablemente no se ha podido intervenir porque los permisos no se dieron a tiempo para que salga la licitación pública. Toda vez que una licitación pública para que se demore a cerca de seis meses para que sea ejecutable. O sea, ya llegó a destiempo, no se puede.

Dos de Mayo está luchando por poder sacar sus procesos, ¿no?, pero también no llega.

Siguiente, por favor.

En contratación de recurso humano, también se transfirió presupuesto para recursos humanos, se transfirió cerca de 12 millones de soles para regiones, de los cuales se ha certificado 88%, se ha comprometido 80%, y algunas regiones sí han tenido problemas porque no hay especialistas, pero la gran mayoría sí ha logrado avanzar su ejecución presupuestal.

Siguiente, por favor.

Y en Lima Metropolitana pues tiene una certificación del 92%, un compromiso de 88% y también es muy probable que cerremos con una ejecución presupuestal del 95%. ¿Esto en qué se traduce? En mejor número de atenciones. Se están atendiendo más a los pacientes.

El tema es: yo tengo que medir los tiempos, yo tengo que medir los tiempos de espera para esto, no es dar presupuesto por entregar, sino es medir cuánto me impacta en tiempo de espera, cuánto me impacta en contratar a un ginecólogo, por ejemplo, para que me haga manejo de lesiones premalignas, en contratar a un gastroenterólogo para que me haga colonoscopías, endoscopía digestiva alta.

Siguiente, por favor.

Y lo bueno de esto, señor congresista, es que este presupuesto de recursos humanos va a tener continuidad el próximo año. Esta es una estrategia interesante, ¿por qué? Porque ya no van a ser terceros, sino van a ser CAS el próximo año, y le va a dar continuidad, ya está dentro del anteproyecto... ya en la Ley de Presupuesto Público por año fiscal 2024 ya está considerado.

Ahora, hablemos del tema de equipamiento biomédico. Mire, vamos a ver que estos son los equipos que se han comprado este año. Ha sido, en verdad, lo que el hecho de poder querer comprar 29 mamógrafos de golpe, nunca se ha hecho en el país, o sea, comprar en esa cantidad ha sido impresionante. Y esto, por ejemplo, para el caso de los mamógrafos, de los 29 mamógrafos, hablamos de cerca de 40 millones de soles en compra centralizada.

¿Cuánto nos costaba un mamógrafo cuando mandábamos el presupuesto? Yo recuerdo mucho la experiencia de Tumbes, se mandó —si mal no recuerdo— algo de 2.5 millones de soles, ojo, más caro, y nunca llegó a ejecutarse porque el plazo de entrega fue al año siguiente.

Por tal motivo, se decide comprar en volumen, menor precio; y eso es lo que se ha logrado. Y se debe estar entregando todos los equipos para que estén en funcionamiento hasta la primera semana de diciembre.

¿Cuál es el problema en la recesión de estos equipamientos? Que los ambientes no han estado listos para recibirlos, no han estado listos en los mamógrafos, no han estado listos para los tomógrafos, no han estado listos para los resonadores. Y esa ha sido la batalla que hemos tenido cuando hemos llegado a la gestión, a poder decirles, por favor, habiliten el ambiente para recibir estos equipos y así hemos estado.

Saltó a la luz el hecho de que en una región de la selva había deuda de luz, de 600 000 soles, por ejemplo; salieron muchas cosas en verdad a la luz que nos sorprendieron. Por ejemplo, en Cusco pasó que no había el ambiente, no había construcción de nada para la instalación del tomógrafo, por ejemplo; y presionando —gracias también al apoyo al gobernador— se logró avanzar la construcción de la infraestructura para que reciba. O sea, en verdad ha sido una experiencia dura el comprar los equipos y aparte de eso lograr que las autoridades tengan los ambientes listos para recibirlos.

En términos de los resonadores magnéticos y los tomógrafos hemos hecho todo, desde ni bien se firma el contrato, y sabemos quién ganó el proceso, que fue esta empresa multinacional Siemens, ¿no?, le dijimos, por favor, queremos que estos equipos entren este año, nosotros nos comprometemos con las regiones, con los hospitales de Lima, a que tengan todos los ambientes para recibir los tomógrafos y los resonadores. Lamentablemente hicimos denudados esfuerzos, hicimos todo, y hay un informe que va a salir al respecto; sin embargo, cumpliendo con el plazo del contrato, porque ya lo decía el contrato, se va a ingresar recién en el primer trimestre del 2024. ¿Por qué hago mención esto? Porque nosotros queríamos que ese presupuesto se devengue este año para poder disponer de 47 millones de soles, pero lamentablemente no va a ser posible.

Otra cosa que pasó durante el proceso de la adquisición de las cabinas flujo laminar, sobrecosto. Y aquí hay el tema que se vuelve a repetir, un equipo, una cabina de flujo laminar que en otro país cuesta alrededor de 10 000 dólares, puede ser 10 000 dólares, pongámosle máximo 40 000, nos lo venden al triple.

Entonces, también es difícil estar en esa situación porque son pocas empresas, y nosotros vamos a pedir a Indecopi que hagan la investigación de qué está pasando con esto.

Siguiente, por favor.

¿Retos? Bueno, una de las cosas que hemos visto... ¿de qué me sirve tener los mamógrafos si no los vinculo a una infraestructura tecnológica para hacer telemamografía? No me sirve de nada.

Yo necesito que los tomógrafos actualmente que están operativos y aparte los que van a venir se articulen en una red de telemamografía. ¿Para qué? Para que le diga a toda mujer peruana que a partir de los 40 años quiere una mamografía, tienes un mamógrafo ahí, ahí, ahí, el más cercano a tu casa. Tienes una cita y puedes ir a ese mamógrafo y nadie te va a decir que no, porque lamentablemente también hay gente que no ayuda en este caso.

¿Cuál es la productividad de los mamógrafos? 5%, o sea, son juguetes caros en los hospitales. El mamógrafo solamente funciona a 5% de su verdadera capacidad y eso ya no lo vamos a permitir, no lo vamos a permitir. Va a entrar a un sistema de... estamos trabajando ahorita con una ficha muy interesante, que es una ficha de productividad de mamógrafo.

[...] convenio de gestión. ¿Quiéren convenio de gestión?, ¿quieren un bono adicional? Excelente, me hacen 5000 mamografías al año cada mamógrafo. A partir del próximo año vamos a ver un boom de mamografías como nunca antes se ha visto en el país, ya era tiempo, porque no era posible que tengamos mamógrafos y solamente funcionen el 5%. El problema radica en que vamos a hacer mamografías, ¿y de ahí quién la va a leer? Por ese motivo se requiere construir esta red de telemamografía.

Siguiente.

La brecha de recurso humano es importante abordar, ya, se requiere una política de formación de recurso humano seria, donde participen las universidades.

Después, ¿qué cosas deberíamos mejorar? Una cosa que deberíamos mejorar es cómo abordar al proveedor, al importador peruano. O sea, no puede ser que seamos tan suavечitos con los importadores que nos incumplen. O sea, no se puede permitir que hagan lo que quieran con el país. Y a veces se nota como si fuera una intencionalidad de hacernos quedar mal como sector público. Y, vuelvo a repetir, esa intencionalidad termina en un perjuicio para la vida de los pacientes con cáncer.

Se requiere formalizar la implementación de mecanismos diferenciada de adquisición y la elaboración de guías de práctica clínica nacionales.

Siguiente, por favor.

Y uno de los puntos más saltantes a mencionar de esto que hago mención es que Perú ingresó a este proyecto internacional Rayos de Esperanza. Esta es una gran oportunidad, doctora. Y como conversamos en el despacho con mi director general, también con el señor viceministro de Salud Pública, el hecho de que Perú haya ingresado en septiembre al proyecto Rayos de Esperanza y que ya se había iniciado, ¿no?, con la gestión, cuando estaba la ministra, la doctora Kelly Portalatino, nos habíamos acercado para esta iniciativa, ya es real.

¿Y esto por qué es importante? Porque nosotros podríamos, mediante un CAR, un Convenio de Administración de Recursos ante un *cooperating* internacional que compra para países de Europa, de Latinoamérica, y de África, los equipos de radioterapia y medicina nuclear, ser parte de estas compras. Seríamos parte de estas compras internacionales, evitando el sobre costo de lo que nos venden los equipos acá en el país. Es tangible, o sea, nos venden muy caro todo, los tomógrafos, resonadores, aceleradores lineales, es muy caro, y nosotros podríamos hacer un

convenio internacional para que nos compren estos equipos de alta gama para poder cerrar rápidamente la brecha de radioterapia en Perú.

Si yo sigo el camino de ciclo de inversiones habitual en el cual me demoro diez años para tener un nuevo hospital oncológico o un servicio de oncología o esta torre oncológica que se hizo mención, porque va a demorar diez años, esto lo podría acortar en un año si es que como país tomamos la decisión de generar un CAR, un Convenio de Administración de Recursos, para que el Organismo Internacional de Energía Atómica, que es un organismo de las Naciones Unidas que vela por el uso pacífico de la energía nuclear, nos pueda ayudar en este proceso de compra.

A nivel mundial solamente existen tres proveedores de radioterapia y son los que manejan todo el mercado mundial y ellos sí pueden negociar, tienen la capacidad de negociar. Nosotros no, a nosotros nos van a vender a sobreprecio.

Y lamentablemente también acá hay un tema de que hay una evidente displicencia en el hecho de haber dejado por muchos años que la brecha de radioterapia y medicina nuclear continúe y ahorita estamos hablando de que, por lo menos, en gasto de bolsillo para nuestro poblador peruano son 500 millones de soles en radioterapia, 500 millones de soles que podríamos evitar.

Un tratamiento promedio de radioterapia, gasto de bolsillo por paciente, es aproximadamente 11 000 a 14 000 soles, para que esta persona pueda tener la chance de curación, no basta la quimioterapia, requiere también la radioterapia. Entonces, tiene que tener todo en conjunto. Y la pata coja es radioterapia.

Yo creo que daríamos un gran mensaje a la población, a los pacientes con cáncer, si lográramos mejorar la infraestructura hospitalaria a nivel nacional, priorizando los niños con cáncer, y por otro lado también cerráramos esta brecha de radioterapia que es abismal.

Y por último, con respecto a una de las preguntas que se hizo mención al proceso de reglamentación de la ley, de la modificación de la Ley Nacional de Cáncer. Ya hemos tenido la instalación del grupo de trabajo y el viernes pasado hemos tenido nuestra primera reunión, la primera sesión del grupo de trabajo, en el cual hemos quedado que se va a analizar todo el reglamento de la Ley Nacional del Cáncer original y se va a identificar cuáles son los numerales que tienen que ser modificados, la adecuación del mismo e iniciar el proceso de formulación de la propuesta.

Ya estamos trabajando. Igual, como hemos conversado con el director general, se va a hacer un informe de por qué motivo se ha demorado, ha habido demora en los tiempos. Y, bueno, brevemente le explico que ha habido un problema en los tiempos en la designación de las personas que iban a ser parte del grupo de trabajo. Y, lamentablemente, esto es un problema no actual, ¿no?, siempre hay una demora en la designación de parte de los sectores que participan en este proceso de reglamentación de una ley.

Gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Agradeciendo su exposición.

¿Va a exponer, doctor Cristian? Gracias.

Queridos colegas, queda el espacio abierto para que ustedes hagan las preguntas a los ponentes de la mesa.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Perdón, si me permite.

La congresista Chirinos Vásquez y la congresista Vásquez Vela solicitan le consignent la asistencia hace unos minutos.

**La señora PRESIDENTA.**— Bien, aceptada.

**La SECRETARIA TÉCNICA.**— Gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— [...?] participación, sus preguntas.

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

Hemos escuchado atentamente la exposición de la Dirección General de Intervenciones y también el director ejecutivo de Prevención y Control de Cáncer del pliego, del ente rector del Ministerio de Salud. (7)

Quiero iniciar mi alocución manifestando que 1800 casos nuevos se han registrado para este año fiscal en cáncer infantil, donde el grueso de estos pacientes no solamente [...?] de que los niños tienen una tasa alta de abandono por el tema de no acudir, porque no cuentan con el tema económico para poder hospedarse o para poder desplazarse de una región a la capital. Porque hoy, presidenta, y usted como lideresa del Amazonas o del tema oriente, es que vemos algo muy importante, que no contamos con médicos especialistas en nuestras regiones, tenemos hospitales elefantes blancos que se encuentran en situaciones que da vergüenza a veces, porque tenemos nosotros, tenemos la infraestructura, pero el abastecimiento de los insumos para brindarles aporte para la quimioterapia, para brindarles el apoyo de la asistencia exclusivamente para un tema de un análisis, de un tamizaje de hemoglobina, que a veces ni eso ha podido adquirir las regiones.

Por ejemplo, hemos estado hace poco en San Martín, y eso es terrible, una unidad oncológica que se encuentra devastado. Tenemos la región de Loreto, Ucayali y otras regiones en las mismas condiciones. Pero yo no entiendo que solamente se diga que estamos una tasa de abandono, y agradecemos por el apoyo del albergue, pero eso no es suficiente.

Quiero ser enfática, presidenta, qué se ha hecho por parte del Ministerio de Salud para poder seguir supervisando y monitorear todas las ejecuciones de las gestiones hospitalarias?, como muy bien lo decía el doctor Víctor Palacios, de la gestión hospitalaria de los gobiernos regionales, donde ahí se tiene que generar, pues, más eficiencia, más eficacia y prontitud para la adquisición de estos fármacos oncológicos, de los insumos médicos y sobre todo es brindarle, dotarle de recursos también humanos como son los médicos especialistas.

Dos puntos, presidenta. Al punto del tema de cáncer infantil. Nosotros hemos visto que ya fracasó la administración de los gobiernos regionales a través de la Dirección Regional de Salud y las Gerencias Regionales de Salud. ¿Qué se está haciendo? No vemos, no vemos ninguna política que se implementen para poder rescatar esta aberración y amenaza que viven día a día los hermanos que están en el Perú profundo.

Y hoy más que nunca, presidenta, queremos manifestar si le añadimos también el tema de la incapacidad de gestión hospitalaria, además también no solamente la concertación de precios de los fármacos por parte de los proveedores nacionales, sino es que vemos que tenemos una Digemid, presidenta, que no está cumpliendo eficientemente porque no tiene estas facultades como es la autoridad reguladora regional, que debería existir en el Perú como existe en otros

países de Latinoamérica. ¿Y qué está haciendo el doctor Víctor Álex para articular, llamar, llamar a todos los entes, los directores y que se reúnan para poder tomar esas decisiones y plasmarla la propuesta al señor ministro de Salud?

No vemos, vemos mucha justificación y justificación y justificación, vemos fríamente las cifras que están estadísticamente en las diapositivas, pero las prácticas de salvaguardar esas políticas e implementarlas no se evidencia, o capaz nosotros no conocemos, porque también hay que dejar, bueno, una duda, ¿no?

Sin embargo, tenemos Digemid que está embalsado con expedientes para registros sanitarios, más de 7000, ahora 8000, de lo que tenían 20000 ahora ha bajado con el actual director, pero es insuficiente pues, presidenta, ¿qué se está haciendo para que esas moléculas ingresen al mercado nacional y para que no caiga en las licitaciones que hoy vemos?, porque hoy es por ese motivo, porque no hay registro sanitario en el Perú y estamos nosotros siendo blandengues, presidenta, porque manifiesta el doctor Víctor Palacios, que dice, hay que sancionar a los proveedores para que se limiten el registro sanitario, sin embargo, no se aplica, presidenta. No es solamente sancionar, sino desembalsar esos registros sanitarios y que ingresen más moléculas alternativas al Estado peruano y que con eso vamos a bajar los costos y vamos a generar mayor distribución a todos los gobiernos regionales que hoy adolecen, porque ellos también pasan lo mismo que pasa en la capital.

Además, presidenta, si hablamos nosotros de fortalecer la parte del diagnóstico y prevención, estamos mal porque no estamos implementando políticas para poder fortalecer el primer nivel de atención en el diagnóstico y prevención. Vemos médicos generales que no tienen actualización de los nuevos estudios tecnológicos, no vemos capacitaciones o retroalimentación para poder dotarles también algunas herramientas.

Existen, Presidenta, consultorios preventorios en el primer nivel de atención. ¿Y qué se ha hecho? Solamente es de pantalla, presidenta, estos consultorios preventorios que no están ejerciendo para lo cual fue creado. El objetivo es el diagnóstico preventivo. ¿Por qué? Porque la demanda ante una oferta es terrible. Hay una brecha grande de oferta y demanda.

Entonces, presidenta, tenemos que basarnos primero en el primer nivel de atención, porque nuestros niños, presidenta, llegan ya con estadio 2, 3, y cuando ya en leucemia linfocítica tipo T están prácticamente que tienen que viajar a España, presidenta, para poder tener un tratamiento más especializado. porque ya no hay competencias, no hay tecnologías para poder abordar esos tratamientos.

Sin embargo, presidenta, mi pregunta sería también al doctor Víctor Palacios, es que tenemos, presidenta, dentro del Seguro Integral de Salud, el Fissal, El Fissal tiene financiamiento para productos o fármacos oncológicos de alto costo, presidenta. ¿Y qué se está haciendo? ¿Se está ejecutando correctamente, presidenta? No, no están priorizando aquellas instituciones que requieren y que aquellos niños y niñas que están muriendo día a día. porque la burocracia dentro de los hospitales regionales del país siendo muy frías, muy insensibles, presidenta.

Discúlpeme que yo me mortifique y exprese esa indignación, porque he sido, he palpado, presidenta, como usted lo ha palpado en su región, que estos niños no tienen oportunidades para tener un tratamiento correcto, oportuno y eficiente, donde nuestras madres de familias tienen que vender hasta su casa para buscar una esperanza de vida a su niño, donde las clínicas privadas están brindando fármacos de alto costo, de 7000, 8000 soles, presidenta, para poder salvar la vida y darle la esperanza o alargar la esperanza o mejorar la calidad de vida de esos pacientes

oncológicos. Pero existe un statu quo, presidenta, que lo denuncio a través suyo, porque usted tiene esa sensibilidad humana para poder canalizar. ¿Y qué se está haciendo? No se está haciendo nada, presidenta.

Vemos nosotros que no tenemos recursos humanos médicos especialistas, no se ha priorizado la iniciativa legislativa del pliego para doble percepción de los médicos especialistas. Hoy día queda muerta una iniciativa o está, pues, dormida. Hay dos cosas. Segundo, es que los registros sanitarios de las nuevas moléculas se encuentran enfrascadas con un tema burocrático o por la falta de recurso humano.

Tercero, es que no se está fortaleciendo el primer nivel de atención, presidenta, para poder identificar y brindar un diagnóstico preventivo o darle, dotarles de esos instrumentos y evitar pues este embalse que se genera en los hospitales de mayor complejidad II-2, porque eso tiene la capacidad, III-1 en algunos casos de las regiones.

Y no quiero dejar de mencionar, presidenta, y quiero solicitar también para que venga el representante del Seguro Integral de Salud, porque Fissal no está cumpliendo con sus objetivos para la cual fue creada.

Y además para terminar mi alocución, presidenta, la dirección ejecutiva de ECAN\* tiene un PIM de 522 895 000 nuevos soles, a la fecha se ha girado 244 841 000 nuevos soles que equivale a 47.2% a la fecha, y de la cual probablemente nos informará si ya está certificado obviamente, como muy bien lo ha dicho claramente, puede ser que este ya comprometido, pero tenemos que evidenciarlo, presidenta. Estamos a un mes, eso no va a cambiar, más de 10%, estamos hablando póngale, presidenta, 47 más 10, 57, ni siquiera es una cifra aceptable de un [...] donde hoy nuestros niños, niñas, adultos y adultos mayores sufren en los hospitales de nuestras regiones. Entonces, ¿qué se está otorgando?

Si vemos la incapacidad de gestión que tienen los gobiernos regionales y si vemos la incapacidad ejecutiva financiera de ejercerla dentro de la gestión, entonces qué está pasando, algo hay, no se está brindando asistencia técnica a los gobiernos regionales para descentralizar esta terrible burocracia.

Segundo, presidenta, estamos hablando nosotros de que existe y seguirá existiendo un status quo.

Y yo quiero hacer, presidenta, una denuncia pública, porque no es posible, ya el doctor Víctor Palacio sabe, porque hemos tenido un paciente de 27 años, una joven con cáncer de mama, que se atiende en el INEN y por no contar con un fármaco de alto costo, ¿qué ha pasado, presidenta? Ha tenido que recurrir, hacer rifas, hacer actividades para adquirir un fármaco que es la Ribociclib de 200 miligramos, ese con registro sanitario, con registro sanitario ah, por algo lo están pues comercializando, lo encuentran en las clínicas y lo prescribe el médico oncológico, pero se ha negado, presidenta, el médico oncólogo especialista de prescribir en el INEN. Y hago responsable, porque ya hice una denuncia penal y he trasladado a la Contraloría, he trasladado a la Defensoría, porque el director del INEN no está liderando correctamente, porque está tomando trabas y tras trabas para poder incorporar esa Ribociclib y hacer una junta médica porque ese fármaco, por más que tenga efectos adversos, tiene un tiempo, tiene un tiempo prudente según la junta médica para poder ejercer la toxicidad en sangre, pero eso depende de la junta médica y de la evaluación y monitoreo del paciente.

Ese fármaco hoy lo compran en las empresas privadas, pero no tiene el Ministerio de Salud para poder brindar mejor esperanza y calidad de vida. Y hoy ese fármaco cuesta en el mercado privado 20 000 soles al\* mes. Y así tiene que hacer esas actividades una joven, futura médico, para poder salvarse su vida. Y ahora el INEN, presidenta, le está generando trabas para que no continúe con el tratamiento.

En ese sentido, presidenta, vemos nosotros falta de inoperancia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, porque no hay una torre pediátrica exclusiva, no hay una emergencia pediátrica exclusiva para los niños y niñas de nuestro país y del Perú profundo.

No tenemos nosotros también una buena ejecución de presupuesto. Se ha dado la modificación, presidenta, del reglamento de la Ley de Contratación del Estado para que puedan pasar de la simplificada, perdón, de la doble subasta inversa a la simplificada, y hoy no se están ejecutando correctamente, ya caducó el tiempo para poder ser modificado y ejecutar, ¿y qué está haciendo el Ministerio de Salud para poder generar propuestas para que eso no genere perjuicio en la adquisición de los fármacos? Nada.

Entonces, presidenta, en conclusión, vemos mucha teoría, pero en la práctica no hay políticas públicas para salvar vidas. Y eso tiene que ser el objetivo, presidenta, y usted como mujer, como lideresa de vuestra región, ténganlo por seguro, cuente con nuestro apoyo, cuente con nuestra ayuda para poder seguir fiscalizando y hacer control político, porque no podemos permitir que el INEN usurpe una autoridad que es la rectoría del Ministerio de Salud, y ahí está la reglamentación que tiene que ejecutar el Ministerio de Salud correcta y eficientemente, porque no podemos, si hay una capacidad financiera y también de proyectos de inversión obviamente no va a poder tener la capacidad para poder ejecutar el presupuesto de todos los gobiernos regionales, y esto es lamentable, presidenta.

Entonces, presidenta... se me olvidaba decir, el convenio internacional, medicina nuclear, presidenta, hoy ha hablado el doctor Víctor Palacios, director ejecutivo, que una de las amenazas es no contar con servicios de radioterapia. No estamos descubriendo la pólvora porque eso viene desde hace muchos años atrás. Sin embargo, estos convenios internacionales existen en Rusia. Hace poco que tanto me cuestionaban, presidenta, de acudir a Rusia, me reuní con el viceministro de Salud, hay disposición de apoyar, presidenta, colaborar con medicina nuclear, como ese mismo país hay muchos países que quieren colaborar con medicina nuclear, pero qué está haciendo el pliego para tomar y darle, señor ministro, tengo esta propuesta, tengo esta institución o este, no sé, podría decir, un gobierno que pueda brindar oportunidades a muchos peruanos también con seguro integral, (8) y los que no, no, porque hay grueso del porcentaje, más de 15% a 20% que son de EsSalud que se atiende en el INEN, a veces quitando oportunidades también para los que están asegurados por el SIS.

Entonces, yo creo que ahí también hay que generar, también buscar. Hay mucho por hablar, presidenta, por el Seguro Social, también es otro tema muy importante, que de verdad esto es un tema muy álgido.

Y lo único que quiero es que se incorporen fármacos alternativos con mayor espectro y sobre todo que mejore la calidad de vida y la esperanza para todos nuestros niños, niñas, adultos y adultos mayores.

Muchas gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Gracias, doctora Portalatino.

¿Algún otro colega que quiera hacer preguntas?

Bien, yo voy a hacer algunas preguntas, doctor Palacios.

En mi reciente visita... antes de hacer las preguntas, doctor Palacios, quiero reforzar lo que la doctora Portalatino acaba de decir, la inoperancia de los gobiernos regionales, el poco interés. Hemos visitado la región de Amazonas, hemos ido al centro oncológico, el año pasado fuimos y tuvimos un problema de que el ambiente no estaba bien hecho y lo están nuevamente a hacer.

¿Qué es lo que está pasando ahora? Se están cayendo las losetas. Recién es la construcción ah. Ahora, la fiscalización, nosotros hemos quedado ir esta primera semana de diciembre, porque decían que lo entregaban. Vamos a ver, pero ya hay varias versiones de que se están cayendo las losetas.

Ahora, el tomógrafo está en operativo, no sirve. No hay médicos oncólogos. Y acá el reporte lo está diciendo, no cuenta Amazonas. O sea, ¿y el presupuesto? Hay un presupuesto que le ha llegado al gobierno regional y del cual solamente lo ha ejercido el 18%, según la información que usted está dando.

Entonces, ¿a qué se debe tanta inoperancia?, ¿qué se está haciendo?, ¿por qué se está permitiendo tanta ímpetu?

Y eso le vuelvo a repetir, doctor, no es de este gobierno nomás, es del gobierno anterior, donde sabía que tenía todos esos implementos malogrados, pero lo que está sucediendo, doctor, es que solamente, según refiere el médico radiólogo, refiere de que se ha malogrado después de ocho meses haberlo comprado, pero ha pasado años y nadie se atreve a mejorar ese problema, sin embargo, sí todos lo trasladan al frente, a las clínicas. Entonces, ¿qué sentido tiene?

Hemos visto también en la reciente visita a la ciudad de Chiclayo, se ha podido verificar las carencias que tiene el hospital regional de Las Mercedes. Creo que usted ha trabajado ahí también, inclusive el ministro ha trabajado ahí, ha sido también director de la Diresa, de la Dirección Regional de Salud de Lambayeque, sabe las falencias, pero no se está mejorando.

Nosotros hemos hablado con el mismo doctor, por qué motivo no hay medicamentos, sin embargo, el medicamento del Minsa se vende afuera. Y yo se lo dije al doctor: doctor, hágame la receta y yo se lo demuestro ahorita. No lo iba a hacer, no lo quiso hacer, porque le íbamos a demostrar.

No tienen la lámpara de ganso, importantísimo para sacar por lo menos un Papanicolau, el colpógrafo malogrado. El ambiente donde se saca es un ambiente reducido, sin embargo, son sedes macrorregionales donde llegan de San Martín, de Cajamarca, de todo Amazonas.

En lo que hemos podido ver del hospital regional de Lambayeque, este último hospital es de alta complejidad al igual que Las Mercedes, pero en ambos urge la construcción de una torre oncológica.

Doctor, le digo, le vuelvo a repetir, no es posible que un presidente regional, y ahí está bien claro su letrero, que ahora ha vuelto a ser presidente regional de otra región, donde tuvo la desfachatez de inaugurar un centro oncológico que se está cayendo, una torre oncológica que se está cayendo. ¿Cómo es posible que no haya tenido un castigo severo?

Doctor, ahí se están se están almacenando los productos, todos los equipos que se están logrando. Es hora de trabajar, es hora de ir a ver tanta insensibilidad. Los pacientes no tienen absolutamente nada, la mayoría son trasladados a Lima y en Lima hay demasiada congestión.

Lo que se está ayudando, Lambayeque es del Hospital Regional de la cual felicito a los médicos, porque ellos están haciendo lo posible, pero la red oncológica para los niños no hay nada. A tal punto que tienen a un niño que le están ayudando, los mismos trabajadores del Ministerio de Salud le están apoyando con medicamentos.

Hemos hecho la entrevista a aquellos pacientes que están recibiendo sus medicamentos, la mayoría lo tiene que comprar. De los cuatro medicamentos que se aplican al mes, tres lo compran, solamente uno reciben gratis. Es de verdad catastrófico todo eso.

Lo que se pide ahora es la construcción de una torre oncológica implementada para cubrir la gran demanda de pacientes oncológicos y de pediatría oncológica. ¿Qué acciones se tienen previstas de su despacho en coordinación con el gobierno regional de Lambayeque para atender esa necesidad urgente?

Doctor Palacios, mediante el Oficio 097-2023-2024-CMS-CMFACC\*-CR, del 30 de octubre del presente, he solicitado al señor ministro me informe periódicamente los avances del grupo de trabajo creado mediante Resolución Ministerial 1023-2023-Minsa; no obstante, bajo su intermedio, doctor Palacios, solicito nos informe sobre la próxima reunión a fin de poder participar con el mismo ministro en el marco de nuestra labor de fiscalización.

Doctor Palacios, en tanto no se emita la adecuación al reglamento de la Ley Nacional del Cáncer, según las modificaciones hechas mediante Ley 31870, ¿qué medidas se han tomado desde el Minsa para atender las compras urgentes de medicamentos por parte de INEN?

¿Qué acciones se está coordinando en el Ministerio de Salud y en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con respecto a la Ley del Cáncer, teniendo en cuenta que existe una ley desde el año 2004, Plan Nacional de Descentralización 2004-2006, sobre los servicios médicos oncológicos?

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, INEN, busca implementar la red oncológica nacional a fin de descentralizar los servicios, pero ello depende de adecuar el reglamento de la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, modificada con la Ley 31870, ley que modifica el reglamento de la Ley Nacional del Cáncer. ¿Cuándo se dará la acreditación de sus representantes para instalar el nuevo grupo de trabajo?

¿Ha considerado hacer alguna modificatoria en el presupuesto PP024?, ya que nuevamente pasa a ser manejado por el INEN, pero hasta la fecha no hay ninguna acción al respecto, y si no se modifica todo quedaría aún a cargo de la Dirección del Cáncer en el Minsa.

El INEN ha enviado una propuesta al Minsa por el texto de adecuación de la Ley 31870, para que puedan participar en el grupo de trabajo como secretario técnico y de esta forma puedan tener cierto manejo, debido a que las modificatorias que se dará al reglamento en su mayor parte incluyen al INEN. ¿Permitirá su participación, doctor?

Asimismo, ¿se permitirá la participación de veedores como sociedades civiles pro-salud, promoviendo la buena salud?

¿Se incrementará el presupuesto al Instituto Nacional del Cáncer para incrementar sus proyectos de inversión que les permita adquirir equipos nuevos, elaborar inversiones relacionados a los servicios generales y otras necesidades de la entidad?

¿Consideran que al ser manejada la red oncológica por el INEN va a permitir que las IREN tengan infraestructura, equipamiento, recurso humano, abastecimiento de medicamentos y demás recursos que merece la población de estas regiones?

¿Qué acciones y coordinaciones se está realizando con el Ministerio de Educación considerando cambiar el estilo de vida a que otras generaciones tengan menos cáncer avanzado y que se requiere desaparecer algunos tipos de cáncer?

Sobre la Ley del Cáncer Infantil aún está pendiente la reglamentación con respecto al subsidio de las familias. ¿Cuándo estará ya lista esta reglamentación?

En el cáncer infantil no existe prevención para la detección temprana de cáncer. ¿Qué propuestas se está considerando, doctor?

Esas son las preguntas que le hago.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Con respecto al tema del mantenimiento, infraestructura, y equipamiento, nosotros tenemos reunión todas las semanas con las regiones.

Yo personalmente viajé a Lambayeque y en actas quedó que se iba a adecuar tres ambientes en el Hospital Regional Lambayeque. Uno para tener la sala de quimioterapia ambulatoria para adultos en el segundo piso, una para ampliar UCI pediátrica, porque no hay UCI pediátrica en el Hospital Lambayeque, y un ambiente que ya lo había designado previamente para el área de cáncer infantil.

Entonces, para ese motivo, yo autoricé que se usara un presupuesto de 1.2 millones de soles para el caso del Hospital Regional de Lambayeque.

También visité el hospital Las Mercedes y se le solicitó que mientras tanto termine esa demolición de ese ambiente, porque tiene que ser demolido para que puedan construir, esos equipos se puedan usar en un ambiente nuevo.

¿Qué es lo que pasa en el Hospital Las Mercedes? Pues que faltan ambientes. Entonces, ¿qué habíamos quedado en ese momento con la jefa de administración? Es que use los recursos de mantenimiento para habilitar un área para poder generar mezclas oncológicas. Eso toda vez que hemos pedido a un cooperante internacional que nos apoye con una cabina de flujo laminar para ya implementar la quimioterapia en el hospital docente de las Mercedes, que el fin de esa torre ecológica mal construida, ¿no?, fue eso, fue llegar a dar tratamiento de quimioterapia. Lamentablemente han pasado los años y eso se ha quedado ahí.

¿Qué más se ha pedido? Se les ha pedido a las autoridades, al director del Hospital Regional Lambayeque, que nos remita la propuesta de un proyecto de inversión. ¿Por qué esto es importante? Porque parte la necesidad del director del hospital. O sea, si el director del hospital no dice, sabes qué, tengo que construir una torre oncológica, tengo que mejorar los servicios, llega ese programa médico funcional y cartera\* de servicios, yo lo evalúo, le doy pase, y hablo

con OPMI y hablo con Pronis, vemos si es que tiene un convenio entre Pronis y el gobierno regional y OPMI también le evalúa si está dentro de esa [...] de programación multianual de inversiones. Y así comienza a generar todo, pero todo aparte del hospital, y eso ya se les dijo a ellos.

Dicho sea de paso, en el año 2021 se emitió un documento, cuando sale la Ley nacional del Cáncer se manda un documento a todos los hospitales a nivel nacional para que nos informen de cuáles son sus proyectos de inversión, porque parte de la necesidad de ellos y nosotros lo apoyamos, como lo hemos hecho con IREN Norte, por ejemplo, hemos ayudado bastante para que salga su proyecto de inversión. Eso es con respecto al tema de cómo hacer para descentralizar la atención oncológica. (9)

O sea, asistencias técnicas se ha hecho virtual y presencial. Después, hay un problema inherente pues, en los hospitales vemos que el tema de cáncer no es prioridad.

Ahora, ¿cómo yo hago tangible esto? Midiendo los tiempos. Y eso estamos trabajando. Lo que queremos es que para la próxima reunión ya vamos viendo el esbozo de cuánto tiempo me estoy demorando en tal región, tal región, tal región, tal región, para atender los pacientes con cáncer. Y ante la evidencia de que no estoy haciendo algo para disminuir los tiempos de espera para una tomografía, una ecografía o una quimioterapia, ahí va a comenzar el funcionario operativo del hospital, porque esta gestión hospitalaria, va a ser evaluado; porque mientras que no tengamos la evidencia, la información de los tiempos de espera, pues todos se van a sentir cruzados de las manos.

Una cosa es lo que yo pueda pensar de nivel central como oncólogo, qué es lo que quiero, porque este es un ataque multinivel, estoy atacando desde el primer nivel de atención y a nivel hospitalario, y otra cosa es lo que piensa la autoridad regional de salud y peor aún el director del hospital. Y ya los tres tenemos que alinearnos y la única forma es hacer evidente, no el número de atenciones o atendidos, de que tengo que ver cuánto tiempo demoró esta persona para ser atendida.

Y aquí es algo muy importante e hizo mención en su momento la doctora, la señora congresista Kelly Portalatino, que es la función de Fissal. Muchos de estos presupuestos que se transfieren se tiene que vincular a un resultado sanitario. Entonces, de qué me sirve darte presupuesto si tú no logras disminuir tus tiempos de espera, a tenderme con tiempos de espera cortos y de calidad.

Entonces, a eso estamos ahorita abocados, a que todo el tema financiero se vincule con el resultado sanitario, pero esto se va a hacer evidente, tangiblemente, como lo hace el Reino Unido, evidenciando los tiempos de espera y a eso estamos apuntando, que todo se vincule a construir una infraestructura, una red de atención oncológica. ¿Por qué? Porque tranquilamente si no hubiéramos previsto comprar tomógrafos, resonadores, equipos de anatomía patológica, las regiones con justa razón nos dicen, pero yo no tengo los equipos. No, ahora vas a tener los equipos y no hay excusas para que no lo hagas, tienes que hacerlo por el bien de los pacientes.

Ojo que el tema de inversión en equipamiento, en infraestructura y recursos humanos es competencia de cada pliego regional; y cada pliego regional tiene que ver esto como su necesidad, analizar su brecha. Entonces, estamos de nivel central haciendo la compra descentralizada para poder enviar los equipos, pero hay una responsabilidad que tiene que ser vista.

Ahora, con respecto al tema del INEN. A ver, el INEN tiene dos funciones. El INEN tiene la función de ser un organismo público ejecutor que brinda la asesoría técnica al Minsa, pero al mismo tiempo es una Ipress, es un hospital de cáncer. Entonces, si falta medicamentos oncológicos, que no son los que se administran de forma centralizada por Cenares, eso tiene que ver el INEN y comprarlo. O sea, porque le falten los medicamentos no es responsabilidad del Ministerio de Salud directamente, sino también hay una gestión hospitalaria que tiene que ser reevaluada por cada uno de ellos.

Ahora, ¿de quién es competencia hacer el monitoreo y la gestión hospitalaria? De una dirección que se denomina Dirección General de Operaciones en Salud. Yo veo la estrategia, ellos ven la operatividad de los servicios.

¿Hemos trabajado de forma articulada? Claro que sí, el tema de equipamiento y mantenimiento ha sido un trabajo articulado entre ambas partes. Pero el monitoreo de la operatividad ya va a ser sobre todo por ellos, por el tema de poder tener todos los tiempos de espera disminuidos,

Con respecto al tema de las cantidades de las inversiones que se demandan para el INEN. A ver, yo estoy totalmente de acuerdo que la infraestructura hospitalaria del INEN para los niños con cáncer no es la adecuada. Tiene que mejorar. Es más, los adolescentes con cáncer deberían ser manejados por los oncólogos pediatras en el INEN, no por los adultos, oncólogos de adultos, ojo. Ahí yo sí estoy totalmente de acuerdo.

Sin embargo, en un momento donde tengo tantos niños que vienen desde las regiones, ¿por qué motivo no construiría más bien una torre de oncología pediátrica en IREN Norte?, ¿por qué no fortalecer la IREN Sur, la IREN Centro, la de Loreto, por ejemplo?

Entonces, yo pienso más en la descentralización. En vez de seguir construyendo en Lima... ¿al construir tanto en Lima qué es lo que hago? Genero que todos vengan para acá. Entonces, ¿dónde va la descentralización? Nunca se va a llevar a cabo.

Por ejemplo, en IREN Norte, se puede construir un área de oncología pediátrica, hay un oncólogo que lo tenemos en el hospital Belén de Trujillo, por ejemplo, trabajando, que tiene el equipamiento, tiene infraestructura para poder atender niños con cáncer, pero... ¿y el compromiso?, y eso tiene que ver mucho por el hecho de que nadie los evalúa en los tiempos de espera.

De qué me sirve tener un oncólogo, ahorita contrato un oncólogo en el hospital Las Mercedes si no me atiende pacientes con cáncer, no los atiende, no les da quimioterapia, por ejemplo, lo mismo que nada; pero, claro, me puede decir: pero no tengo cabina flujo laminar, no tengo las condiciones.

Entonces, eso se hace un círculo vicioso que estamos tratando de romper. O sea, es fuerte intentar romper ese círculo vicioso en el cual no hay equipamiento, no hay infraestructura, no hay recurso humano. Ese es, digamos, lo que estamos tratando de ir poco a poco desmenuzando para que ya no haya excusas por el cual no tratar a los niños y las personas también adultas con cáncer.

**La señora PORTALATINO ÁVALOS (PL).**— Yo escucho al doctor Víctor Palacios, son ideas, ¿no?, más son ideas, ideas, o la buena voluntad que podría tener el doctor Víctor Palacios, pero no aterrizamos, nos gustaría que nos diga algo concreto. Si usted esas ideas, esas

propuestas, por ejemplo, estamos hablando nosotros de que el común denominador es la mala gestión hospitalaria, eso lo tenemos claro; sin embargo, no vemos.

Usted ha hablado sobre el tema de la evaluación de espera. ¿Y cuál es la médula espinal de la evaluación de espera?, porque eso se evidencia en el embalse y también el maltrato de los pacientes oncológicos, presidenta. ¿Qué se está haciendo?, ¿estamos cerrando la brecha de recursos humanos?,

Ha propuesto usted, ha salido de su dirección ejecutiva, ha salido, sabe qué, señor ministro, tenemos 37 médicos oncológicos pediatras a nivel país.

En las regiones hay unidades y departamentos oncológicos. ¿Ha ido usted a todos los departamentos oncológicos de las regiones?

¿Cuántos médicos están trabajando? Un médico oncológico, presidenta. ¿Qué se está haciendo?

Mi pregunta sería concreta, hay que ser concreto, no hay que estar hablando, hablando, hablando, hablando, porque acá el tiempo es solo para todos los congresistas.

En ese sentido, presidenta, con su permiso, es que para cuándo va a estar la iniciativa legislativa de la doble percepción. No aterrizamos en eso, presidenta.

¿Para cuándo va a estar la doble convocatoria de residentado médico?

Tercero, si usted ha propuesto, aunque sea propuesta pues o idea y la que formulen propuestas políticas para que haga suyo el ministro de Salud. El ministro de Salud está pasando por agua caliente.

Y en ese sentido, presidenta, es que necesitamos nosotros estructuración de la Conareme, ampliar los campos clínicos, presidenta.

Y específicamente, presidenta, no hay médicos oncológicos en el país. Si el mismo INEN, presidenta, no hay subespecialistas, por amor de Dios.

Tenemos Instituto Nacional del Niño de Breña y de San Borja, que no tienen su subespecialistas. Entonces, ¿qué estamos haciendo para fortalecer?

Y otra pregunta sería, ¿de qué manera dentro de una dirección tan sensible y tan importante cuál es su plan de trabajo para fortalecer el primer nivel de atención?, teniendo usted que conoce y tiene presupuesto y poder generar una autorización en la Comisión de Presupuesto para que se reestructure.

Tenemos activos estratégicos, presidenta, que no se está... y se puede hacer en quince, veinte días, presidenta, y se puede implementar los establecimientos de salud si es que no tiene, mucho de gobiernos regionales tampoco tienen mucho presupuesto. ¿Por qué? Porque las normas, presidenta, no las permiten, y esa es la cruda realidad.

Entonces, presidenta, que nos diga algo concreto, concreto y aterrizar, porque necesitamos nosotros escuchar.

¿Y qué está haciendo también qué habla de convenio internacional?, ¿Se está avanzando?, ¿con qué país se están avanzando los convenios internacionales o si tiene ya específico o qué acciones se estaría tomando en consideración?

Y no quiero también dejar de aprovechar esto, es necesario, si ha considerado el doctor Víctor Palacios, es que si no hay ejecución óptima de su presupuesto, ha considerado para aquellas regiones que no tienen presupuesto y que han gastado eficientemente, que se autorice al SIS y se haga la transferencia, así como lo hicimos el año pasado, presidenta, las transferencias a través de donaciones y transferencias se otorga el presupuesto para que pueda, pues, comprar medicamentos oncológicos con un candado, con un candado. Y es una disposición, presidenta, para la región Amazonas, para la región Loreto, para Ucayali, [...] tiene costo de vida altísima que la capital, no pueden trasladarse. Entonces, no van a poder llegar acá, presidenta.

Yo sí que llamo a la exhortación, llamo la atención, porque hay que aterrizar y tomar decisiones trascendentales.

Y también si se ha elevado la propuesta de fármacos de alto costo, Renetsa ya no debe existir, presidenta. Renetsa ha fracasado. Renetsa es un sistema burocrático que perjudica a todos los pacientes oncológicos, y eso tiene que salir de iniciativa del Ejecutivo y no hay que tener miedos y tomar las decisiones, primero está nuestra vocación de servicio, presidenta, para eso hemos sido formados nosotros académicamente y también en la parte social.

**La señora PRESIDENTA.**— Gracias, doctora Portalatino.

también está pidiendo el doctor Varas Meléndez. Doctor Varas.

**El señor VARAS MELÉNDEZ (PB).**— Gracias, presidenta.

Presidenta, primero, saludar a mis colegas congresistas y también al funcionario del Ministerio de Salud, que tiene que ver con el tema del cáncer, que es el propósito de nuestra comisión.

Mire, presidenta, como parte también del equipo de salud y haber conocido bien al Ministerio de Salud y tanto EsSalud, realmente el sistema de salud se tiene que dar una mirada de manera integral, con un enfoque, ¿qué es lo que vamos a hacer realmente por la salud de todos los peruanos?

No se puede plantear plataformas similares, iguales, que probablemente funcionaron el año 200, 2010, 2020, pero que a la fecha no traen resultados. No traen resultados porque los indicadores, trazadores, son los que nos evidencian que no mejoramos.

Entonces, si evaluamos el tema del cáncer, tanto femenino como masculino, vemos que el femenino, su incidencia, su prevalencia, sigue siendo la misma y mucho más con el tema de la pandemia, agudizado o acentuado más el gran problema, justamente porque no había el tema de la accesibilidad donde más se dejó ver, no había intervenciones quirúrgicas oportunas y algunos dentro del plan del manejo y del tratamiento del paciente oncológico no se brindaba.

Entonces, en estos momentos nosotros nos encontramos en una real crisis. Que hablar, pues, del cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino, el cáncer de estómago, de próstata en el caso de los varones, sigue en alza.

Y tenemos un Ministerio de Salud que no sabemos a dónde va o qué está haciendo, ¿no?, porque nos dicen que ellos creen en la descentralización y que no es bueno construir en Lima y que se

tiene que descentralizar. Pero si ustedes son los que tienen que tomar la decisión, ustedes son el ente rector. Ustedes tienen que, como asesor o como director de una área, tienen que decirle a su ministro, esta es la manera de trabajar en el tema de la salud, sabiendo de que este sistema de salud no da resultados a la fecha y mucho menos en cáncer, donde lamentablemente el tema de la burocracia y la corrupción son lo que día a día postergan las grandes iniciativas que la gente quiere que se satisfagan y siguen sus necesidades eternas, históricas, en el país; y pasará uno y otro funcionario que no solucionará los tenemos problemas.

Pareciera que así estamos condenados acá en nuestro Perú. Pero no, presidenta, acá nosotros desde esta comisión lo que tenemos es que hacer una labor de fiscalización, control y evaluación de los funcionarios.

Si los señores funcionarios no trabajan o plantean un plan estratégico con un enfoque de contingencia para el momento que vivimos, pues debemos de pedirle de esta comisión que sean removidos del cargo. Así es, presidenta. Tenemos que marcarle el paso, qué hace el Ejecutivo, porque nosotros representamos ese pueblo indignado que ahorita nomás está yendo al IREN, probablemente, a cualquier oncológico y no ha alcanzado la consulta. (10) Ahorita acaba de suspender su suspender su cirugía, ahorita acaban de darle el diagnóstico, ahorita acaban de esperar de confirmar el diagnóstico y para cuándo Dios sabrá lo harán. Así se viene trabajando.

Si tenemos un director que está sentado en la sede del ministerio y no hace siquiera el control, vigilancia, de manera permanente sus centros oncológicos a nivel nacional, pues menos. Y siempre la responsabilidad lo van a eludir. Como dicen, nosotros como ministerio solamente dirigimos Lima, las regiones están a cargo de todo. Ya pues, señores, no podemos estar manejando la salud de esa manera. ¿Cuál es la propuesta de enfoque para moverlo desde el Poder Legislativo para realmente que todos los peruanos alcancen una verdadera salud de calidad?

Entonces, considero de que va a haber una excusa sobre otras excusas. Y qué hablar de las compras de medicamentos oncológicos. Y para qué ir al INEN. El INEN ahorita prácticamente usted está yendo y va a ir donde va a encontrar tremendas colas o diferimientos. Diferimientos que se lo generan desde el interior del INEN. El INEN también se tiene que ver una mirada de fiscalización, es un instituto que no está dando resultados a la fecha, pese a que existen mucha voluntad, muchos esfuerzos y excelentes colegas profesionales que hay ahí, pero lamentablemente la parte administrativa no se excusa dentro de lo que está pasando en el Perú, el tema de la corrupción.

Y qué hablar, presidente, de los seguros oncológicos privados, nadie le pone la mano. Y ellos siguen estafando a la gente. Y cuando no pueden resolver su problema se lo avientan al Ministerio de Salud.

Y qué hablar de EsSalud en la parte oncológica. Hablo de las partes descentralizadas. Vaya usted acá nomás en Chimbote, mi región Ancash, no hay siquiera un colposcopio. ¿Cómo vamos a diagnosticar mediante una biopsia dirigida cáncer de cuello uterino o lesión premaligna con alto grado de malignidad?, ¿cómo podemos si no tenemos ni siquiera colposcopio acá? Y el paciente sale renegando cada vez de la consulta.

Hasta ahorita acá en Ancash ni siquiera pueden comprar colposcopios para hacer biopsias de cuello para poder confirmar diagnóstico. ¿Y cómo se sabe? ¿Y por qué no lo sabe el director que dirige el cáncer desde Lima? Porque no viene pues. Porque estoy seguro que si él apertura

una línea telefónica de Minsa Te Escucha, va a ver si no le van a escuchar a la gente y la gente le va a abarrotar ahí.

Entonces, tenemos que ver estrategias nuevas para ver la detección temprana, la prevención en lo que nos va a liberar del cáncer. ¿Queremos indicadores disminuidos? Tenemos que dar un enfoque de prevención. No hay otro camino, presidenta. El único camino que le espera al Perú en el tema de la salud es tener un enfoque de medicina con atención primaria, con fortalecimiento de establecimientos, pero con un verdadero fortalecimiento. No le pongo una máquina, le pongo algo para engañar, ya pues como tengo presupuesto, me sobra, le compro. No es así.

Por ello, presidenta, yo creo que el desafío del trabajo de esta comisión tiene que ir de marcar la pauta al Ejecutivo, porque presupuesto hay. Recursos humanos pareciera que no hubiera, pero hay que ver también el tema de racionalización, de desconcentración, hacer una verdadera gerencia de recursos humanos.

Por eso, yo le invito al funcionario que tiene que caminar, tiene que correr, tiene que manejar informes, tiene que ver el tema de los impactos, como ente normativo el Minsa está dando, sino de lo contrario puede que hablar de Cenares, todas esas mafias que compran medicamentos, eso ya deslinda, el ministro tiene que acá hacer un deslinde de manera real, ¿qué es lo que va a hacer con la salud de los peruanos?, ¿en todas las estrategias que él maneja qué realmente esperamos los peruanos?, porque hasta ahorita todo esto parece una farsa y una mentira, con todo el respeto, presidenta.

Por ello, yo creo que hay que darle una mirada al paciente oncológico en sus diferentes edades, tanto pediátricos, adultos mayores y adultos, porque no hay que olvidarnos que el cáncer posterga, posterga al paciente y posterga a la familia y a la sociedad. En ese sentido, es un gran trabajo que tenemos que hacer, detección temprana, promoción y lo que es la atención primaria y educar, y hacer normas que realmente los difusores de los medios de comunicación pues están obligados a promocionar o a prevenir el cáncer. Esto no puede ser un trabajo solamente del Ejecutivo.

Ahí está pues lo de la prensa, aquellos comunicadores, tienen que poner al menos 30 segundos de propaganda para la prevención del cáncer. Eso debería ser una normatividad que tiene que salir desde el Legislativo, obligarles así ellos digan que se les está cortando la libertad de prensa. Pero es bueno por la salud de todos y para todos nuestros hermanos peruanos.

Muchas gracias, presidenta.

**La señora PRESIDENTA.**— Gracias, doctor Varas.

La congresista Chirinos también va a tomar la palabra. Tiene usted la palabra, querida colega.

**La señora CHIRINOS VENEGAS (AP-PIS).**— Gracias, presidenta.

Presidenta, colegas, señor ministro, buenos días.

Hoy quiero ponerlo sobre alerta e instarlos a tomar acciones frontales contra una de las amenazas más grandes que debemos afrontar todas las mujeres y es el cáncer de mama.

Como saben, este tipo de cáncer es uno de los diagnósticos más frecuentes en mujeres de todo el mundo y representa una cuarta parte de todos los cánceres. Y como ejemplo de su letalidad

está el hecho de que en el 2020 más de 2.3 millones de mujeres fueron diagnosticadas con esta enfermedad, de las cuales casi 700 000 fallecieron producto de la misma, y en nuestro país el cáncer de mama se sitúa como el segundo más común a nivel nacional, mientras que en Lima Metropolitana es el primer tipo de cáncer.

Pero la situación es aún más grave, estimados colegas, porque existe un tipo de cáncer de mama llamado triple negativo, que es el más invasivo y agresivo; y en nuestro país la prevalencia de esta enfermedad en específico es aún mayor.

Según la Sociedad Americana del Cáncer, se estima que entre un 10% y 15% de mujeres alrededor del mundo son diagnosticadas con este tipo de cáncer de mama, pero en nuestro Perú esa cifra es mucho mayor, porque el 25% de los casos corresponden a esta clasificación letal y muchas veces las afectadas son mujeres jóvenes.

La letalidad del cáncer de mamá triple negativo se destaca porque tiende a crecer y determinarse más rápido, pero al ser tan complejo tiene menos opciones de tratamiento.

Actualmente, existen tratamientos innovadores que incluso han sido aprobados por la FDA y son aplicados con éxito en establecimientos privados y en hospitales públicos de otros países de la región, como Argentina y Colombia. Eso permite que las pacientes puedan curarse y vivir más tiempo, cosa que no sucedería solo con una quimioterapia.

Lamentablemente, en el Perú solo las pacientes de cáncer de mama triple negativo atendidas en establecimientos privados tienen acceso al tratamiento diferenciado e innovador, porque el Estado peruano solo tiene como opción terapéutica la cirugía o la quimioterapia, y en algunos casos cuando el hospital cuenta con el equipo necesario también puede incluirse la radioterapia.

Como ven, existe una total desigualdad en el acceso al derecho a la salud, por eso urge que se visibilice a las pacientes víctimas de este tipo de cáncer agresivo pero olvidado por las autoridades, para que su tratamiento no dependa de su situación económica.

Frente a esto, colegas, he presentado en mi calidad de congresista miembro de esta comisión dos documentos, uno dirigido al Ministerio de Salud y otro dirigido al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Mediante estos documentos, solicito información sobre el porcentaje real y actualizado de todos los casos de cáncer de mama triple negativo en el Perú, así en como los tratamientos que se vienen aplicando y los planes de la actual gestión para prevenir y combatirlo.

De igual manera, he solicitado que se me informe cuál es el estado de la actualización del documento técnico Manejo Multidisciplinario Neoadyuvante del Cáncer de Mama, GER2, positivo y triple negativo, aprobado por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas el 31 de diciembre de 2019. Esto a razón de que en nuestro país no se están considerando tratamientos innovadores como la inmunoterapia dirigida, por ejemplo, incluso cuando los avances científicos en la medicina ya van encontrando nuevas formas de combatir este tipo específico de enfermedad. Por eso, urge conocer e impulsar la actualización de dicho documento técnico.

Estimada presidenta y colegas, los exhorto a tomar consciencia en este tema y realizar las acciones necesarias para poder contar con esta información y a partir de ello contribuir desde esta comisión a lograr mejores métodos de tratamiento contra el cáncer de mama de tipo triple negativo.

Gracias, señora Presidenta y colegas.

**La señora PRESIDENTA.**— Gracias, colega.

¿Algún otro congresista que quiera tomar la palabra? ¿Ninguno? Bien, gracias.

Señores doctores, quería ver, hablarles acerca de la modificatoria de la ley.

Doctor, para que responda a la pregunta de la colega Chirinos.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Sí.

A la doctora Kelly Portalatino, con respecto a la doble perfección y convocatoria de residentado médico, la segunda convocatoria vamos a hacer la consulta con la Dirección de General de Personal de la Salud. quién está liderando este aspecto y ya hacemos llegar el informe correspondiente.

**La señora PRESIDENTA.**— Cuándo, doctor, estaría dando más o menos una respuesta de esta convocatoria o nueva convocatoria, porque la anterior hace dos meses recién fue.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Sí.

Yo creo que a más tardar una semana, para poder consolidar toda la información, porque ellos sí están...

**La señora PRESIDENTA.**— Dos meses.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— No, no, no, una semana.

**La señora PRESIDENTA.**— Una semana, ah ya, perfecto.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Sí, para consolidar la información.

**La señora PRESIDENTA.**— Entonces, estamos hablando, más o menos, ahora nos encontramos 13, el 21 estaría bien.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Sí.

**La señora PRESIDENTA.**— Bien, doctor.

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Los dos, para que nos den alcance a qué nivel han avanzado ellos, porque eso corresponde a otra dirección.

Con respecto a los activos estratégicos sí se modificó. Ya se modificó el listado de activos estratégicos, del cual permitía pues comprar equipos de forma rápida en regiones. Lo que pasa es que colocar un activo estratégico, más bien, llega a ser más burocrático y demora los procesos. Por tal motivo, hay equipos que teníamos que retirar como, por ejemplo, los colposcopios, que eran estratégicos, no se podían comprar porque demoraba más el proceso de adquisición.

Entonces, eso ya ha sido actualizado. Le haremos llegar el nuevo listado también actualizado. Ya se actualizó esto.

Con respecto a la actualización del SIS del presupuesto, sí, eso también vamos a conversar con el SIS para ver cómo puede hacer esto para que no tengamos ninguna barrera de proceso de adquisición. También hacemos llegar la información con el SIS.

Y Renetsa, pues Renetsa sí tiene un tema muy particular. Con respecto a Renetsa, ellos están trabajando en estandarización de sus procedimientos de cómo evaluar la tecnología sanitaria, y quien comanda esto es el Instituto Nacional de Salud, ellos son los que evalúan.

Ahora, se ha conformado pues un cuello de botella muy grande para poder responder al requerimiento que por años ha estado. O sea, esta necesidad lleva, por lo menos, unos 10 años más o menos, 15 años de tiempo. O sea, nosotros por mucho tiempo hemos pensado que un medicamento nuevo, innovador, iba a entrar a través de Pnume lista complementaria, lo cual era falso. Nunca iba a entrar. ¿Por qué? Porque la patente le da un precio muy elevado, o sea, lo protege y entonces el proveedor le pone un precio, que para recuperar su inversión lo pone muy elevado para poder adquirirlo. Y al final, no llega a ser un término de costo-efectividad.

Y por ende, que seguir por el camino de Pnume lista complementaria iba a ser un fracaso total. Por tal motivo, se creó este mecanismo diferenciado de adquisición que se está elaborando, ya fue mandado a la DGA del MEF para su revisión y a su aprobación; y además que mientras eso se va implementando, se aprobó documentos normativos, se aprobó el Decreto Supremo 001-2023, en enero de este año, y una modificación del Sismed que fue la Resolución Ministerial 191-2023. ¿Qué quiere decir esto? Que le dio el marco legal y normativo para que se pueda comprar medicamentos de alto costo, y se ha hecho.

Uno de los que hace mención, la señora congresista Chirinos, es por ejemplo la inmunoterapia para cáncer de mama triple negativo y el medicamento en este caso ha sido Pembrolizumab, que es inmunoterapia, ya se adquirió, se han adquirido 3000 ampollas. O sea, es de alto costo, ya se compró y se está autorizando no solamente para cáncer de pulmón su uso, sino también para cáncer de mama. ¿Qué es lo que faltaba? La inmunohistoquímica. Cómo yo sé qué paciente tiene que recibir este medicamento. Entonces, esos vacíos que a veces nos cuesta creer es lo que estaba en el Perú. O sea, el Perú ha estado con 10% de capacidad diagnóstica de cáncer.

O sea, yo detectaba a una persona con un bulto, un ganglio inflamado y era un linfoma, solamente el 10% llegaba a tener un diagnóstico correcto dentro del sistema público. Entonces, así ha estado. ¿Por qué? Porque no ha habido inversión por muchos años.

Recién este año hemos tenido una inversión adicional. Lo convencional, el presupuesto de cáncer, el 024, cerca del 70% o 80% a nivel nacional corresponde para recursos humanos. Eso va adicionado a recursos humanos, pero cuando uno evalúa el recurso humano, a veces no es un recurso humano que se vincula **(11)** a la atención oncológica, sino que comienza a ser un recurso humano que le cargo, le cargo, le cargo, para decir aquí por cáncer hay que cargarlo.

Entonces, ¿me queda un 20% para qué? Para insumos, para medicamentos. Y por ese motivo que siempre estaban desabastecidos a nivel nacional los servicios oncológicos, porque le quedaba muy poco presupuesto. Por ese motivo, que en el 17 para el 18 se consigue un presupuesto, se crea como un pequeño banco en Cenares para poder dotar de esos medicamentos que los hospitales no podían comprar con su presupuesto. Y el SIS también apoya dando presupuesto para poder comprar esos insumos de laboratorio que no tenía. O sea, se ha tenido que ir construyendo un financiamiento de tal forma de que no todo se destine para recursos humanos. Y es la verdad.

Entonces, en esa situación siempre faltaba presupuesto. Y es así como le digo, que hace más de 10 años que no se compraban, por ejemplo, torres de endoscopía. Hace más de 10 años que no se compraban mamógrafos, nunca se ha comprado equipos de inmunohistoquímica o se ha hecho sesión en uso.

Entonces todo eso se ha ido construyendo durante estos años, Ya se está terminando de implementar algo que no existía. O sea, no ha habido una inversión, se decía que se invertía en cáncer, ¿pero se invertía en qué? Invertía en pagar recursos humanos y no se invertía en infraestructura ni equipamiento, y ese es un problema que ahorita nos está golpeando.

Se hizo mención del modelo de atención oncológica. En mi presentación he sido claro que vamos por dos niveles. Primer nivel de atención con promoción de la salud y tamizaje de cáncer para detectar de forma temprana y manejarlo y poder solucionar los problemas en el primer nivel de atención.

Y por otro lado, el nivel hospitalario poder ampliar capacidad hospitalaria y descentralizar. ¿Eso requiere qué? Infraestructura, equipamiento y recurso humano. Y para esto estamos iniciando un proceso de plan de cierre de brechas.

¿Qué es lo tangible? Lo tangible es que vamos a iniciar la formulación del nuevo Plan Nacional de Cáncer, nuestro cuarto Plan Nacional de Cáncer. ¿Por qué? Porque el tercer Plan Nacional de Cáncer nació sin presupuesto. El Plan Nacional de Cáncer, nuestro tercer Plan Nacional de Cáncer se formuló en el año 2019 y fue aprobado sin un solo sol en diciembre del año 2020. Por eso que el 2021 se pidió demandas adicionales, 2020 pidieron demandas adicionales, para poder hacer lo que dice el plan. ¿Dónde está toda la información? En el plan, en el Plan Nacional de Cáncer dice: se habla de brigadas de vacunación, brigadas de tamizaje, de fortalecimiento de descentralización, de diagnóstico, tratamiento, todo está en el Plan Nacional de Cáncer, sí existe.

Pero claro, este Plan Nacional de Cáncer falla y rompe toda realidad, toda vez que fue formulado antes de la pandemia. El escenario es distinto. O sea, el escenario de esa formulación inicial del 2019 es distinto a la actual. Y por tal motivo, lo que queremos es, considerando que

ya el presupuesto para el próximo año ya está definido, queremos terminar el proceso de formulación en marzo con la visita de estos expertos internacionales y poder calzarlo en la planificación de presupuesto público para el año fiscal 2025. Ojo, que el cierre de brechas es progresivo, no es tan rápido como quisiéramos, porque formar un especialista en cáncer demora tiempo.

Ahora, hablando de oncología pediátrica, están las plazas de oncología pediátrica y han renunciado también. O sea, algunos no quieren llegar a esta plaza, hacer la subespecialidad, y otros también renuncian en el camino, porque es una segunda especialidad y obviamente que atender pacientes con cáncer no es agradable, ¿no?

Entonces, sí hay algo tangible que es la formulación de este cuarto Plano Nacional de Cáncer. Y ahí va a estar recogido todo.

**La señora PRESIDENTA.**— Doctor, un corte.

Doctor, hay varios puntos, por qué el profesional también renuncia. ¿Por qué? Porque el primer año de la especialidad, yo le digo por familiar en el INEN y ni solamente en el INEN, sino es pésimo el trato de los médicos que ya están ahí, ya son residentes, y el trato es inhumano muchas veces, doctor, a tal punto que debe de haber un control también para los internos en el primer año, porque ese reclamo también lo han hecho los profesionales. Y hay profesionales que han dejado por el maltrato y la forma inhumana, doctor, que se trata. Ese es un punto por el que estaba diciendo.

Doctor, el tiempo, como dijo la colega, acá en el Congreso es apremiante. Quería decirle, doctor, qué posibilidades hay, nosotros sabemos que la torre oncológica del hospital de Las Mercedes aparentemente no va; pero el Hospital Regional, usted sabe que el centro oncológico lo crea por la necesidad misma en ambientes que no eran de oncología. Eso usted lo sabe.

Ahora, ¿qué posibilidades hay de que los especialistas oncólogos del hospital Las Mercedes pasen al regional y se puede hacer, doctor, una torre oncológica?

En menester, nosotros sabemos que Chiclayo es una macrorregión donde inclusive van hasta del departamento de La Libertad. ¿Por qué no priorizar, por qué no darle énfasis a ese hospital?, sabiendo de que la gran... nosotros hemos hecho la entrevista, vienen de Piura, doctor, de Piura, vienen de Amazonas, vienen de Cajamarca, vienen de San Martín, hasta de Madre de Dios hemos encontrado pacientes, y que por algunos de bajos recursos ellos prefieren quedarse allá, ¿me entiende?

¿Por qué no crear una torre oncológica para Lambayeque como centro de una macrorregión?

Pero como dice la colega, hay que hacerlo, doctor, es necesario, es algo que nosotros vemos que los gobiernos regionales reciben dinero, muchas veces lo reierten. Tal es el punto de Amazonas, que ha tenido un monto de dinero que lo va a revertir, son el 18% de avance. El año pasado también fue casi lo mismo. O sea, y seguimos con los mismos dándoles presupuestos y no haciendo nada por mejorar la institución. Eso es lo que tenemos que darle prioridad.

Y otra cosa, doctor, nosotros en la visita que hicimos al INEN, ellos creyeron necesario que por qué se modificaba la Ley 31336 y la que se aprobó reciente, la 31870. ¿Por qué se modificaba esta ley? Porque en estos puntos los que estaban pendientes desde que se publicó el primer reglamento y el INEN hizo énfasis que deberían ser modificados.

El punto uno, señala que la Política Nacional del Cáncer es conducida por el INEN a través de la red oncológica nacional.

El punto dos, el INEN es responsable técnico nacional de la gestión del Pliego 024 que tiene que ver con la Ley del Presupuesto en el artículo 54.

Punto cuatro, el INEN puede realizar su propia adquisición y así evitar el desabastecimiento de su farmacia, evitar los problemas que se le daban con el Cenares en las compras centralizadas, evitar que el INEN lo involucre en ser perjudicados en compras paralelas o accesorias en cargo de ser sancionado. Generaban una serie de documentos para subsanar esta falta y por ello se dio un decreto supremo como un paliativo que solo permita compras menores.

En el punto cinco dice, se autoriza al INEN, Minsa y Gores la renovación tecnológica del equipamiento médico y ampliación y mejoramiento de infraestructura hospitalaria oncológica a nivel nacional y las disposiciones complementarias que son cuatro, de las cuales tres involucran al INEN.

La disposición siete indica que el INEN es el encargado del funcionamiento de la Red Nacional de Banco de Tumores. Aquí se ha pedido que el encargado sea el Instituto Nacional de Salud. Sin embargo, el mismo instituto ha pedido que sea el INEN en el encargado debido a que está muy bien implementado el INEN desde hace más de 10 años y porque ya están estableciéndose el banco de tumores en la IREN de Trujillo y Huancayo, y por establecer el IREN de Arequipa se está empezando a armar ya la red.

Y el punto ocho dice que el INEN forma parte de la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en materia oncológica, sobre todo para incorporar los medicamentos de alto costo y oncológicos.

Actualmente, Renetsa está conformada por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación y otras entidades, y el INEM está excluido a pesar de ser un ente eminentemente técnico.

Sin embargo, el IETSI es un ente tecnológico, pero su principal capacidad técnica es con medicamentos generales y no con medicamentos oncológicos. Y también sobre los dispositivos médicos, en esta modificatoria se incluía al INEN como parte de la Renetsa.

Eso es lo que quería informarle, doctor, porque el INEN está pidiendo la mesa de trabajo para que no se amplíe mucho tiempo, que ya pasó más de un mes donde esa modificatoria de ley no se ha dado.

Gracias.

**EI DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS DE SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Cristian Díaz Vélez.**— Bueno, con respecto a los comentarios que ha mencionado, el grupo ya se conformó, INEN es parte de ese grupo elaborador, ya se instaló, ya tuvo una primera reunión y están reuniéndose los días viernes, si no mal recuerdo, con participación del viceministro de Salud Pública, y están justamente todos esos puntos que han presentado, son parte de la evaluación que se están haciendo. Todo eso se está siendo, el INEN mismo está lo está mencionando en la mesa de trabajo.

Creo que varios congresistas, cuando han opinado, todos resaltan la parte preventiva, porque, claro, es importante la parte recuperativa, pero pues si no hacemos nada en la parte preventiva, si tenemos mil casos dentro de diez años serán diez mil. Y probablemente sigamos con el mismo problema de no tener la capacidad operativa para poder soportar toda esa base de casos. Pero hay que trabajar en ambos lados, en ambos frentes.

Por eso es que, en general, lo que estamos viendo es hablando sobre promoción de la salud, se ha mostrado evidencia de lo que se está trabajando.

Veán el tema, por ejemplo, la vacunación no solamente a niñas, sino a niños, la importancia que eso va a dar, más ahora las coberturas están mayores en niños que en niñas, haber incrementado hasta los dieciocho años también nos da [...] un importante, sobre todo de ese grupo importante que quedó sin vacunarse durante la pandemia.

Y estrategias de llegar hacia la población y no esperar que llegue, habíamos mencionado el tema de cuál ha sido los resultados del uso de los preventorios, pero también fortalecer esa capacidad de tener el diagnóstico, porque eso se llama prevención secundaria, el diagnóstico temprano, pero no teníamos, eso es lo que se está llevando a cabo.

Tenemos la implementación de la biología molecular, de siete se ha pasado a 12, es todavía insuficiente. Sabemos que mucho de lo que se está haciendo todavía es insuficiente, pero vamos en ese camino, fortaleciendo el personal de salud, porque no podemos esperar a que tengamos formados profesionales de aquí a tres, cuatro, cinco años en el mejor escenario, puede pasar mucho más tiempo, y no solamente abordando a profesionales y a médicos, como se demostraban en las diapositivas, sino también yendo más allá, como estamos haciendo visitas domiciliarias, también a promotores de salud. Así como hacemos para otras estrategias, también abordando para que ellos nos ayuden a que podamos tener a la población que acuda a los establecimientos y también aumentando los centros oncológicos, de 22 se han pasado 44, prácticamente se ha duplicado.

Pero seguimos teniendo la problemática de la infraestructura que hace que, por ejemplo, muchos de los equipos que actualmente tenemos, se han comprado, se van a distribuir, o algunos que están por llegar, tenemos todavía la dificultad en que no puedan recepcionarse, porque todos los contratos dicen se pagan en el momento que se instalan los establecimientos.

Entonces, al tener esa dificultad, y ustedes han visto, 18%, 12%, 9% en muchas de las regiones que no llegan a gastar en el tema de infraestructura, entonces eso es un gran problema. En recurso humano también.

Vemos que es un tema, y lo mencionó la congresista Portalatino, no solamente es el tema de percepción, formar recursos humanos, sino también qué hacemos con lo poco que tenemos, porque la forma de tenerlos con terceros que se tienen que hacer cada dos meses, cada tres meses, eso es lo que hace que no sea factible; por ello que para el siguiente año recursos humanos tenemos en CAS, para de alguna manera darle una sostenibilidad al siguiente año, aun así sigue siendo insuficiente.

Vemos que se han comprado medicamentos de alto costo, cosa que no se ha llevado a cabo anteriormente y que eso obviamente va a ayudar a muchos pacientes, (12) pero volvemos a una mirada no solamente en lo preventivo, promocional, una mirada en la parte recuperativa, sé que hay muchas cosas todavía que podemos ir mejorando, sabemos que hay mucho por hacer, pero

lo que venía a mostrar es lo que estamos llevando a cabo y tenemos pruebas tangibles de lo que se ha avanzado.

¿Es insuficiente? Probablemente sí, pero creo que todavía con las recomendaciones que ustedes nos dan, con el trabajo en conjunto que se hace con el Congreso de la República, con los diferentes estamentos y porque a nivel de todos los sectores se debe trabajar en conjunto, creo que vamos a poder seguir avanzando y buscando luchar contra este cáncer que sabemos que es un problema de salud pública, no de ahora, sino de hace varias décadas.

**EI DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD, señor Víctor Alex Palacios Cabrejos.**— Señora congresista, si me permite, una de las cosas que me puedo comprometer y en verdad lo hago por mucha preocupación es el tema de poder viabilizar este tema de la necesidad de inversión del Hospital Regional de Lambayeque. Ya se lo he pedido, lo hemos conversado previamente, cuando estuve de gerente regional de salud también lo puse como prioridad, porque yo les decía a todas las autoridades y cuando estuve delante de los consejeros regionales dije: en este momento hay un temblor, todo se cae, el único hospital que queda en pie es el hospital regional de Lambayeque.

Y se planteó muchas cosas, se planteó inversión en ampliar capacidad hospitalaria, y al final lo que estamos ahorita moviendo es cumplir lo que quedamos, pero es insuficiente. Se requiere construir un nuevo complejo hospitalario de verdad, pero comencemos con una torre oncológica., y personalmente yo le voy a dar la viabilidad para que esto tenga una buena cartera de servicios, bien elaborada y bien estructurada, y voy a conversar con el doctor Pretel, con el director, para que me mande la propuesta de una vez.

**La señora PRESIDENTA.**— Gracias, doctor.

Bueno, no habiendo más preguntas, doctores, les agradezco bastante, esperamos reunirnos pronto para ver las estrategias de prevención, sobre todo de cáncer, porque acá tenemos que trabajar todos juntos, eso es lo que están ustedes mismos refiriendo, ¿no?, y los colegas también lo están pidiendo a gritos, qué hacer, que nos orienten, para empezar nosotros ya a trabajar también, porque ese trabajo es de todos.

Les agradezco bastante por su participación, al doctor Cristian Díaz Vélez, director general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; y al doctor Palacios Cabrejos. En verdad, muy agradecida por su participación.

Pedimos un momento para despedir a nuestros visitantes.

*—Se suspende la sesión.*

*—Se reanuda la sesión.*

**La señora PRESIDENTA.**— Queridos colegas, reanudamos la sesión.

antes de concluir, consultamos la dispensa del trámite de sanción del Acta para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión.

Si no hay oposición a la dispensa del trámite de aprobación del Acta para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión, se dará por aprobada.

La dispensa de trámite de sanción ha sido aprobada.

Muy buenas tardes, queridos colegas.

Siendo la una de la tarde más tres minutos, se levanta la sesión.

Muy agradecidos y esperando su participación conjunta en la nueva reunión que se dará dentro de quince días.

Queridos colegas, queremos su presencia porque esta comisión es de suma importancia, de suma importancia para todos nosotros, ver qué estrategias empezamos a hacer para prevenir el cáncer.

Muchas gracias y muy buenas tardes.

—*A las 13:03 h, se levanta la sesión.*