



(DOCUMENTO DE TRABAJO)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA  
PRIMERA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2025

COMISIÓN ESPECIAL MULTIPARTIDARIA DE SEGUIMIENTO,  
COORDINACIÓN, MONITOREO Y FISCALIZACIÓN SOBRE LOS AVANCES DE  
LOS RESULTADOS DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER  
18ª SESIÓN EXTRAORDINARIA  
(Matinal)

LUNES 21 DE NOVIEMBRE DE 2025  
PRESIDENCIA DE LA SEÑORA MERY ELIANA INFANTES CASTAÑEDA

*-A las 9:25 h, se inicia la sesión.*

**La señora PRESIDENTA.**— En verdad, un gusto que estemos reunidos en esta comisión tan importante, y acá demuestran ustedes el interés que tienen por sacar adelante toda esta parte que es elemental para la salud y la vida, que es el Ministerio de Salud. Muchísimas gracias y vamos a empezar.

Señores congresistas, miembros de la Comisión Especial y a todos los que nos están acompañando hoy día en esta sesión extraordinaria, de manera presencial, de manera virtual. A todos los colegas que están de manera virtual, por favor, siempre de manera participativa, porque es importante que nosotros, como congresistas, demostremos el interés que tenemos para que salga adelante cada una de las comisiones.

Estamos aquí hoy día, viernes 21 de noviembre, para llevar a cabo la décima octava sesión extraordinaria de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Control, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultados de la prevención y control del cáncer, en la sala número 2 Fabiola Salazar Leguía del edificio Víctor Raúl Haya de la Torre y a través de la plataforma y de las sesiones virtuales por Microsoft.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Señor secretario, muy buenos días. Dé usted inicio a la llamada de la presencia de cada uno de los congresistas.

**El SECRETARIO TÉCNICO pasa lista:**

Buenos días, señora congresista.

Se va a pasar lista.

Congresista Infantes Castañeda.

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

Congresista Chirinos Venegas (); Congresista Alva Prieto.

Presidenta, la congresista Alva Prieto ha manifestado su asistencia a través de la plataforma Teams.

**La señora PRESIDENTA.-** Aceptado, señor secretario.

**El SECRETARIO TÉCNICO.-** Congresista Kelly Portalatino Avalos (); Congresista Portero López Hilda.

La congresista Portero López se encuentra presente a través de la plataforma Teams.

**La señora PRESIDENTA.-** Aceptado, señor secretario.

**El SECRETARIO TÉCNICO.-** Congresista Vásquez Vela.

-La congresista Vásquez Vela se encuentra presente a través de la plataforma Teams.

**La señora PRESIDENTA.-** Aceptado, señor secretario.

**El SECRETARIO TÉCNICO.-** Congresista Sánchez Palomino (); Congresista Picón Quedo (); Congresista Kamiche Morante.

El congresista Kamiche Morante ha manifestado su asistencia a través de la plataforma Teams, señora presidenta.

**La señora PRESIDENTA.-** Aceptado, señor secretario.

**El SECRETARIO TÉCNICO.-** En este momento tenemos cinco congresistas presentes. Esperamos unos minutos, congresista, nos falta uno para hacer cuórum.

La congresista Chirinos Venegas ha manifestado su presencia a través del chat.

**La señora PRESIDENTA.-** Muy bien, aceptado.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**El SECRETARIO TÉCNICO.**— Tenemos un cuórum, congresista, podemos iniciar.

**La señora PRESIDENTA.**— Bien, después de pasar lista con los congresistas ya presentes y estando completado el cuórum, siendo las nueve de la mañana, veinticinco minutos de hoy día, viernes 21 de noviembre, se da inicio a la décima octava sesión extraordinaria de la Comisión Especial. **(2)**

De acuerdo con la agenda programada, en esta sesión ordinaria pasamos directamente a la orden del día.

Como primer punto en la orden del día tenemos el tema de asignación presupuestal para la prevención y control del cáncer en el proyecto de ley de presupuesto público para el año 2026, a fin de continuar con los puntos que quedaron pendientes el día martes en la decimosexta sesión ordinaria de esta comisión.

Conforme lo acordado en dicha sesión, vamos a dar el inicio con el primer tema: la evaluación de tecnologías sanitarias multicriterios de medicamentos oncológicos de alto costo para la toma de decisiones.

### ORDEN DEL DÍA

**La señora PRESIDENTA.**— Por la importancia que tiene esta reciente publicación de la Directiva Sanitaria 002-INS-2025, versión de metodología para la evaluación multicriterio para generar recomendaciones de uso de tecnologías sanitarias oncológicas de alto costo, aprobada por la Resolución Presidencial Ejecutiva del Instituto Nacional de Salud (INS) la número 000156-2025-INS-P del 17 de octubre del presente año.

Sin más preámbulos, vamos a pasar a los puntos de la agenda de la orden del día, y un recibimiento grande a todos los invitados que están de manera presencial y de manera virtual también.

Como primer punto, tenemos la asignación presupuestal para la prevención y control del cáncer en el proyecto de ley del presupuesto del sector público para el año 2025-2026, para lo cual tenemos la participación de la doctora Nancy Olivares Marcos, a quien damos un gran recibimiento, doctora, porque usted desde el martes está demostrando el interés y muchísimas gracias por aceptar siempre esa manera rápida para la evacuación de los niños que se encuentran en las diferentes regiones.

Muchísimas gracias, doctora, y sea bienvenida. Tiene usted el uso de la palabra.

**La DIRECTORA EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN MEDICINA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, señora**

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**Lucy Nancy Olivares Marco.**— Muy buenos días con todos, señora congresista.

Traigo el saludo de mi director general, el doctor Carlos Urbano Durán, director general del Instituto Nacional de Salud del Niño.

En primer lugar, quiero señalarles que el Instituto Nacional de Salud del Niño es la institución del nivel 3.2 de más alta complejidad de atención en salud infantil en nuestro país. Cuenta con más de 46 especialidades, entre especialidades médicas y especialidades quirúrgicas.

En ese ámbito, el instituto no ha estado ajeno a lo que viene aconteciendo en la salud pública de nuestro país, como es el tema del cáncer infantil. Nosotros, como tal, estamos respondiendo a esa demanda.

Todos sabemos que el cáncer infantil es una enfermedad catastrófica que, si no se diagnostica y se trata oportunamente, entonces puede ocurrir la mortalidad de manera temprana y lo que representa en la carga de enfermedad. Tiene un alto costo social para el paciente y sus familias y, sobre todo, afecta a la población más pobre de nuestro país.

En nuestra institución hemos considerado y nos regimos por las políticas nacionales; en ese sentido, existe un plan multisectorial que ha sido aprobado este año, que todos conocemos, y dentro de este plan multisectorial está enmarcado, como en el componente, en la actividad número —la que sigue— en la actividad 2.19. Habla del fortalecimiento de los servicios oncológicos pediátricos, donde estamos incluidos todos los que brindamos atención en el tema de cáncer infantil, y en verdad en Lima las únicas instituciones que seguimos brindando, con limitaciones y todo, son el INEI, el Instituto de San Borja y somos nosotros.

En ese sentido, he escuchado en la reunión anterior que, en el marco de la descentralización, los IREN están haciendo todos los esfuerzos también para brindar servicios pediátricos.

Seguimos. **(3)**

¿Cómo estamos actualmente? En realidad, nosotros recibimos pacientes referidos de Lima y de provincias. En nuestras estadísticas tenemos que más o menos 50% son pacientes de Lima, y para la institución, San Juan de Lurigancho es el principal lugar, y el otro 50% representa todas las regiones del país.

Cuando el paciente ingresa por estas referencias, ya sea por la vía presencial o la vía virtual, ingresa por emergencia o por la consulta externa. Pueden tener tres rutas. Pueden ir a la UCI oncológica clínica, que tiene que ver, como ustedes saben, con

## DOCUMENTO DE TRABAJO

el cáncer infantil; predominantemente son tumores hematológicos y tumores sólidos. Entonces, si tiene un cáncer hematológico, va a la unidad funcional de oncología clínica; los tumores sólidos van a la unidad de oncología quirúrgica; y si el paciente llega en la condición de crítico, tenemos también una unidad de cuidado intensivo oncológica. En este momento estamos con estos tres servicios.

Además de toda nuestra oferta: laboratorio, banco de sangre, anatomía patológica, tenemos genética, diagnóstico por imágenes, radiología intervencionista, tomografía, ecografía. Contamos con una unidad, la única con cuidados paliativos pediátricos, los servicios de psicología, servicio social y unidad de soporte nutricional. Como se puede ver, el abordaje de un niño con cáncer infantil requiere un abordaje multidisciplinario.

Seguimos.

Contamos en hospitalización actualmente solo con tres camas, y nosotros hacemos diagnóstico, un manejo inicial y el manejo de complicaciones. Tenemos un consultorio externo dos veces por semana; hacemos teleconsulta, telejuntas, teleinterconsultas; procedimientos como biopsia de médula ósea, aspirado de médula ósea.

Tenemos disponibilidad de oncólogos pediatras, que ese es un tema crucial. Cuando escuchaba la vez pasada de abrir unidades, oncólogos pediatras no existen. Al comienzo de año contábamos algunos días con oncólogos y otros días no, pero dada la ascendencia de los casos, contamos con oncólogos a medio tiempo: setenta y cinco horas que trabajan con nosotros y las otras 75 las trabajan en otro lugar. No tenemos oncólogo, pese a que ya voy dos convocatorias de estabilidad para oncólogo. He sacado hace unos meses para oncólogo bajo la modalidad CAS; no se presentó nadie. Y ahorita estamos en concurso y también he puesto una plaza a plazo fijo, que es prácticamente un nombramiento. Espero que se haya presentado alguien y tener un oncólogo en la institución a tiempo completo, pero ese es un serio problema: el tema de recursos humanos.

Como ya les señalaba, tenemos la oncología quirúrgica, la UCI oncológica; estamos en camino para el tema de quimioterapia, que en este momento no brindamos; lo hacemos de manera excepcional cuando el paciente está en cuidados intensivos o hay alguna condición clínica que amerite su inmediatez en el tema de la atención.

Este año hemos instituido el equipo bajo la modalidad del enfoque de procesos. Todas las decisiones se toman en juntas médicas; quien conduce el proceso es el oncólogo médico. Y ahora que contamos con oncólogos todos los días, aun cuando son a tiempo parcial, ese proceso se viene dando.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Seguimos.

En un análisis de nuestra institución tenemos algunos nodos críticos. En el tema de infraestructura, lo que les he mostrado es insuficiente, todavía es inadecuado; el consultorio se ha habilitado, y por eso se han tomado dos tipos de acciones. Una, el IOARR, que les voy a presentar más adelante, que ya está culminado; y luego la remodelación de una unidad para brindar lo que se llama la quimioterapia ambulatoria.

En el tema de recursos humanos ya les he contado nuestros problemas. Y en el tema de organización, una cosa que hemos logrado este año es organizar la información, porque sin información no podemos pedir presupuesto y tampoco podemos organizar el sistema. Y en ese sentido, ya nosotros tenemos nuestra información en el Registro Nacional de Cáncer todo el año 2024 y al 2025 actualizado.

En el año 2024 hemos atendido a 121 pacientes, de los cuales tumores sólidos es la mayor cantidad: casi 70%, y los tumores hematológicos, leucemia y otros, representan el 31.4%.

En el año 2025, a la semana epidemiológica 31, también tenemos 66 pacientes, de los cuales el 60% siguen siendo los tumores sólidos. ¿Y dentro de ellos cuáles? Los neuroquirúrgicos; le siguen luego el cáncer renal y luego el cáncer hepático, entre otros. **(4)**

Los oncohematológicos representan entre el 30 y 40% como se muestra también en el año 2024. Esta data ya nos permite decir con total transparencia cómo mes a mes siguen incrementando. En un análisis que hicimos con otros establecimientos de salud, cada uno tiene sus características, por ejemplo, en San Borja nos decía, nosotros ya no tenemos más para crecer, en realidad, ¿dónde van a crecer ustedes? En los tumores sólidos, porque en la parte hematológica ellos atienden más la parte hematológica que tumores sólidos.

Y como les decía, ahí están las estadísticas del primer semestre 2025, donde a la cabeza está la parte neuroquirúrgico, con afectación del cerebro y el cerebelo.

Otro nudo crítico está relacionado al banco de sangre. La DPCAN, a través de su presupuesto de PpR, ha venido progresivamente en este marco de la política nacional, fortaleciendo los servicios oncológicos pediátricos.

En el año 2023, por ejemplo, se ha realizado el mantenimiento del banco de sangre, ya una obra ejecutada. El año pasado nos han transferido un ecógrafo para mejorar el tema del diagnóstico oportuno. Lo hemos recibido el año 2024 y este año nos han

## DOCUMENTO DE TRABAJO

transferido dos microscopios para anatomía patológica, por ejemplo.

Entonces, yo creo que se viene cumpliendo más o menos lo que se ha propuesto a través del presupuesto PpR.

Siguiente.

En el tema del laboratorio, disponemos siempre de insumos de manera permanente. Los resultados siempre son asignados con prioridad, dado el contexto de la enfermedad. En el tema de farmacia, su papel ha sido crucial para la elaboración de este IOARR, que es la unidad de mezclas oncológicas, y el personal está siendo capacitado para que, una vez ejecutada la obra, puede estar dispuesta a hacer esto. Trabajamos mucho en coordinación con el INEN también.

Y lo otro es la quimioterapia ambulatoria, que estamos en un proyecto que no va a ser IOARR, justo el día de ayer hemos tenido reunión a la Dirección General, para definir qué tipo de obra va a ser. Va a ser una modalidad de mantenimiento, tenemos el espacio físico, algún equipamiento menor, pero se va a requerir presupuesto, pero no va a ser IOARR.

Siguiente, ya termino.

Este es ya el plano más o menos para la quimioterapia ambulatoria, va a ser seis espacios, como dice la norma técnica, el mínimo de la unidad, y con sus áreas gris, blanca, todos los aspectos técnicos que significan. Pero la que sigue es el IOARR, cuyo CUI es el 2560091, que es la hospitalización de oncología y la unidad de mezclas oncológicas.

En realidad, este es el pedido en forma particular, señora congresista, porque este IOARR ha sido concebido desde el año 2023, con todas las cosas que ocurren en la administración pública, ha ido avanzando, y en este momento ya nos encontramos con el expediente técnico entregado, hemos trabajado con DPCAN y con el INEN, porque ellos le dan también el visto bueno al proyecto, y está totalmente actualizado al mes de octubre de este año, y el monto final de este expediente asciende a diez millones ciento cuarenta y siete mil quinientos veintidós punto cuarenta y cinco nuevos soles.

Este IOARR va a contar con ocho camas de hospitalización y la unidad de mezclas oncológicas, que va a ser en el sexto piso del edificio que nosotros le llamamos la exclínica. Es la parte más nueva de la institución, recordando que mi instituto tiene 96 años de vida, ya va a cumplir el ciclo.

Pero en la parte nueva, se va a construir en la parte más alta, este proyecto que ya ha sido trabajado, va a tener alrededor,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Isabel está acá, nuestra administradora, 369 metros cuadrados, y el monto que necesitamos, señora congresista, lo pido así a todos los congresistas que me están escuchando, diez millones ciento cuarenta y siete mil quinientos veintidós punto cuarenta y cinco nuevos soles, para que a diciembre del próximo año tengamos esa unidad inaugurada, como pedimos que esto ingrese en el PIA, porque, obviamente, todos los procesos administrativos y logísticos que implica un IOARR, tiene su tiempo. Si entra en el PIA, lo bueno va a ser es que desde el comienzo del año, vamos a poder hacer las convocatorias y todo, y la obra podríamos estar inaugurándolo e invitando a todos en diciembre del año 2026.

Muchas gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, doctora.

Nosotros, dentro de nuestro espacio, en las comisiones, tenemos dos horas. Les pediría **(5)** que cada uno podemos exponer en un espacios de cinco minutos para poder lograr hasta las once.

Doctora, el expediente técnico, ustedes empezaron a hacer una IOARR ¿no es cierto? Eso es para rápido, para lo más pronto, tratar de conseguir el material con ese presupuesto. ¿Pero qué pasó? Dos años y recién en este octubre, se logra concretar el expediente técnico de los diez millones ciento cuarenta y siete mil quinientos veintidós.

Entonces, he llamado a los señores representantes del Ministerio de Salud. Al inicio nosotros bien claro dijimos, son hospitales de referencia, nosotros hacemos toda una serie de pasos para trasladar al paciente a que se estabilice, a lograr la ambulancia, si hubiera un helicóptero, todo ese traslado para que llegue y a veces, lo está diciendo la doctora, no tienen el apoyo.

Mire, los recursos humanos que solamente se tenga un pediatra oncólogo, pues no debe de seguir de esa manera, la forma de tener ese pensamiento de trabajar con salud. Nosotros tenemos, doctora, hemos hecho ya relevancia a este pedido, cuando hemos oralizado, pero esa semana le vamos a seguir dándole ese empuje para que ellos sepan que acá está el personal de salud, pidiendo mejoras para sus establecimientos y a la vez ellos, poder dar mejor atención a todos aquellos que buscan de las especialidades en cada sector del hospital.

Entonces, doctora, si dependiera del Poder Legislativo, créame lo que ya nosotros hubiéramos trabajado de manera rápida, como las abejas, como las hormigas, pero aquí tenemos que dar énfasis a ese presupuesto que se cumple esta semana. Esta semana es, pero que le puedo decir, algo especial que no podemos bajar la guardia y vamos a estar ahí de manera insistente, perenne en las

## DOCUMENTO DE TRABAJO

comisiones. Esperemos que nos den ese espacio, ya que necesitamos levantar la voz de los que están acá.

Muchísimas gracias, doctora.

Y continuando con la exposición, vamos a tener de manera virtual la presentación de la licenciada René Aguije de Inmunizaciones, del Ministerio de Salud, a fin de que informe sobre el plan de vacunación contra el virus de papiloma humano en el Perú y en el impacto de la no asignación presupuestal para el año 2026.

Le estamos dando también ese empuje, esperamos tener el apoyo del MEF. El Poder Ejecutivo es el que se tiene que pronunciar hoy día.

Y bienvenida licenciada, tiene usted el micrófono a su disposición, contando con los cinco minutos.

**LA REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE INMUNIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD, señora Rene Aguije Hernández.**— Buenos días. Traigo un saludo desde la Dirección de Inmunizaciones del Ministerio de Salud.

Permítame, presentar cómo vamos y cómo está nuestra vacunación de VPH en el Perú y desde el Ministerio de Salud.

El proceso de vacunación en el Perú, como ustedes saben, se inició en el año 2011, con la vacunación a las niñas de 10 años y tres dosis. A partir de los estudios que se hicieron en el año 2016, se redujo a dos dosis y la población objetivo fue siempre niñas de 9 a 13 años, es decir, al quinto grado de primaria y así hemos venido trabajando hasta el año 2023, donde nuevamente se modificó el esquema y se incorporaron los niños y reducimos la dosis, ¿por qué a una sola dosis? Porque los estudios demostraban una sólida respuesta, con una sola dosis de vacuna contra VPH.

A partir **(6)** del año 2024, se incorporaron a la población y con el apoyo de la ley que salió y los estudios del INS, se amplió la vacunación niñas, niños y adolescentes de 9 a los 18 años.

En este año 2025, vamos a migrar, salió la resolución ministerial, para migrar de tetravalente, de nuestra vacuna tetravalente, a una vacuna nonavalente, es decir, ya con 4C.

¿Cómo estamos?, el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en el Perú, constituye una de las primeras causas de cáncer en mujeres, con miles de nuevos casos y alrededor de 6 fallecimientos diarios. Esta enfermedad es prevenible, mediante la vacunación contra el VPH y en atención a este problema grande de salud pública que enfrenta el país, nosotros venimos impulsando la vacunación contra el VPH.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Y en el año 2023, nosotros vamos contando con presupuestos adicionales que nos van ayudando, porque si bien antes era solamente la vacunación a las niñas, y desde el año 2011 llevamos un aporte ya, de vacunación de niñas; sin embargo, al haberse incorporado en la población masculina, la brecha se ha crecentado.

Desde el año 2023, la inversión de cincuenta y seis millones nos hizo, o nos permitió contratar 737 brigadas adicionales exclusivas para la vacunación. La meta fue setecientos noventa mil dosis aplicadas y se logró seiscientos ochenta y ocho mil. Es decir, tuvimos un avance de 96%.

Para el año 2024, que ya fue la ampliación, con una inversión de cincuenta y dos millones, se tuvo 638 brigadas adicionales para lograr cumplir un millón ciento cuarenta y ocho mil novecientas ochenta dosis. Es decir, llegamos y superamos más del 100% de dosis aplicadas de la meta que fue programada, dos mil quinientos sesenta y cinco dosis.

Y para este año 2025, con una inversión de noventa y siete millones, se contrataron 758 brigadas adicionales. Estas brigadas tenían un objetivo de vacunar novecientos dieciocho mil quinientos ochenta y cinco dosis. Sin embargo, con corte al 5 de noviembre, ya vamos vacunando un millón ciento veinte mil trescientos setenta y un personas. Es decir, nosotros vamos sumando gracias al apoyo y a la inversión.

¿Y por qué solicitamos brigadas adicionales? Porque la estrategia por excelencia de vacunación, de vacuna VPH, es vacunación en población cautiva, ¿dónde? Dónde se encuentra nuestro público usuario, ¿y dónde está? De acuerdo a Minedu, esta población del 95%, se encuentra en instituciones educativas.

Es decir, durante cuatro meses, nuestra brigada se moviliza y están en las instituciones educativas, con el apoyo del Ministerio de Educación para avanzar con la vacunación.

Además, recordarles que sí, hasta el año 2024, nuestro denominador era quinto grado de primaria. A partir del año 2024, nuestro denominador se convierte el Reniec. Es decir, vamos hacia la vacunación del 100% de nuestra población de 9 a 18 años, qué es la población beneficiada para el próximo año 2026. Y por eso recurrimos, porque si no tenemos presupuesto, no podemos movilizar personal y continuar reduciendo la brecha de esta vacunación.

Entonces, esta población que está constituida por niñas, niños, adolescentes y jóvenes de 9 a 18 años, se quedaría sin vacunas. Esta es la meta que esperamos cumplir con la demanda misión, la demanda adicional; pero además, ¿quiénes se incluyen aquí?

## DOCUMENTO DE TRABAJO

También se incluyen a los niños y niñas de 9 a 13 años, hijos de madre portadora o que son pacientes inmunodeprimidos.

Entonces, necesitamos que nos apoyen. ¿Para qué? Para contratar 964 personas, que serían 428 brigadas, 54 monitores y 54 edificadores. (7)

Pero, además, este presupuesto nos va a permitir adquirir insumos y materiales médicos como es el algodón y todo lo necesario para la vacunación y para garantizar una buena cadena de frío, es decir, garantizar una capacidad inmunológica al 100% cuando esta vacuna es aplicada.

Finalmente, quiero terminar diciendo que el ministerio, nosotros también tenemos una demanda adicional que no ha sido aprobada también y que nos va a garantizar continuar vacunando a nuestros niños menores de 5 años. ¿Cuánto estamos necesitando? Debe ser 13 millones de soles para garantizar 647 personas de salud.

Pero también hemos solicitado, que tampoco no ha sido aprobada, un presupuesto. Nosotros a inicios de año hemos tenido fiebre amarilla y tenemos también que trabajar sobre otro cáncer, el cáncer del hígado. Tenemos nuestra vacuna de hepatitis B. ¿Este presupuesto para qué es? Para vacunar a la población mayor de 5 años porque los menores de 5 años de alguna manera estamos avanzando. Sin embargo, los mayores de 5 años no tenemos presupuesto para lograr que estas personas se vacunen en estas zonas.

Esperamos el apoyo de todos ustedes.

Muchísimas gracias por esta apertura y esperamos, con mucha fe, que este presupuesto se da por nuestra población y porque con todos ustedes eliminaremos el cáncer de cuello uterino con su apoyo.

Muchas gracias.

Buenos días.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, licenciada.

Sabemos que la muerte por cáncer de cuello uterino está ocupando en estos momentos el segundo lugar en las mujeres en edad fértil. En verdad, licenciada, el presupuesto también se había ya anunciado esta semana. Esperamos seguir nosotros de esa manera activa. De no salir el presupuesto, porque usted sabe perfectamente que esto depende del Poder Ejecutivo. Nosotros como congresistas estamos ahí para que nos aprueben, pero no bajaremos la guardia, le aseguro.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Caso contrario, nosotros empezaremos a hacer mesas de trabajo, reuniones, aquí en el Congreso, en el Ministerio de Salud, porque ustedes tienen que tener ese presupuesto. Sabemos que las zonas más vulnerables como los de la Amazonía y esta semana han tenido los temas importantísimos de la muerte que se está incrementando en Loreto y Ucayali, y por qué no decir en Amazonas y en otras regiones que quizás a veces se oculta la información.

Nosotros sabemos, en las visitas de representación sabemos la falta de, en lugares amazónicos no hay luz, las cadenas de frío son insuficientes. Sabemos todas esas cosas. Hemos traído al Ministerio de Salud esa problemática y lo traemos todas las semanas que vamos en semanas de representación. ¿Qué está haciendo el Ministerio de Salud? He ahí la pregunta. He ahí también la incógnita que ellos deben de resolver y queremos respuestas.

Justamente en estos meses, sobre todo en el mes de noviembre, que ellos digan, sabemos la problemática, hemos dado el presupuesto para que el problema que se ha suscitado durante los años anteriores se está mejorando. Esperemos esa respuesta licenciada.

Estamos de manera persistente toda esta semana trabajando para que nuestro presupuesto que ya nos ha alcanzado la Comisión de Cáncer, ya nos ha alcanzado a nosotros y lo estamos anunciando en la Comisión de Presupuestos. Acá también tengo testigos porque los testigos están ahí detrás de mí también en la comisión, pero tenemos que trabajar así todos de manera conjunta, porque solamente así unidos vamos a sacar adelante el problema de la salud.

**LA REPRESENTANTE DE LA DIRECTORA DE INMUNIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD, señora Renee Aquije Hernández.**— Gracias, muchas gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Bueno, muchísimas gracias licenciada y le agradezco por el tiempo que también lo ha tomado en cuenta.

Gracias, muchas gracias.

Bueno, continuando con la exposición, tenemos la presentación de Cinthia Palacios, gerente regional de salud de Lambayeque, a fin de que informe respecto a **(8)** la demanda presupuestal de 2026 y a otras necesidades prioritarias de la región, nosotros de manera personal hemos visitado al hospital regional de Chiclayo. Ellos son muy enfáticos y sabemos de su arduo trabajo porque lo hemos visitado, porque hemos visto incluso su trabajo, su esfuerzo, su dedicación, que a pesar de muchas restricciones, sabemos cómo está ese Centro Oncológico.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

La Torre Oncológico, en el hospital de Las Mercedes, un gasto en vano, lo mandamos a Contraloría, pero hasta ahora no hay un pronunciamiento. Pero a pesar de eso, el hospital regional ha sacado adelante y sigue adelante con su trabajo. Muchísimas gracias, doctores, por ello. Y esperemos en este momento escuchar a la doctora Cinthia Palacios. Está de manera virtual.

Muy buenos días, te escuchamos.

**La REPRESENTANTE DE LA GERENTE REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE, señora Cinthia Catherine Palacios Mariño.**— Buenos días, buenos días con todos. Bueno, a hacerle llegar primero el saludo del doctor Yonny Ureta Núñez, el gerente regional de salud de Lambayeque.

Bueno, me voy a concentrar, bueno, buenos días con todos. Agradecerles también la oportunidad de presentar las necesidades del programa de prevención de cáncer a nivel de la región Lambayeque. Y nosotros como región Lambayeque nos hemos centrado...

¿Se puede visualizar, por favor? ¿Se puede visualizar la PPT?

**La señora PRESIDENTA.**— Claro, a ver. Señor secretario, ¿está? Perfecto

**El SECRETARIO TÉCNICO.**— Continúe.

**La REPRESENTANTE DE LA GERENTE REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE, señora Cinthia Catherine Palacios Mariño.**— Como les dije, hacerles llegar el saludo del gerente regional, del doctor Ureta Núñez, gerente regional de salud. Y nosotros a nivel de la región Lambayeque hemos priorizado, teniendo en cuenta que es una prioridad política de salud el tema del cáncer, hemos priorizado dos tipos de cáncer a nivel de la región. Les hemos dado prioridad.

Las necesidades son los diferentes tipos de cáncer. Pero a nivel de la región Lambayeque se ha trabajado en las mujeres afiliadas más de 146.000 mujeres afiliadas para poder darles el examen de mamografía. Solo la región Lambayeque cuenta con solo dos mamógrafos, uno en José Leonardo Ortiz y otro en el Hospital Las Mercedes.

En total hemos realizado más de 4.000 mamografías en la población, logrando una meta a nivel del Comité Intergubernamental de Salud. Se están realizando las actividades. Como les dije, en esta presentación contamos con dos mamógrafos a nivel de la región que son insuficientes prácticamente para poder coberturar toda la población que acabo de mencionar a nivel de la región Lambayeque.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

El otro aspecto que nosotros también estamos teniendo en cuenta es de que todas las mujeres tamizadas, si se dan cuenta de este año, ha ido aumentando los tamizajes. Pero al momento que aumentan los tamizajes, también aumenta la necesidad de recursos humanos y también aumenta la necesidad de equipamiento.

Como les muestro ahí, hemos llegado a coberturar hasta incluso más de la meta que son la estratégica del programa y también la del Comité Intergubernamental. Pero año tras año hemos ido incrementando. En el año 2023 comenzamos con 0.2%, en el año 2024 en un 35%, y actualmente estamos cumpliendo, vamos a llegar a cumplir más del 60% a nivel de la región Lambayeque.

También estamos brindando el tratamiento oportuno, porque ¿de qué nos sirve o qué nos debemos nosotros a nivel de la región? Que no solamente nos dediquemos al tema de tamizaje, sino en el tratamiento oportuno. A nivel de la región, 132 mujeres han sido diagnosticadas de cáncer de mama y 126 están cumpliendo con el tratamiento en uno de nuestros hospitales a nivel de la región, que es el Hospital Regional de Lambayeque. El resto de la población que ha sido diagnosticada ha sido referida a establecimientos de mayor complejidad en la ciudad de Lima.

Nosotros también tenemos en cuenta el segundo tipo de cáncer que le hemos dado prioridad, que son el tema del cáncer de cuello uterino a través de la prueba molecular de papiloma virus, logrando en sí más del 70% de tamizajes a nivel de la región Lambayeque. Por lo tanto, nosotros nos concentramos en que tenemos estos tipos de pruebas a nivel de las tres provincias de la región, Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe.

Pero también mientras mayor sean los tamizajes, más sean los resultados. Hemos tenido también muestras procesadas, más de 29.000 muestras procesadas, resultados positivos 4.272, resultados negativos 25.000. Teniendo en cuenta un 85% son con resultados negativos y tenemos en cuenta que el 14.5% tenemos que brindarle seguimiento a la continuidad del tratamiento.

También nos hemos centrado en la digitalización, ¿qué significa? Que como región Lambayeque hemos establecido un aplicativo QR que está dentro de la alerta JLO, que se ha trabajado con los gobiernos locales para poder generar una cita preventiva de cáncer, **(9)** ya sea en los diferentes tipos de cáncer, priorizando el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino.

También, a nivel de gobierno regional, hemos articulado el tema de oncopediatria digital. Este es un aplicativo que nos va a dar una interconsulta con oncopediatria para poder generar o establecer algún tipo de tratamiento oportuno, o referencia o indicaciones que nos genere la oncopediatria o el oncopediatria para poder darle solución a estos temas.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Nosotros presentamos este documento en el mes de mayo, solicitando una demanda adicional de presupuesto para el año 2026 para la prevención y control del cáncer. Nos hemos centrado en los recursos humanos, darles continuidad a los recursos humanos, también generar recursos humanos nuevos porque también es la necesidad. Mientras más se realicen tamizajes mayores, tenemos la necesidad del recurso humano y de nuevos especialistas y equipamiento.

Esta necesidad que nosotros podemos mostrar aquí, en cuanto a la continuidad del recurso humano, se centra en la necesidad de tres millones quinientos cincuenta y tres mil ochocientos. Estas necesidades como región involucran la continuidad de las brigadas de cuidado paliativo, las brigadas de tamizaje, la continuidad del personal CAS. Recordemos que ellos son los que realizan en sí las actividades, no solamente en las tres provincias de la región Lambayeque, sino también dentro de estas provincias se encuentran los hospitales.

Esta es la necesidad de todos los hospitales y de los establecimientos de salud de la región Lambayeque, la continuidad de los recursos que ya vienen trabajando. También hemos generado los recursos nuevos para poder intervenir en estos dos tipos de cáncer, ¿no? Y si nosotros generamos estos nuevos tamizajes, se generan nuevas actividades para poder nosotros identificar. Recordemos que, por ejemplo, en el cáncer de mama no solamente se toma en cuenta el radiólogo, el tecnólogo, sino que también ellos tienen derecho a tener esos días por exposición, los cuales nos generan contratar más recursos para que la población sea atendida oportunamente.

Estos recursos nuevos nos generan una demanda adicional de dos millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos setenta y, por ende, también la necesidad de recursos. Equipos nuevos, ¿no? Equipos que también se tomen en cuenta para el tema del mantenimiento o equipos nuevos dentro de toda la región. No hemos establecido un monto dentro de los equipos, pero sí hemos establecido todas las características y los ítems necesarios, la cantidad de equipamiento también que se necesita a nivel de la región, como tomógrafos, microscopios, ¿no? Conolid\*, microscopio binocular.

Toda esta información se ha consolidado con el arduo trabajo que vienen realizando los tres hospitales: el Hospital Regional de Lambayeque, el Hospital Las Mercedes, el Hospital Belén y las tres redes de salud que están dentro de la provincia de Ferreñafe, Lambayeque y Chiclayo, en la región Lambayeque.

Esa es la información que nosotros hemos trabajado el día de hoy para establecer una demanda adicional para el año 2026. Como les dije, nos hemos centrado en la sostenibilidad del recurso que ya viene trabajando, en la continuidad de las atenciones y también

## DOCUMENTO DE TRABAJO

en generar recurso nuevo debido a la necesidad que se esté presentando constantemente en los hospitales, como el tema de los especialistas, además del equipamiento.

Sí, esa sería la información que nosotros tendríamos que presentar el día de hoy; hemos presentado para el año 2026.

Gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, Cinthia. Nosotros sabemos, lo estamos escuchando y durante todo el año lo hemos escuchado, lo mismo: la falta de recursos humanos. Nosotros estamos ahorita tomando ya en cuenta lo de la demanda adicional. Le pediría que, de no salir en ese presupuesto, empecemos a hacer las visitas al Ministerio de Salud, en compañía de los congresistas de esta comisión y también de los representantes que están acá, porque todos tenemos que trabajar. No podemos dejar que, llegado al final de año, recién tome cartas en el asunto. Empecemos a trabajar desde el inicio para tener buenos resultados durante todo el año.

Yo sé, usted lo ha dicho, que ya desde mayo le están haciendo, pero que hasta ahora no tiene respuesta. Entonces, vamos a esperar este diciembre; caso contrario, empezamos a trabajar de manera conjunta a partir del año 2026, desde los primeros meses.

Muchísimas gracias.

Y ahorita vamos a pasar al segundo punto de la día Orden del Día, en el tema de evaluación de tecnologías sanitarias **(10)** a multicriterio de medicamentos oncológicos de alto costo, que acá hay personas justamente que les hemos conocido durante todos estos años, muy interesados para ellos, para la toma de decisiones, para lo cual contamos en la sala con varios funcionarios invitados, de los que iremos cediendo la palabra a cada uno.

En primer lugar, tenemos la presentación del doctor David Victoriano Jumba Armas, de la Subdirección de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias y Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional de Salud, quien expondrá la Directiva Sanitaria, N° 002-INS/CETS-2025, versión 1: "Metodología para la evaluación de criterios (sic) [multicriterio] para generar recomendaciones de uso de tecnologías sanitarias oncológicas de alto costo". La misma que es objetivo de análisis en el primer punto del orden del Día.

Muy buenos días al doctor Venegas Ojeda, y desde aquí le agradecemos también al doctor Jumba Armas, que ha venido de manera conjunta a exponernos este interesante punto. Esperamos, después del término de cada una de sus intervenciones, poder hacer las preguntas necesarias.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Y también damos la bienvenida al colega, al doctor Picón Quedo, quien se está también integrando a la comisión. Doctor, muy buenos días, y esperamos su participación al final de las exposiciones.

Bienvenido, doctor Luis Alexander Orrego Ferreyros. Doctor, muy buenos días, sea usted bienvenido.

Escuchamos su exposición.

**EL REPRESENTANTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (INEN), señor Luis Alexander Orrego Ferreyros.**— Yo vengo de parte del INEN; el que va a exponer, entiendo, es el INS.

**La señora PRESIDENTA.**— No, es que está en Orden del Día.

Ya, entonces vamos a..., disculpe, doctor, pero bueno, ya estamos aquí. Errar es humano.

Al doctor Jumpa Armas, bienvenido y su exposición.

**EL SUBDIRECTOR DE LA SUBDIRECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), señor David Victorino Jumpa Armas.**— Muy buenos días, señora congresista.

En primer término, trasladar el saludo del doctor Diego Venegas, quien es nuestro presidente ejecutivo. Nos ha pedido que estemos aquí por representación del INS para hacer una presentación sobre la directiva sanitaria para generar recomendaciones de uso de tecnologías oncológicas de alto costo.

Creo que las presentaciones anteriores han sido patentes de que cada decisión de asignar recursos en el sistema de salud es muy importante. Vemos cómo el niño de Breña necesita 10 millones de soles para asignar y crecer su servicio oncológico.

Los compañeros de muni\*, de VPH, 20 millones para la vacunación. Regional Lambayeque, 2 millones de demanda adicional también para sus servicios.

Esto es patente, puesto que el proceso, por lo tanto, de tomar estas decisiones debe ser muy riguroso. El campo que nos aboca a nosotros y el encargo que tiene el INS es generar este ecosistema de cómo los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud van a dirigirse a tomar una decisión muy importante, que es cómo asignamos de la mejor forma los recursos dirigidos a las tecnologías sanitarias, que son los medicamentos en su mayoría, de alto costo para los pacientes con enfermedades oncológicas.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Este encargo ha sido asignado al INS desde el año 2022. En el marco, de hecho, de la Ley Nacional del Cáncer, su reglamento, quería ponerlo en perspectiva para darnos una idea de la línea de tiempo.

La primera evaluación de tecnología sanitaria que se hace en el país, en el marco oncológico, es más o menos, señora congresista, en marzo del 2023. Es decir, recién estamos cumpliendo un poco más de dos años; hay ya casi 100 evaluaciones de tecnologías sanitarias que se han hecho en ese marco, 49 nuevas tecnologías que, en el marco de la construcción del proceso de evaluación de tecnologías sanitarias, el país ha podido generar recomendaciones.

Me quiero dirigir específicamente a este campo, que es la evaluación de tecnologías sanitarias, que creo que es un interés común de todos los actores de este ecosistema tan importante, donde tenemos definitivo al centro, a los pacientes, a los **(11)** médicos, oncólogos y las instituciones que hacen y entregan los servicios de salud a los tomadores de decisiones, a las sociedades medicocientíficas, a los representantes de la industria farmacéutica, a la autoridad nacional de salud.

Solo en el contexto de esta Ley Nacional del Cáncer se puede entender la construcción de este ecosistema de ETS.

Necesitamos construirlo porque es la mejor forma de dar predictibilidad a un proceso en el cual la incorporación de tecnologías sanitarias de alto costo en el país, y ya lo vemos un poco más atrás, congresista, ha sido muy lento.

Hemos tenido claramente un retraso tecnológico en cómo los medicamentos más innovadores han entrado al Sistema Nacional de Salud. Creemos que la apuesta por construir un ecosistema DTS es muy muy reciente; digamos, si fuera un niño pequeño, este niño pequeño no tendría todavía tres años, es decir, que hay que cuidarlo, todos tenemos que estar de acuerdo en cuál es el mejor elemento que hay que darle para su educación, y hay que verlo así porque esto queremos que se quede para el país, porque está demostrando ser una forma clara de dar acceso a los pacientes.

Entonces, yo quería relatar rápidamente.

Siguiente, por favor.

Cómo después de una visita que de hecho el INS hizo a esta sesión de la comisión allá por febrero, señora congresista, recibimos un conjunto de recomendaciones respecto a la norma que se encontraba vigente en aquel tiempo. Y se desplegaron un conjunto de reuniones, como se ve en la diapositiva, congresista, desde febrero, que estuvo aquí el INS; de hecho, en una gestión previa a la del doctor Diego Venegas, en un proceso de seis meses, se

## DOCUMENTO DE TRABAJO

han tenido reuniones con diversos actores externos, se conformó un equipo técnico al interior de Renetsa.

Se sistematizaron porque nos importó saber qué decía cada actor; lo vamos a mostrar ahí en la diapositiva, qué nos decía respecto a cómo debería ser este proceso de tomar la decisión de una recomendación de uso de un medicamento de alto costo. Se han hecho mesas con actores temáticos, finalmente una reunión con la Autoridad Nacional de Salud.

Tuvimos un proceso de aprobación con Renetsa, que de hecho el INS es uno de los miembros de Renetsa, junto con IETSI de Essalud, junto con la Autoridad Nacional de Medicamentos (Digemid) y, finalmente, el documento se prepublicó, se recibieron comentarios y observaciones y, finalmente, la norma quedó aprobada.

Siguiente, por favor.

Aquí lo voy a pasar bastante rápido, solamente para las ideas propias. Tuvimos seis reuniones con estos actores, como Alafarpe, Semáforo Oncológico, las sociedades médico-científicas, también asociaciones de la sociedad civil como Esperantra, la Fundación Peruana del Cáncer, Voces Ciudadanas.

Siguiente, por favor.

También, aquí, congresista, aquí hemos visto cada documento que nos llegó; cada documento que nos llegó lo analizamos para saber exactamente qué punto de la directiva, de la norma, se quería hacer énfasis. Como vemos, la mayor parte iban por la participación, los especialistas oncólogos, la participación de los pacientes, el tema del comparador de la tecnología con la cual se va a hacer la evaluación, el tema de los desenlaces, la transparencia; en fin, detallamos exactamente qué es lo que los actores del ecosistema venían comunicando a través de sus documentos.

Siguiente.

Es así que tuvimos dos mesas temáticas; organizamos las mesas en el tema de la elaboración, le llamamos la mesa de método y una mesa con actores, una mesa de participación. Tuvimos cuatro sesiones solo en la mesa de método, tres en la mesa de actores; ahí usted ve todos los representantes de distintas asociaciones que participaron en este proceso.

Siguiente, por favor.

De las quince propuestas que hemos recogido en las relatorías, en las reuniones, doce de ellas han sido recogidas en la directiva. El tema, por ejemplo, de la búsqueda preliminar de

## DOCUMENTO DE TRABAJO

información para el ajuste a la pregunta PICO, los comparadores que nos están permitiendo hoy ya tener las primeras ETS con comparadores inclusive por fuera del PNUME, la selección del comparador, la validación de la pregunta PICO, que hoy implica hasta tres tipos de especialistas del Ministerio de Salud, de un subsistema diferente de las sociedades médico-científicas que hoy también nos acompañan, hoy forman parte de este proceso clave de la evaluación de la pregunta PICO en la realización del diálogo liberativo; en fin, ahí hay temas que se han recogido en la directiva.

Siguiente.

Se tuvo una confirmación con la Autoridad Nacional de Salud respecto al contenido con sus órganos de línea, es decir, con los equipos técnicos del ministerio, y también con la alta dirección de aquel momento.

Siguiente.

Y a la interna, señora congresista, tuvimos reuniones con Digemid respecto al IETSI, respecto al contenido de la directiva; ahí es un debate, con ustedes **(12)** conocerán la amplia experiencia que tiene IETSI en diez años haciendo evaluaciones de tecnologías sanitarias y también de la Autoridad Nacional de Medicamentos.

Siguiente.

Se tuvo un espacio de prepublicación.

Siguiente, por favor.

Finalmente, hemos tenido una aprobación que es la directiva que nos trae a compartir en esta reunión del día de hoy.

Siguiente.

Hemos tenido también actividades de difusión de esta directiva; de hecho...

Siguiente, por favor.

La hemos hecho con la Defensoría del Pueblo a través de las oficinas defensoriales y tenemos una agendada para este día 25 de noviembre a todos los actores del Sistema Nacional de Salud.

Siguiente.

Quería referirme muy rápidamente a los puntos más fuertes de cambio que trae esta directiva.

Siguiente, por favor.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Ese es el proceso general que todos ustedes conocen.

Siguiente.

Hoy tenemos una valoración similar a la de agencias de referencia internacional, separando la evaluación del valor terapéutico, del valor económico y del valor social.

Este proceso de evaluación de tecnología sanitaria va a tener estos tres pilares que van a ser consecutivos y donde la evidencia va a jugar un punto clave de dirimir el flujo del proceso.

Siguiente, por favor.

La generación de la solicitud, ¿quién las puede generar? Hoy, señora congresista, la Autoridad Nacional de Salud, en su rol de conducción del sistema, puede y de hecho está ordenando una priorización de cuáles son las tecnologías; como son tantas, señora congresista, la Detecan\* se va a encargar de hacer un listado priorizado de qué tecnologías son las que pudieran aportar mayor valor al Sistema Nacional de Salud y esas de dirigirnos a evaluar.

Esto es un cambio, puesto que hemos tenido pasado un modelo en el cual las cifras nos piden de los casos que aparecen de los pacientes, pero que probablemente puedan estar representando formas clínicas un poco más avanzadas de cánceres que distintivamente necesitan una atención, pero que en la perspectiva de salud pública pudiera abordar de una forma más amplia las tecnologías que puedan beneficiar a los pacientes. Y aún se mantienen las solicitudes a través de los comités farmacoterapéuticos de cada IPRESS.

Siguiente.

Se revisa la solicitud; tiene que ser de alto costo. Esto se asigna a la Renetsa, alguna de sus tres agencias.

Siguiente.

Vamos a hablar del proceso.

Siguiente.

El proceso tiene, como les decía, una evaluación de valor terapéutico si es de las propiedades que tienen valor diferencial de la tecnología a lo que ya estamos dando.

Generalmente, esto en la primera versión de la norma que hemos tenido, teníamos comparadores que eran el mejor estándar de cuidado, o ya vamos a poder valorar ese valor diferencial porque comparamos la tecnología que se está proponiendo como

## DOCUMENTO DE TRABAJO

intervención respecto a la que pudiera incluso ya estar en otro país.

Es decir, vamos a captar ese valor diferencial de la tecnología respecto a no solamente lo que se encuentra en nuestro PNUME y nuestras listas complementarias, sino al mejor estándar terapéutico.

Eso es un aspecto importante porque va a hacer que rápidamente los medicamentos que demuestren un valor terapéutico puedan estar incorporados a través de la ETS y no digamos esperar esta escalera que primero está en el PNUME, luego en la lista o en la lista complementaria, y recién poder ser admisible, que está en la ETS; es de hecho un cambio mayor.

Luego la evaluación del valor económico y el valor social.

Siguiente, por favor.

Aquí participan un especialista de la IPRESS solicitante, un especialista de una sociedad médico-científica y un especialista clínico de otro subsector. Ahora vamos a tener tres en la mesa respecto a definir, ya que coincidiremos todos en el elemento más importante de una ETS, que es la pregunta PICO.

Siguiente.

¿En qué consiste la siguiente etapa de la valoración del valor terapéutico, que es aquí ya donde el equipo técnico del INS, el equipo de profesionales de epidemiología clínica hace su labor a través de la revisión sistemática de la evidencia? Se evalúa la certeza y estos criterios se determinan; inclusive se da un plazo de socialización.

Este es un punto importante porque se muestran las propiedades más objetivas que tiene el medicamento a través de los estudios. El perfil que se requiere en este espacio es un perfil de profesionales de la salud, de epidemiólogos clínicos que tienen amplio *expertise* en el uso y la interpretación de esta evidencia en sus parámetros estadísticos. Y si se han introducido sesgos o no en la realización de los estudios, los ensayos clínicos, o inclusive estudios comparativos o resolucionales.

Siguiente, por favor.

Vamos a ir terminando, vamos a pasar a la última.

El valor económico,

Siguiente, por favor.

En el valor social, **(13)** vamos a una más, por favor. Estamos incorporando la posibilidad de tener un tipo de recomendación

## DOCUMENTO DE TRABAJO

particular que abriría el paso a los mecanismos diferenciados de adquisición, que es la recomendación de uso a favor condicional. Esto requirió un extenso diálogo con el Ministerio de Salud, a fin de armonizar los elementos que estaban en el reglamento de la Ley del Cáncer y la ETS. En la primera versión del manual, señora congresista, esto no existía. Es el link entre la evaluación de tecnología sanitaria y el mecanismo diferenciado de adquisición. No estaba explícito; hoy lo está de manera explícita, en la posibilidad de que el panel que delibera, que está conformado por representantes de los pacientes, de las sociedades médico-científicas, de las cifras de [...] de Salud, puedan tener la posibilidad de emitir recomendaciones de uso a favor condicional, que la enlazarían con los mecanismos diferenciados de adquisición.

Siguiente.

Bueno, y esta es ya la parte final, donde estamos publicando las ETS, y eso es lo que quería comentarles el día de hoy.

Muchas gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, doctor.

Queríamos también escuchar la opinión del doctor Palacios, pero antes de ello, nosotros hemos estado escuchando en las noticias de que hay muchos medicamentos importados que han entrado, que no ha habido un registro adecuado y, en la comprobación de la calidad de los medicamentos, resulta que era pésimo. No estaban dentro de las normas sanitarias. Entonces, queremos una opinión de usted, doctor Palacios, a ver si usted quiere opinar algo al respecto.

Tiene usted la palabra.

**El DOCTOR Palacios.**— Sí, señora presidenta de la comisión, muchas gracias, y por su intermedio, con respecto a lo que hace mención, de parte de la Comisión de Cáncer se va a hacer el inicio de la solicitud de investigación al respecto, porque hemos tenido conocimiento; ya tenemos información de medicamentos oncológicos que, haciendo restricciones de registro sanitario, ya tenían un informe técnico que no se le daba a la BPM y, sin embargo, ha seguido comercializando medicamentos oncológicos en desmedro de la población con cáncer. Y esto es algo que atenta a la vida de los pacientes, y esto es algo que se va a llevar a cabo para un proceso de un informe técnico y una investigación respectiva, señora presidenta.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, doctor.

Justamente ese tipo de mesas para trabajar así en la comisión es importante, porque nosotros —y ahí vuelvo a repetir— nosotros,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

como Poder Legislativo, somos los que llevamos la voz del pueblo, y esto va a entrar a una investigación muy minuciosa para ver por qué se da un registro sanitario a un producto que no tiene las condiciones que lo deben de ameritar.

Entonces, justamente usted nos habla de una directiva sanitaria que se ha conformado durante el año, pero los resultados no se ven de acuerdo a lo que se está informando.

Entonces, yo creo que esta reunión, esta mesa de trabajo, la vamos a volver a reunir después de tener una información detallada en la investigación que se va a hacer; probablemente para enero o febrero estamos ya nuevamente reuniendo para dar resultados, y vamos a tener que esperar las sanciones que se deben de dar. Tendrían que ser de forma adecuada, porque si no se van a seguir dando estos casos y no va a haber quien se pronuncie a ello.

Muchísimas gracias, doctor Palacios. ¿Algo que quería referir?

**El DOCTOR Palacios.**— Sí, Señora presidenta, por su intermedio. Como bien hizo mención el representante de INS, con el doctor Jumpa, a inicios de años, desde la Comisión de Cáncer solicitamos una suspensión del documento que inicialmente presentaron, porque estaba muy mal elaborado, sinceramente. Lamentablemente, hay puntos —yo diría que más del 50%— de lo que se ha desarrollado, persiste, y eso no creo que sea el objetivo de un sistema de salud equitativo.

Se ha hablado de recursos presupuestales. **(14)** Se ha devuelto ochenta millones de soles en equipamiento biomédico de cáncer. Se ha usado cincuenta millones de soles de presupuesto de Cenares de cáncer para pagar gastos administrativos. No podemos decir que no tenemos recursos presupuestales. Sí tenemos, solamente que no hay capacidad de gestión de estos recursos con una mirada equitativa.

Por más de 20 años hemos estado esperando que los medicamentos oncológicos de innovación tengan acceso a este país, sobre todo para la población más pobre. Solamente era beneficio de los pacientes que tenían un seguro privado, pero los que estaban en el sector público no podían tener acceso. Y eso es inequidad. Y si estamos acá reunidos todos los actores, es para poder cerrar esa brecha de inequidad en un país tan complejo.

Entonces, desde la Comisión de Cáncer se han emitido informes, los cuales he visto que se han incorporado dentro de este documento normativo, pero hay muchos puntos claves y dentro de estos yo he identificado cinco que son muy particulares. Yo creo que deberían ser las recomendaciones que vamos a alcanzar al señor ministro de Salud para que se considere la modificación de este documento normativo.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

El primero es retirar de una sola vez el concepto balance impacto terapéutico y perfil de seguridad. Eso no puede estar ahí. Ese es un concepto creado que no está en el reglamento de la Ley de Cáncer, que se han inventado para poder decir este medicamento no entra. Número uno.

Número dos. Los metodólogos solo deben acompañar el proceso, no son los que toman decisiones. No se olviden que crear este tipo de información es para que otro tome la decisión. No son ustedes. Los metodólogos participan en la construcción con los especialistas, con la sociedad civil, de cuáles son las características de esta tecnología para que sea incorporada.

Tercer punto. La pregunta pico. Persiste el hecho de no incorporar los desenlaces intermedios pese a que está escrito en el reglamento de la Ley de Cáncer. Es claro, dice resultados intermedios. Y somos uno de los pocos países en Latinoamérica y en el mundo que no lo quiere incorporar. ¿Los motivos? No entendemos.

Cuarto punto. Los participantes en el diálogo deliberativo es para crear evidencia científica, para que otro tome la decisión. No entendemos qué hacen las IAFAS involucradas ahí. No tiene por qué estar ninguna sola IAFAS. E inclusive, Digemid, no tiene que estar en el diálogo deliberativo. ¿Por qué? Porque Digemid le da registro sanitario y, por ende, está diciendo este producto es eficaz y es de calidad.

Entonces, ¿qué hace Digemid en la mesa cuando cuestiona la eficacia y seguridad del medicamento? Es un contrasentido, ¿verdad? Por ese motivo, ellos no pueden ser parte de la deliberación.

Y quinto punto. Hay que mejorar cómo se evalúan los criterios de innovación y criterios de equidad. Yo creo que esos dos criterios, señora congresista, deben cogerse como una recomendación a algunos modelos que se ven en otras partes del mundo.

Son esos cinco puntos que hemos identificado y, bueno, ya cedo la palabra a los invitados.

**La señora PRESIDENTA.**— Muy interesante, doctor Palacios.

En verdad, siempre le he dado la palabra a usted en este momento para que también sea un punto de información, ¿no? Que nosotros tenemos que estar atentos a que hay cosas que no se están dando de una manera adecuada y que tenemos que cambiar. ¿Por qué no mejora la salud? Tiene que haber un problema. ¿Quién dirige la salud? De repente, no se está informando de manera adecuada. ¿Qué pasa?

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Entonces, esto es un problema de años que siempre lo escuchamos y siempre está. Estamos en los últimos lugares en salud. Estamos en los últimos lugares de educación. Entonces, ¿qué está pasando? ¿No hay personal competente? Claro que lo hay. Si vemos que las cosas están marchando mal dentro de la institución. Tengo que levantar mi voz. Tengo que decir, esto no puede seguir así. Tenemos que cambiarlo. No puedo yo aceptar algo que sabiendo que está de manera incorrecta llevándose a cabo todos esos procesos y lo sigo aceptando. Tenemos que cambiar. Tenemos que ver ya (15) otra manera de cómo mejorar nuestra salud en el Perú.

Los servicios oncológicos, a diario en las visitas, justamente de acá, también vamos a escuchar a los representantes de diferentes organizaciones. Ellos también son los que están recopilando estos mensajes que vienen de la población y necesitamos cambiar muy de veras. Si adoptamos un cargo, tenemos nosotros... pueden decir: "Ellos son así, pero yo no lo soy. Tengo que cambiar."

Entonces, vamos a hacer una mesa de trabajo. Algún congresista que quiera participar puede levantar la mano. La mesa de trabajo vamos a hacerlo de manera continua para ver los cambios que se están dando de todo lo que estamos llevando de estos acuerdos en las comisiones.

Ahora sí voy a dar paso al uso de la palabra al doctor Luis Alexander Orrego Ferreyros, de la representación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Ahora sí, doctor. Muy buenos días, doctor.

**EL REPRESENTANTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, doctor Luis Alexander Orrego Ferreyros.**— Buenos días. Le traigo saludos del doctor Francisco Berrospi y, bueno, agradecer la invitación para poder participar en esta reunión.

Y había algunas dudas que yo tenía. Bueno, yo, además de trabajar para el INEN, también soy profesor en Cayetano y vemos estos temas. Y uno de los temas que quisiera que, de repente, el INEN se pueda explicar es respecto a los umbrales, ¿no? Para poder tomar una decisión de incorporar una tecnología dentro del sistema. Los países que desarrollan esto mucho antes que nosotros han establecido umbrales específicos para poder saber si es que realmente una tecnología es costo-efectiva o no. Entonces, eso no lo veo como que muy claro en la guía. Hay otros parámetros que se toman para poder tomar la decisión, ¿no?

En segundo lugar, yo creo que es importante diferenciar los procesos. Inglaterra, que es uno de los países que ha desarrollado esto desde hace muchos años, a través del Sistema Nacional de Salud y en delegación con el NICE, separa los procesos de evaluación —o sea, procesos de saber si es que una tecnología es efectiva o no y si es que, a un costo determinado,

## DOCUMENTO DE TRABAJO

vale la pena incorporarla al sistema, que es un proceso básicamente de evaluación metodológica, de efectividad, etcétera – de este otro proceso que ellos le llaman el *assessment*, que es la valoración, ¿no? Entonces, para ellos un proceso es el... perdón, es al revés: el *assessment* es la evaluación y el *appraisal* es la valoración. Y ahí coincido en parte con lo que comentaba el doctor Palacios, que esos procesos tienen que estar diferenciados y que no pueden mezclarse, ¿no?

Entonces, no sé si para empezar podría aclarar estos dos puntos desde el INS.

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

Ahí va a terminar su exposición. Tenga usted, doctora, muy bienvenida, muy buenos días. Muchísimas gracias. En verdad, doctora Karina, doctora, sé que su participación es importante. A veces disculpa algunas fallas en el manejo, pero quiero que sepa que el que solamente ustedes estén acá demuestra su interés.

Entonces, doctora, tiene usted la palabra.

**La REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD PERUANA DE ONCOLOGÍA MÉDICA, doctora Karina Mayra Aliaga Llerena .**— Muchas gracias.

Soy la doctora Karina Aliaga, soy médico oncóloga clínica del INEN. También estoy presidiendo el grupo de trabajo de la Sociedad Peruana de Oncología Médica, que es el grupo de trabajo de evaluación de tecnologías sanitarias. Y, de antemano, brindo el saludo del doctor Jorge León Chong, que es el presidente de la Sociedad Peruana de Oncología Médica.

Quería tomar tres puntos que bien han sido mencionados por el doctor Palacios. A mí sí me preocupa mucho la definición de los criterios de innovación y equidad. Por haberlo hecho –o intentado hacerlo– operativo, como que darle una respuesta de si es o no es innovación o si es o no es equidad, ese hecho está haciendo que la definición **(16)** no se cumpla en su totalidad.

Y vamos a poner el ejemplo de la innovación.

La innovación, al cumplir esas preguntas que incorpora el manual, de alguna manera está decantando de que todo lo que sea de presentación oral o subcutánea es mejor que cualquier presentación en lo venoso

Y la innovación no es eso. La innovación no se puede traducir en esta regla de juego, porque la innovación es mucho más, es una dimensión amplia.

Esta operativización solamente tomó un campo de toda una dimensión que es la innovación, que por último es algo que me

## DOCUMENTO DE TRABAJO

debe brindar beneficio, que me debe dar una respuesta, me debe llenar una necesidad que tenga y que ese beneficio realmente sea un estándar de práctica clínica y que no haya duda.

Y hay muy pocos ejemplos de innovación. De eso hay que también ser conscientes.

La inmunoterapia lo ha sido, pero no en todas las patologías oncológicas, solo en algunas.

Y es por eso, que sí es importante, creo, redefinir ese criterio, y eso lo vamos a ver en el momento de la práctica, al momento en que lamentablemente algunas tecnologías van a pasar por este proceso, porque entiendo que es una directiva vigente, y lo vamos a ir viendo de que si realmente esa definición lleva en sí el concepto de la innovación y el ejemplo de la equidad.

Otro punto que en que quería tomar la decisión era la participación de la sociedad civil, incluidas de las sociedades científicas, en el dominio del valor social.

Lo veo un poco práctico o un poco... O sea, ¿es una invitación a participar del proceso? Sí.

Sin embargo, no es una participación donde podamos obtener la mayor sapiencia de esta mesa.

¿Y por qué lo digo? Porque el oncólogo clínico tiene una formación en su carrera para definir cuáles son esos tratamientos que realmente van a impactar en el paciente.

Es el que toma decisiones difíciles y complejas. Y el cáncer es complejo. No es una decisión que lamentablemente numéricamente se pueda evaluar, y se tiene que tratar a los pacientes con las herramientas que uno tiene disponibles.

Entonces, decirle al oncólogo clínico que su participación va a ir hacia atrás, o sea, hacia el final, en relación solamente a decir si es innovadora o es equidad bajo estas reglas de juego un poco mal definidas, resta o no vamos a poder ver realmente el valor o la interpretación que el clínico debe dar, que sí sería en el impacto terapéutico.

Aquí sí quiero hacer énfasis que yo conozco y sé el equipo que está detrás del INS, todos muy experimentados, con formación. Y eso es algo que estamos viendo en estos manuales cada vez perfeccionándose.

Pero sí considero que no debería recaer la definición de definir impacto terapéutico en solamente el equipo metodológico.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Creo que es algo que tiene un impacto muy alto y que por lo menos las sociedades científicas y los oncólogos clínicos deberían formar parte en ese proceso de definición.

No los estoy excluyendo. Creo que su análisis de la magnitud del efecto, los umbrales, definir el riesgo de sesgo es importante, pero sí creo que debería incorporar en ese proceso al oncólogo clínico, a las sociedades científicas para definir el impacto terapéutico.

Eso es, por un lado.

Y el otro tema, es que tengo que traer a la mesa lo que nos ocurre en el INEN.

Cuando afirmamos que son 49 tecnologías nuevas que se han incorporado, esto es, en verdad, a medias.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ya ha tenido la propuesta de aprobaciones de tecnologías. Y una tercera parte de éstas ya han sido incorporadas por el INEN previamente al advenimiento de la Renetsa.

Eso significa que nosotros hemos tenido experiencias con tecnologías, muchas de ellas ya aprobadas y reafirmadas por Renetsa, y los pacientes han podido darle continuidad, pero muy pocas, y mencionaré son seis las que han tenido observaciones.

Y eso ha hecho que muchos de nuestros pacientes en el ínterin hayan tenido que parar muchas veces un tratamiento que ya habían iniciado y que ya habían tenido una respuesta favorable.

El INEN está haciendo todos los esfuerzos para darle continuidad a esos pacientes, con presupuesto propio, con estrategias quizás bajando el costo por unidad del tratamiento para poder alcanzar y brindar un tratamiento. (17)

Pero en esto se es crítico cuando ya, o mejor dicho no es que sean nuevas tecnologías. El Instituto, a través de sus comités farmacoterapéuticos en cada Ministerio de Salud, ha podido tener acceso a estos medicamentos.

Este proceso está muy bueno, porque hace que todo sea transversal y tenga un alcance nacional. Es perfecto eso.

Pero lo que sí deberíamos hacer es continuar en esa línea de lo que ya ha venido siendo aprobado, lo que ya ha venido dando resultados —eso también hay que decirlo—, darle continuidad al paciente que ya ha visto beneficios de su tratamiento.

Gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, doctora.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

En verdad, muy interesante y relevante su exposición.

Cada día a nosotros, de verdad, ustedes son los que nos refuerzan en los conocimientos.

Muchísimas gracias.

Les invito a que siempre mantengan...

Sí, doctor, le voy a pedir los cinco minutos, porque después nos están pidiendo el local.

Vamos a avanzar con el doctor Sergio Murillo Vizcarra.

Doctor, muy buenos días.

Usted viene en representación de la Sociedad Peruana de Hematología.

Muy buenos días, doctor.

Tenga usted la palabra.

**El REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD PERUANA DE HEMATOLOGÍA, doctor Sergio Murillo Vizcarra.**— Presidenta, muy buenos días. Muy buenos días con los presentes.

Tengo una doble representación ahora.

Vengo por la Sociedad Peruana de Hematología, pero también con el doctor Beltrán vengo representando a la Seguridad Social.

Quería hacer algunos hincapiés antes de empezar.

En lo que corresponde a Seguridad Social, reciba usted el saludo del doctor Acho, presidente ejecutivo de Seguridad Social.

A nosotros en la Seguridad Social siempre nos ha parecido que no debe existir la descentralización, sino el desarrollo de las regiones.

Y desde el comienzo, la Seguridad Social, tengo ya 40 años en esta especialidad, comenzó a desarrollar regiones.

¿Qué es lo que ocurre actualmente?

Actualmente, tenemos cinco centros de desarrollo de manejo de cáncer infantil de hematología pediátrica, en leucemias, en las diferentes regiones del Perú.

En cinco regiones se están desarrollando, incluido trasplante de progenitores hematopoyéticos, antes conocido como médula ósea.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

La ventaja es que, si bien es cierto el cáncer pediátrico el 40 a 45% son leucemias y linfomas en la población menor de 14 años, y predomina el linfoma en la población de mayores de 14 años.

Somos actualmente 62 hematólogos que estamos dedicados a la atención de leucemias en lo que corresponde a la Seguridad Social, pero 20 de ellos están dedicados en el Ministerio de Salud en el Hospital de San Borja.

Y quiero hacer hincapié en esto, porque yo tengo la fortuna de haber trabajado ocho años en el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja. Voy a cumplir ya 30 años en la EsSalud, porque yo he prestado a San Borja y, sin embargo, hay algo que no conocen.

Por ejemplo, cómo se hace cuando en coordinación con el INEN, en coordinación el Rebagliati, se desarrolla un hospital.

Ese hospital empezó de cero, y en el primer año ya estaba... en el segundo año ya estaba desarrollando programas de trasplante.

Y eso fue por la colaboración que se hizo con el INEN y con el Rebagliati.

Entonces, ¿qué ha ocurrido?

Que, después de tres años, se desarrollaron tecnologías de primer mundo.

Se desarrollaron trasplantes de progenitores hematopoyéticos, antes médula ósea que sólo se hacían en países de primer mundo.

Hemos sido el único país de tercer mundo que ha desarrollado terapias celulares con depresiones celulares para trasplante, con resultados que han sido del 80% de seguridad libre de progresión y de enfermedad de tres a cinco años.

Entonces, los resultados han sido fabulosos.

Si esto hubiese pasado por la tecnología y por los métodos que tenían ustedes, no hubiésemos pasado.

No hubiésemos pasado, ¿por qué? Porque no importa mucho el desarrollo.

Cuando Robinson, en el año 95, idea y comienza a trabajar con esta pregunta, su idea era brindarle la oportunidad a la persona, al ser humano, de recibir la mejor tecnología posible al menor costo.

Y siempre el menor costo está desarrollado con que hagas lo mejor. Si tú haces lo mejor, vas a tener el menor costo.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Cuando nosotros empezamos a desarrollar esta tecnología, me decían que era demasiado cara para países de tercer mundo.

¿Por qué? Porque el primer año tú pagabas una cantidad. Y el resto del año, por las complicaciones que ya no tenías, ya no pagabas.

Entonces, es una tecnología que inicialmente parecía 35 mil dólares. Por un paciente decías: "Pero qué caro es esto". Y el resto del año te gastabas 5 mil.

Con otras tecnologías gastas 20 mil el primer año, el primer mes, perdón, y te gastas 100 mil el resto del año **(18)** por las complicaciones.

La pregunta es: ¿Cómo vamos a medir si medimos en un periodo tan corto, de un mes, de dos meses, de un año, patologías que se deben medir en cinco a 10 años?

¿Cómo vamos a saber cuánto es lo que sobrevive el paciente?  
¿Cuánto es?

Hace muchos años atrás, (ininteligible) en esa época, nos dijo que no podíamos usar un medicamento A porque simplemente teníamos que usar medicamento B primero.

Pasaron cinco años y reconoció el error diciendo: "No, tenía que haber usado primero el medicamento A y después el B".

Entonces, la población que durante ese tiempo no recibió correctamente lo adecuado...

Entonces, creo que como menciona mis colegas del INEN, los estimo, trabajamos hace mucho tiempo juntos y compartimos muchas veces las mesas, tienen toda la razón en decir la participación es directa.

Cuando dejan al personal, al especialista laborar y trabajar, pues simplemente las cosas se hacen, y se hacen bien.

Si por ahí hay un error, ese error tiene que ser castigado y severamente, porque en salud no se puede juzgar.

Entonces, no puedo correr riesgo de poner monedas para ver cómo me va. No, señores. Todo está escrito.

O sea, toda la tecnología que tenemos está escrita. Y nosotros somos capaces de desarrollar tecnología de primer mundo.

Hemos sido, como les digo, el primer centro en el tercer mundo en desarrollar esta tecnología, y nos ha ido muy bien.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Por ahí cambia de uno a otro. Pero se ha ido, y los resultados están publicados en revistas internacionales.

Quería preguntarle algunas cositas, por ejemplo, porque vengo también por la Sociedad de Hematología.

Como les digo, la Seguridad Social tiene un poco... el concepto es un poco diferente de lo que tiene Minsa.

Nosotros tenemos desarrolladas regiones y tenemos centros de desarrollos diferenciados.

Más o menos tenemos de los 400 niños con leucemia que son diagnosticados, bueno, indudablemente que el INEN se lleva la gran mayoría.

Y lamentablemente, no recibe el apoyo que debería de recibir. No recibe ese apoyo.

Entonces, obligan a tratar a veces con medicamentos que no son los más ideales, los más adecuados por la gran cantidad de población que tiene.

Nosotros trabajamos más o menos con 250 niños por año de leucemia y varias nuevas por año. Y de eso casi todos los niños que requieren van a pasar a trasplantar, porque tenemos también desarrollo de programas de trasplante, como lo tenemos también en el Hospital del Niño y como también lo tiene el INEN.

Pero emplean tecnologías que necesariamente van a emplear medicación nueva.

No pueden esperar un año, dos años o tres años, que también es una mala decisión. No, no está aprobado y vamos a hacerlo.

Recientemente, me han dicho que no puedo usar un medicamento que cuesta seis mil soles, no puedo usarlo en niños menores de cuatro años. Sin embargo, al no poder usarlo, y como eso es en todas partes del mundo, yo estoy obligado a decir: "Bueno, si yo no lo puedo trasplantar y no puedo usar este medicamento, tengo que mandarle al extranjero".

¿Sabe cuánto nos cuesta un trasplante en el extranjero? Un millón trescientos mil soles.

Entonces, ¿cómo evaluamos ese impacto?

Y todavía lo peor de todo es que a la hora de hacer el comparador, el comparador no existe.

Durante 15 o 20 años se usa este medicamento para terapia en niños menores de cuatro años.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

No existe un comparador, porque nadie en el mundo, es tan loco de comparar algo contra algo que está bien demostrado.

Como no había comparador, no hay evidencia para que se pueda demostrar que este medicamento es efectivo.

O sea, perdón...

Nuevamente, estoy de acuerdo con el doctor Palacios. Hay un gran problema acá.

A mis amigos hematólogos los estimo bastante, siempre discutimos lo mismo.

Ellos tienen que acompañarnos. Cuando uno como médico especialista emite una opinión sobre el tema de saber este medicamento se está usando y está dando esos resultados a cinco años, diez años, no me vas a comprar a cinco y diez años, está dando mejor sobrevida, está haciendo mejor tratamiento.

Entonces, oye, ayúdame a demostrar que esto es cierto.

No me vengas a decir no. No me vengas a demostrar que esto no es cierto. Ayúdame a demostrar que esto es cierto. Corrobora lo que estamos viendo acá.

Esta es la función del hematólogo. Esa es la función.

Una de las cosas que se nota, y hemos tenido un gran problema, es que cuando vamos a hacer la toma de decisión, se nos invita a la toma de decisión, y se nos avisa con poco tiempo antes, pero no se informa de toda la literatura que se tiene.

Nos hemos dado el trabajo de revisar, aunque sea... Bueno, somos varios, y nos hemos repartido las revistas.

¿Qué dice la revista? No aplica, no aplica, no aplica, no aplica.

Muchas de las revistas no aplican, porque se escogió mal el comparador, porque no había comparador, había ausencia de comparador. Entonces, no había cómo comparar.

Mi pregunta es: Si voy a compararme con algo que está afuera, tengo el medicamento A, que está demostrado hace diez años, un inhibidor de FLT3, que funciona perfectamente en leucemia mieloide aguda, FLT3 positivo, y acá no lo tengo.

No miento. No lo tenemos. Hace diez años que está funcionando y no lo tenemos. Okey. **(19)** Pero está afuera, se habla del medicamento A. Okey, bestial. Voy a comprar, ahora yo tengo el medicamento C, que es la tercera generación. Lo voy a comparar A contra C, y me sale: "[...?] es mejor". Okey. ¿Me van a dar el medicamento? "No, no me lo van a dar.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Es lo que dijimos. Es lo que tú deseas como buen amigo, y como buen médico es lo que tú deseas." Eso tiene que estar en el papel.

Si yo te hago A, C, okey, bestial. Te damos el A. No, eso lo conversamos. Entonces si está, fabuloso, porque eso nos va a permitir entonces comenzar a trabajar con medicamentos que no los tenemos acá, porque por uno u otro motivo no se pudo tener.

Y si lo han puesto, te agradezco que lo hayas puesto, porque la última versión que nos dieron no estaba. Pero, bueno, si lo han puesto fabuloso. Nos va a ahorrar un montón de trabajo.

Para terminar, yo creo que todos estamos reunidos, en realidad, para poder buscar y darle lo mejor al paciente, al real costo posible. Pero realmente, también le digo a los laboratorios: "si yo te voy a comprar uno, es muy diferente a si te voy a comprar mil. Entonces viene la etapa de negociación ¿no?

Doctora, señora presidente, le agradezco mucho. Les agradezco mucho a todos ustedes por haberme aguantado estar escuchando mucho rato. Y nuevamente, [...?]

Gracias, doctora.

**La señora PRESIDENTA.**— Doctor Sergio Antonio, muchísimas gracias,

la experiencia que tiene a través de los años es importante, y la mejor forma que usted lo está haciendo es enseñando algunas cosas que nos falta aprender, que es importante, ¿entiende? Pero lo más importante de esto es que está enseñando a llevar bien las cosas, porque nosotros tenemos que empezar desde ese punto.

Marcho por el camino correcto y no tengo problemas, pero eso se hace en la práctica hasta llegar con buena forma, por eso es que nos mantenemos 40 años en el trabajo.

Muchísimas gracias, doctor.

En verdad es importantísimo todo esto, y siempre es digno de alabar.

Bien, continuamos con la señora Rosina Hinojosa, en representación de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos en Latinoamérica (ALAFAL), para que nos compartan sobre su perspectiva de los proveedores en los procesos de formulación de la directiva sanitaria, objeto de esta sesión, que es lo que estamos haciendo, y las observaciones que se puedan limitar en su implementación.

Señora Rosina, muy buenos días, tenga usted.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Bienvenida a esta comisión.

**La REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS EN LATINOAMERICA (ALAFAL).**— Gracias, señora presidenta.

Buenos días.

Señores congresistas, buenos días a todos.

Señores miembros de la mesa y acompañantes, traigo el saludo de la señora Lucero Vergara, presidenta de nuestra asociación, así como de todos los agremiados a nuestra institución.

Algunas cosas interesantes que se han dicho, sé que tengo el tiempo muy corto, quiero apuntar algunas cosas que ha dicho el doctor Palacios. Soy economista de la salud, entonces muchas de las cosas que hemos conversado, las hemos conversado antes con el INS y con otras instituciones.

Sobre el tema presupuestal, yo creo que ahí es un tema rápidamente que se puede tomar acción de parte del Congreso ¿no? Es garantizar la intangibilidad del presupuesto oncológico. Eso sería sumamente relevante para que no tengamos estos problemas, de que después se tenga que gastar en otras cosas.

Gastos van a haber, en el sector siempre van a haber muchas necesidades, pero poder garantizar que tenemos lo suficiente para oncología. Lo otro es asignar un fondo para innovación oncológica.

Estoy de acuerdo con lo que decía la doctora Aliaga, con que en ese momento en la innovación se está considerando una vía de administración diferente. Pero ¿qué pasa? No estoy hablando de darle una tableta versus darle un vial, o si la endovenosa es mejor que el otro, sino realmente qué pasa con esa innovación, con esos productos nuevos que de repente no tienen tanta evidencia, como decía el doctor Murillo, pero que realmente salvan vidas, como ya lo mencionó con creces el doctor.

Otro punto que quería mencionar, también lo mencionó el doctor Palacios, el doctor Murillo, y en general toda la mesa, tiene que ver con los metodólogos. Yo soy economista de profesión, hago economía de la salud hace 25 años. Nunca se me ocurriría hacer ni siquiera un artículo sin tener como acompañante principal al médico especialista, porque son dos miradas diferentes. Una mirada es la del especialista, que me puede decir qué usar, cómo usar, cuándo usarlo y en qué cantidades, y otra diferente es la mía, **(20)** que como metodóloga, como economista puedo ponerle, articularlo para que eso pueda convertirse en números, que sean formas válidas para tomar decisiones.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

En este momento el tema de los metodólogos, el perfil que se busca para el metodólogo es un economista, un economista de la salud. De repente otro profesional con una formación similar, pero que no necesariamente tiene un conocimiento médico científico.

Por esa razón, la participación de los especialistas es sumamente importante en esta primera etapa del proceso, que es la etapa cuando se realiza el valor terapéutico.

Y otro tema más, no de menor importancia, que lo comentó la doctora Aliaga, es, en el momento de la decisión, ya el final del proceso, la mesa está formada por once personas, de las cuales por lo menos cuatro corresponden a IAFAS, dos corresponden entre Digemid, EsSalud y otros órganos, Y, por lo tanto, dejamos a las sociedades científicas un voto, asociación de pacientes un voto, médicos un voto.

En una mesa de once, cuando el 70% es voto aprobatorio, con tres votos, que van a estar siempre a favor del paciente, no logramos mucho. Entonces, el objetivo de esta norma es central al paciente, uno. Dos, han hecho muchísimos avances metodológicos y realmente aplaudo el trabajo que ha hecho el INS y sus especialistas en este tema. Pero si al final de todo ese trabajo, en la mesa final hay once personas, de las cuales sólo tres van a votar a favor, terminamos haciendo lo que no queríamos, aprobar solamente por costo, porque la visión de la IAFA va a ser solamente donde ahorro dinero. Entonces eso es algo que tenemos que corregir.

Una siguiente cosa que es importante comentar es, y ya regreso a los temas que tenía desde el principio, el primer punto de corte es la parte de la evaluación terapéutica. Voy a tomar los ejemplos que ha dado el doctor murillo, terapias que son nuevas, que salvan vidas y que no necesariamente tienen el tiempo en el mercado por haber generado información necesaria y suficiente como para estar en todos lados.

Entonces, esa información sale en el mejor de los casos en un área, que es un área gris ¿no?, como que no es ni positivo ni negativo. Entonces ahí hay mucha duda de lo que deberíamos hacer. Entonces allí deberíamos de repente levantar esta parte, que lo tienen al final, que es la parte social, y levantar la necesidad, el tema de la necesidad no cubierta y el tema de la equidad como puntos relevantes a considerar, porque si vamos a considerar solamente la seguridad y eficacia, muchas veces no vamos a tener la información suficiente.

Se ha hecho la flexibilización en la norma relacionada a enfermedades raras o huérfanas, que sabemos que jamás van a tener un metaanálisis y, tal vez, no van a tener una fase tres por el tipo de patologías que se ven. Entonces, sobre todo algunos

## DOCUMENTO DE TRABAJO

subgrupos. Algunos tipos de cáncer especiales que no necesariamente tienen la información necesaria y suficiente. Entonces, ese podría ser otro tema.

Otro tema, la norma habla puntualmente del conflicto de intereses. Estoy totalmente de acuerdo con que tenemos que hablar del conflicto de intereses. Pero estamos hablando de personas íntegras, probas, que deban ser parte del proceso. Por lo tanto, si eso es así, no debería ser relevante si han sido muchos de aquí de la mesa han trabajado en el Estado, han trabajado en el sector privado, han sido conferencistas. Han recibido probablemente alguna beca para tener algún estudio en el extranjero. Pero eso lejos de incapacitarlos, los capacita para tener mejor información para tomar decisiones.

Entonces, yo creo que revisar esta parte del conflicto de intereses de manera tal que sea transparente, que sea ético, pero que no me limite a que las personas que tienen la mejor opinión o los que tienen más experiencia puedan trabajar y puedan ser excluidos solamente porque en algún momento de su vida o en los últimos cuatro o cinco años recibieron una beca o algo así. Entonces que lo revisen con mayor diligencia.

La otra cosa es, lo hablaron también, el doctor lo mencionó, el tema de los umbrales. En el tema de los umbrales, de repente desde el Congreso se podría dar alguna norma adicional que hable de lo que se llama evidencia en la realidad, *real world evidence*. Es decir, (21) que se vaya viendo en el país cómo van dando sobre todo estos, los resultados sobre todo para estos subgrupos de cáncer que tienen menor evidencia y que desde los mismos hospitales se pueda ir generando esa evidencia para tomar decisiones.

El gran problema que se tiene es que si es un grupo muy chiquito, y entiendo la parte técnica es, no hay evidencia para decir si es bueno o no, pero se puede generar estas bases de datos para tomar decisiones con información local, ¿no?

Luego otro tema que creo que es relevante ¿no?, no está muy clara la parte de la ponderación final, sobre todo en lo que tiene que ver con la parte de innovación y de equidad ¿no? Ya lo comentó el doctor Palacios. Tal vez allí tocaría hacer una afinación adicional para tener una guía metodológica de cómo, o sea, qué conceptos se consideran, qué cosas están faltando, ¿no?

Y, bueno, también podrían hacer alguna flexibilización muy similar a la que vienen haciendo con enfermedades raras u huérfanas, donde han entendido perfectamente cuáles son las limitaciones ¿no?

Desde ese punto de vista, creo que el Congreso podría ayudar legislando para hacer de alguna forma alguna ruta express para

## DOCUMENTO DE TRABAJO

algunas necesidades clínicas, Una vez que se haya definido cuáles son estas necesidades, que de repente no tienen tanta evidencia, porque son nuevas pero son disruptivas, salvan vidas, entonces de alguna manera hacer un mecanismo express que permita subir ¿no?, de acuerdo a la gravedad o de acuerdo a la necesidad o de acuerdo al criterio de equidad que se pueda hacer este documento ¿no?

Y bueno, esas serían de repente algunos comentarios y algunas sugerencias.

**La señora PRESIDENTA.**— Es verdad. Muchísimas gracias.

Y a pedido de la economista, ya ahora va a ser pues esta mesa que conforman los 11 integrantes, nueve especialistas. Vamos a tomar ese punto de inicio que refiere ella, ¿no?, para que las cosas vayan mejor, los nueve especialistas, ya sería uno de la IAFA y el otro que falta sería pues ya de Digemid, y personas pues que vayan íntegras, probas, con grandes experiencias, conocedoras de esto. Y nosotros como congresistas nos comprometemos a hacer nuevas normas adicionales, que lo ha pedido, de acuerdo con las necesidades clínicas.

He aquí nosotros la importancia de tener en esta comisión a una persona doctor y conocedor, en verdad, conocedor de estos problemas de salud, el doctor Palacios, que es una de nuestras fuentes, como se dice ¿no?, de mayor peso. Aunque también tenemos en la comisión a grandes personas que también tienen experiencia y que han trabajado. Entonces, todos ellos vamos a sumar, vamos a sumar y aseguramos que vamos a tener mejores formas de trabajo para enero y febrero.

Quería usted aportar algo, amigo Gonzalo, porque lo veo a usted un poco con ganas de aportar también, porque acá creo que nos estamos nosotros contagiando, Ya que nos han dado media hora más, entonces, hay que ver si aportamos, pero siempre teniendo en cuenta nuestros minutos.

Lamentablemente, acá pues en el Congreso, en las salas, queremos tener bastante espacio, pero nos dicen: "tienes ese tiempo", y si no, se paran afuera y no nos dejan ya seguir.

Lo escuchamos, amigo Gonzalo Marrero, para ver sus aportes también, porque acá todos suman, todos tenemos que formar un gran grupo para este año 2026, empezar con ganas a trabajar.

Lo escuchamos.

**El REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS ALAFARPE, señor Gonzalo Marrero.**— Claro que sí, presidenta.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Muchísimas gracias.

Muchos saludos de nuestra directora Ángela Flores, ella no ha podido venir el día de hoy y estoy representándola. Saludos a todos los congresistas y a todos los miembros de la comisión también.

Saludamos la mejora que hubo respecto del manual anterior, que fue publicado en enero. Hay que decirlo, hay mejoras que ha habido, como por ejemplo, un proceso más participativo en lo que respecta a la pregunta \*PICO, en el diseño de la pregunta \*PICO, en la valoración social, **(22)** más flexibilidad también en los desenlaces y comparadores, pero sí vemos que hay oportunidades de mejoras que tienen que darse.

Evidentemente ,lo hemos escuchado aquí y, por lo cual, también nosotros pedimos mesas técnicas para poder ahondar en esos temas.

Un tema que ya había sido levantado, inclusive había habido un consenso en las mesas técnicas previas al manual, es la participación del oncólogo en toda la etapa de evaluación. No solamente en una de las etapas que es la valoración social.

Entonces, ahí es importante que el oncólogo participe en la etapa de valoración terapéutica. ¿Por qué? Primer motivo, tiene más *expertise* , tiene el contacto con el paciente. Muchas veces el metodólogo solamente trabaja con un modelo; pero quienes sabemos cómo funciona el tema, muchas veces los modelos no pueden medir algunos temas que se ven en la vida real. Un paciente que necesita el medicamento, eso no lo mide un modelo. Entonces, el científico tiene más herramientas para tener un contrabalance.

Y el segundo motivo, es que con el nuevo manual se le está dando un poder absoluto al metodólogo, para que no apruebe ciertas tecnologías; y de tal manera, el médico pudiese ser dejado de lado de su evaluación y también los pacientes. Entonces, si realmente queremos un proceso participativo, no solamente tiene que ser un proceso participativo en el diseño de la pregunta PICO, no solamente tiene que ser un proceso participativo en la valoración social, saludamos que las asociaciones de pacientes tengan voz y voto, pero tiene que ser un proceso participativo también en la etapa terapéutica, en la valoración terapéutica. No solamente el metodólogo tiene que tener ese poder absoluto, tiene que tener un contrapeso del médico, de la sociedad científica que tienen también las herramientas. Porque ha pasado en la práctica también que muchas veces en una deliberación, el metodólogo puede haber tenido una opinión y es el médico que le ha dado la arista, otro punto de vista, y, al final, se ha terminado aprobando una aprobación, entonces una evaluación. Entonces, no puede haber un retroceso de lo que ya existe.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Entonces, ese tema es un tema que creemos que es crítico. Segundo punto, y coincidimos también acá con los colegas, el tema de la participación de las IAPas. El reglamento de la Ley de Cáncer no establece la participación de las IAPas en las mesas deliberativas. ¿Por qué queremos incluir algo que no está en el reglamento de la Ley de Cáncer? Y hay un análisis de costo-efectividad, que es una de las tres etapas que se están viendo en la evaluación. Entonces, ahí es donde se ve la parte económica.

La evaluación financiera debería ser posterior a la evaluación de una ETS, y eso debería ser un tema aparte. Otro tema que nos preocupa, son las aprobaciones condicionales, que, si bien es cierto, reconocemos y valoramos que ya no sea algo dicotómico y que tengan la opción de poder hacer este vínculo con los mecanismos diferenciados de adquisición, aquí nos preocupa que, en algún momento se menciona que se recomienda un modelo de riesgo compartido. ¿no? Porque sabemos que hay dos tipos de mecanismos diferenciados de adquisición, los de riesgo compartido y los financieros.

Dicen, se recomienda un modelo tipo de riesgo compartido. Pero lo que hemos conversado con el Minsa, la aplicación de estos modelos de riesgo compartido, no podrían ser inmediatas por temas operativos. Entonces, nos preocuparía que se manden muchas aprobaciones condicionales y que el Minsa interprete que son de riesgo compartido y van a quedar ahí dormidas. ¿Y cuántos pacientes van a estar esperando esa tecnología? Entonces, sería bueno que se precise que también debe ser, no solamente para los de riesgo compartido, sino también para los financieros, para que quede claro, para que quede en blanco y negro.

Otro punto de preocupación es la comunicación del proceso. Lo que está pasando en la práctica, es que los comités farmacoterapéuticos, especialmente de Salud, no están, a pesar de que ya tenemos una evaluación de tecnología sanitaria, no están tomando esa evaluación de tecnología sanitaria y dicen que no le sirve. ¿Por qué? Porque están pidiendo una recomendación de uso, una condición de uso. Y sabemos que en el reglamento de la Ley de Cáncer y en la ley de Cáncer, no se establece ninguna condición de uso.

¿Pero qué? ¿Qué es lo que falta? La comunicación. La comunicación de que este manual y algunas tecnologías sanitarias que no requieren aprobación de uso. Entonces, si no comunicamos a los comités farmacoterapéuticos de qué sirve la aprobación de la ETS, si no se va a utilizar. Entonces, ese tema es crítico y entiendo que, por favor, de repente la comisión pudiese hacer seguimiento a este tema, porque si no vamos a poner muchos esfuerzos en aprobar tecnologías sanitarias. Es un manual bien bonito, pero no va a servir en la práctica.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Otro tema que nos preocupa es el tema de los tiempos también, porque ahora vamos a tener tiempos de tres procesos, y no se establece un tiempo claro. Entonces, habría que establecer un tiempo y habría que hacer seguimiento a que se cumplan los tiempos y que, de repente, el proceso nuevo no genere temas en los tiempos. (23)

Aprovecho, también, para comentar el tema del presupuesto en cáncer. ¿De qué nos sirve tener un manual multicriterio que va a funcionar muchísimo, si el presupuesto para medicamentos para el 2026 va a bajar en 37%? Y es algo muy preocupante. El presupuesto en cáncer, la partida está cayendo en 10%, pero medicamentos está cayendo inclusive más, 37%.

Entonces, vamos a tener un manual que va a ser, supuestamente, que va a permitir que los pacientes van a tener más oportunidades para acceder a la {...?}; y, por otro lado, estamos bajando el presupuesto.

Entonces, yo sí les pediría, presidenta, señores congresistas presentes, que puedan pelear, todavía entiendo que hay tiempo para poder hacer alguna modificación, pero que, en todo caso, pueda aprobarse una demanda adicional. Porque si no, vamos a tener temas, problemas con el tema de los pacientes, del acceso a medicamentos.

Y, finalmente, también nos preocupa el presupuesto del INS, porque sabemos que el INS va a empezar a evaluar también bajo el manual {...?} criterio a las enfermedades raras y huérfanas.

Y entiendo que el presupuesto para el INS, en lo que es el CETS está disminuyendo. Entonces, necesitamos más recurso humano y, por otro lado, estamos reduciendo el recurso humano y el presupuesto. Y, por otro lado, tenemos un flujo que va a venir de evaluaciones de raras y huérfanas. Entonces, ese tema es importante.

Y, finalmente, ahora sí, concluyo, la Resolución Ministerial 191, esa resolución ha sido la forma de que se pueda acceder a tratamientos oncológicos en tanto la Ley de Cáncer tenía problemas en la implementación. Ha sido algo muy bueno. Pero ¿qué es lo que pasa? Que, en algunos casos, hay pacientes que están recibiendo tratamientos bajo ese mecanismo y, sabemos que ya no se está comprando más medicamentos para poder darles esos medicamentos. ¿Por qué? Porque se está pidiendo la ETS de Renetsa. Y muchas veces hay demoras en las aprobaciones de la ETS de Renetsa. Entonces, nos preocupa muchísimo que pacientes que ya están recibiendo tratamientos, no puedan acceder a tratamientos, no se esté comprando esos medicamentos y, cuando se acabe el stock, no van a tener acceso a esos tratamientos y, de repente, porque el flujo de Renetsa, en ese caso, no se ha aprobado. Entonces, es importante también hacer seguimiento a

## DOCUMENTO DE TRABAJO

que esos pacientes no se queden sin tratamientos y podamos también enfocarnos en ese tema. Con eso concluyo. Muchísimas gracias.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias. En verdad ... Sí, doctor Palacios, un ratito.

Nosotros, le digo, el Poder Legislativo, no va viendo las modificaciones que se debe hacer a nivel de presupuesto, lo hace el Poder Ejecutivo. ¿Entiende? He ahí lo que dijo el economista, se necesita las personas idóneas, para que no esté sucediendo lo que vemos. Justamente a una semana de aprobarse el presupuesto general de la República.

Hemos escuchado, sí, se disminuyó. ¿Variaciones puede haber? Creo que no. Hasta el día de ayer que hemos visto, hemos hablado, el personal técnico, nos dijeron que ya las modificaciones todavía, ya está hecho. Entonces, he ahí, le vuelvo a repetir, para diciembre tenemos que ver qué modificaciones ha habido. De todas maneras, me vuelvo a comprometer esta semana, como le digo, a llevar la voz. Pero, ¿se puede hacer? ¿No se puede hacer? No sabemos. Lo que tenemos que empezar, sí le digo, a trabajar con fuerza, a presionar en este corto tiempo que nos queda. Tenemos un corto tiempo de compañía de todos los de la Comisión de Cáncer, menos de 8 meses. Entonces, esperemos que ya todo lo dejemos listo para el otro presupuesto. Con las aprobaciones del personal del Ministerio de Salud, del personal de Cáncer, y todas las personas activas, ¿no? De las diferentes representaciones.

Voy a repetir, nosotros, el Poder Legislativo es el que lleva la voz, pero quienes se encargan de ver todo esto de presupuesto, es el Poder Ejecutivo.

Entonces, vamos a seguir llevando la voz. Por eso es que estamos dando sus aportes y estamos viendo las deficiencias que se están presentando.

Sí, doctor Palacios.

**El doctor PALACIOS.**— Señora presidenta, y tomando en consideración el último punto que ha mencionado el licenciado Gonzalo, se ha suspendido algunos medicamentos, o se está por suspender medicamentos, que ya tenían una aprobación por parte del Digemid, y estamos (24) perjudicando a miles de mujeres con cáncer de mama. Cuando, y eso está afectando el INEN, y traemos acá el ejemplo muy breve de lo que está pasando en el Hospital Cayetano Heredia, con un eco oncólogo que está viendo que las pacientes con cáncer de mama, están retrocediendo en su manejo debido a que se le ha negado por un informe de Renetsa.

**La señora PRESIDENTA.**— Gracias doctor Palacios, siempre dirigiéndose a la Mesa.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Doctor, le escuchamos y haga su presentación, no lo veo su letrado, pero preséntese enseguida el otro doctor ¿también quiere hablar? Para seguir la secuencia, porque recordando que el tiempo nos queda corto, 15 minutos. Lo escuchamos, doctor.

### **El JEFE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, señor Hermes Tejada Benavides.**—

Buenos días con todos, me presentaré. Soy el doctor Hermes Tejada, médico oncólogo en el Hospital Cayetano Heredia, también soy jefe del servicio de oncohematología.

El Hospital Cayetano, es un hospital que mira más de 70 mil pacientes al año y somos uno de los hospitales que maneja más biológicos. Yo solo quiero traer la parte operativa de lo que vive el médico día a día. Anteriormente, por ejemplo, pongamos un ejemplo de los manejos, cáncer de mama localizado, los que son los HER2. Antes teníamos estos pacientes que, siendo localizados, dábamos los tratamientos, no reducía el tumor y terminamos haciendo cirugías extensas y tenía un alto grado de recaída. Viene lo que es Digemid, nos aprueba lo que es el tratamiento anti HER2, tenemos unas respuestas fantásticas, baja el tumor, incluso, modificamos al cirujano, ya no hace estas cirugías extensas, no tiene que hacer unas cirugías más localizadas; incluso, los radiólogos tienen que poner ahora clip, porque como ya desapareció el tumor, tiene que ver dónde tenemos que operar. Ha mejorado el tratamiento, las recaídas han mejorado. Pero ¿qué ha pasado? De la noche a la mañana, nos dice Renetsa, "¿saben qué? ya no pueden dar este medicamento". Y en estos días tengo que suspender tratamientos, tengo que quitarles la opción a estas mujeres de tener un buen tratamiento. Incluso, nosotros, como hospitales y liderando el hospital Cayetano Heredia, hemos hecho un estudio, donde hemos puesto a la mayoría de los hospitales grandes y hemos tenido un estudio de 56 pacientes, donde hemos recreado la misma respuesta que los estudios pivotaes. Y en el Cayetano, incluso, hemos mejorado nuestros tiempos de acción. Tenemos ya radioterapia, tenemos {...?} química, hemos mejorado. Y los tiempos se han acortado y los tratamientos, por tal motivo, se han acortado para dar un tratamiento exacto y nuestra respuesta es mejor, incluso, que de otros hospitales.

A título personal, los derechos otorgados no se pueden quitar. Yo sé que acá están conversando cosas a mediano y a largo plazo, pero yo ¿qué tengo para el corto plazo, ahora? Gracias, presidenta.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, doctor.

Hoy mismo vamos a hacer llegar su voz al Ministerio de Salud. Vamos a exigir una respuesta a más corto plazo, si es posible, para la semana entrante. Y se va a hacer llegar la respuesta del Ministerio, caso contrario tenemos que ir a hablar, doctor, como

## DOCUMENTO DE TRABAJO

comisión, todos, sobre esta problemática. Acá tenemos al representante que nos va a acompañar. Sabemos que se va a comprometer porque es un compromiso serio. Si a diario tenemos, ya lo ha dicho, más de 25 casos de muerte por cáncer de mama. ¿Qué hacemos? Si vamos a empezar con todas estas retenciones.

Sí, doctora, le doy un minutito para que hable.

**La DIRECTORA GENERAL DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, doctora Yura Toledo Morote.**— Alineado a lo que mencionó el doctor, a eso iba con las estrategias que el INEN un poco ha hecho para mantener el tratamiento de los pacientes. El doctor hace mención específicamente del tratamiento del Pertuzumab, que es un tratamiento que, en adyuvancia, ha tenido una recomendación en contra. Y ese tratamiento de Pertuzumab, se ha podido obtener a través de la resolución ministerial que han hecho mención, que fue la 191. El Trastuzumab sí es un tratamiento que la Digemid a todos los pacientes, pero en escenario metastásico, no tan temprano.

Entonces, lo que ha tenido que surgir, y eso ha tenido que ser a través de mesas técnicas, es que cuando nosotros damos 4 ciclos de Pertuzumab por unidad de dosis, eso no pasa al umbral de alto costo, ENDE no es un medicamento de alto costo y no requería la evaluación por la Renetsa.

Con 4 ciclos puede tener una aprobación a través de los comités farmacoterapéuticos y permitir la continuidad de esos pacientes y sus tratamientos. 4 ciclos funcionan, 4 ciclos subfuncionan. (25) El INEN hizo un estudio que se ha publicado en sociedades científicas, a nivel de congreso, donde con 4 ciclos de tratamiento del partuzumab con el \*catuzumab, ha logrado remisiones completas similares a los estudios privado tales.

Pero esta estrategia, no se debería hacer, no va a ocurrir siempre, no va a ocurrir siempre. Aquí hemos tenido suerte en parte, porque esta [...] ha logrado un beneficio y un impacto, pero a lo que debemos incidir realmente, es a lo que el doctor hizo mención, tratamientos que ya le darán respuestas y palpables, realidades en nuestros pacientes, esos tratamientos habría que mirarlo con otros ojos y darles continuidad a los pacientes que ya se han beneficiado.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, doctora. Excelente.

**La señora .-** Gracias.

Solamente medio segundo para acompañar lo que decía el doctor, simplemente como una forma de un mensaje para aquellas personas que toman decisiones en función de los presupuestos.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Todo lo que ha mencionado el doctor, significa altas sumas de dinero, que en el momento que ya la paciente se queda sin el tratamiento, toda esa inversión que se hizo previamente, se va a cero, porque la paciente va a empeorar, va a recaer.

Entonces, hay que considerar que ya se invirtió en esa paciente, ya hay una cantidad de dinero que no es menor, que se está invirtiendo en la paciente.

Entonces, se necesita alguna alternativa, como la que planteaba la doctora Aliaga, en este caso, pero no para todos los casos va a funcionar, entonces, tienen que pensar también, qué está pasando con este grupo de pacientes, porque si no estamos hablando de un presupuesto que está siendo mal utilizado. Ese era el comentario.

**La señora PRESIDENTA.**- Muchísimas gracias, muy interesante.

Vamos a continuar con la señora Ruíz de Castilla.

Bienvenida.

**LA DIRECTORA DE LA ASOCIACIÓN DE PACIENTES ESPERANTRA, señora Karla Ruíz de Castilla.**- Muchísimas gracias, congresista.

Buenos días a todos.

Yo quería recordar un poco y poner en contexto, el porqué de las evaluaciones de tecnología sanitaria multicriterio. Esto en realidad en el marco del reglamento de la Ley Nacional de Cáncer, a raíz de que el doctor Palacios, cuando era director nacional de cáncer, invita una de las primeras veces en la historia del tema salud, en que invitan organizaciones de pacientes, nos permitió dar la voz, y poder colocar este tema, porque sólo se hablaba de ETS, Evaluaciones de Tecnología Sanitaria.

Defendimos a capa y espada que se colocara también el multicriterio. ¿Por qué? Porque los criterios múltiples podían abrir un abanico de posibilidades a esos pacientes con cáncer, que necesitaban que se evalúen sus tecnologías sanitarias de alto costo, no sólo en función al precio.

Por primera vez nos apoyó en esto el INEM, nos apoyó en esta lucha, de poner ETS en multicriterio, a algunos otros organismos, pero como hablábamos por primera vez en un espacio en el cual se decidía cómo iba a ser ese reglamento, pues nuestra voz todavía era tímida y requería obviamente el sustento también médico y no solamente de sociedad civil.

Finalmente, se tomó la decisión de colocar explícitamente evaluación de tecnología sanitaria multicriterio, y esto fue un gran avance y un gran logro de la voz de los pacientes.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

¿Por qué nuevamente estamos en torno a esto? Porque el multicriterio, hace que el Estado pueda evaluar con los múltiples criterios necesarios para cuando un paciente tiene esta enfermedad tan catastrófica.

Necesitamos no solamente cubrir a nuestros pacientes con tecnologías antiguas, tecnologías baratas, o lo que pueda tener nuestro sistema de salud.

Tenemos que darle la mejor tecnología disponible, como lo dijo el doctor Sergio Murillo hace un momento. De eso se trata. Si tenemos una ley nacional de cáncer, queremos atender a nuestros pacientes con lo mejor que exista en el mundo, para poder hacer que ellos puedan tener una sobrevivida global, etcétera.

En ese sentido, estamos muy contentos de los avances que hemos tenido como país, de que esto esté en el reglamento. Obviamente de todos los avances que ha tenido el INS, que efectivamente como lo dijo el doctor David Jumpa, nos hemos reunido en todas las reuniones, a las cuales ellos han convocado, y acá están mis compañeros de sociedad civil, que también hacen voluntariamente este esfuerzo de acudir a reuniones, tal vez dejando sus trabajos, dejando sus actividades, para poder generar esta política nacional, que finalmente sirva para los pacientes.

Hemos alcanzado muchas recomendaciones, algunas de ellas han sido incluidas, y por eso estamos muy agradecidos.

Sin embargo, hay muchas otras que todavía quedaron ahí pendientes, y principalmente quisiera invitar que creemos que es importantísimo lo que sustentó el doctor Palacios antes.

Esto es un momento en el cual se decide técnicamente si la tecnología es pálida, **(26)** si la tecnología está bien para poder cubrirla o no.

Creemos que hay un desequilibrio en los votos, en esta mesa deliberativa que se va a generar para las ETS, es multicriterio.

Hay un solo voto para las organizaciones de pacientes y eso nos preocupa profundamente. Dos votos para las sociedades médicas.

Históricamente, los doctores y los pacientes hemos defendido el acceso a innovación. Si no tenemos esa representatividad en una mesa deliberativa, esa votación muy probablemente no saldrá a favor. Y ninguna deliberación.

Entonces, necesitamos que haya un criterio más de equidad. Se habían planteado en algunas mesas que se trate del consenso, que no solamente se vote por cantidad de participantes, sino que la mesa al deliberar, haga un consenso de lo que definitivamente se deba cubrir.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Y otro tema que nos interesa muchísimo también, es el tema de conflictos de interés.

En las organizaciones de pacientes, evidentemente el conflicto de interés no va a ser el mismo que de otros actores, como podrían ser, por ejemplo, los de la industria farmacéutica, de los funcionarios de gobierno, etcétera.

Creemos que se debe hacer una evaluación distinta, diferenciada, porque el objeto de una organización de pacientes, evidentemente es ayudar a los pacientes.

Y en muchos casos, si es que se ponen demasiados criterios en ello, podríamos caer en un tema de automáticamente poder hacer que las voces de los pacientes no estén incluidas.

En la inclusión de ese único sitio para el representante de organizaciones de pacientes, se habla también de que tiene que ser un paciente con la enfermedad. Hay muchísimos tipos de cáncer, y lamentablemente no tenemos organizaciones de pacientes de cada tipo de cáncer. Va a ser muy difícil que encuentren una organización de pacientes con cáncer de vejiga, o una organización de pacientes de cáncer de leucemia linfática aguda, etcétera.

Entonces, en ese caso, yo creo que definitivamente se tiene que aperturar la posibilidad de que sea una organización de pacientes, que ayuda a pacientes con cáncer, no necesariamente limitando lo que el paciente per se, sea el líder de la organización, sino que sea una organización trabajando en ayuda a pacientes con cáncer. Dar más espacios a los oncólogos, a los especialistas.

Actualmente, 79% son funcionarios en esta mesa deliberativa, 14% médicos y solo 7% pacientes. Creemos que ahí hay un desequilibrio, y esta recomendación que dimos en su momento, no ha sido incorporada.

Los participantes en el diálogo deliberativo, deben excluir a las IAFAS, dado que se está generando evidencia científica, y no se está decidiendo el financiamiento.

En ese punto, creemos, tal como dijo el doctor Palacios, que las IAFAS en ese momento deberían estar excluidas, y también creemos que la DIGMID también lo debe estar.

Y esto se sustenta básicamente, en que, perdón, un momentito, que yo he traído mis notas ahí todo bien apuntado para no olvidarme de nada.

Las ETS multicriterio, son para emitir juicios científicos sobre la evidencia científica, clínica, económica y social.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Y las IAFAS, al ser financiadores, definitivamente no generadores, evaluadores de violencia, deberían estar limitados en este paso.

Creemos que la DIGMID, al ser la autoridad regulatoria, no es un actor de evaluación terapéutica y la DIGMID ya cumple funciones regulatorias más bien dando el registro sanitario, viendo si el medicamento tiene seguridad y eficacia mínima y el control de calidad. Y por esto no genera evidencia, sino regula más bien.

Por ello, creemos que el regulador no debe participar en una deliberación de evaluaciones de tecnología sanitaria y tampoco los financiadores.

Creemos más bien que esto afecta la independencia en el proceso, la neutralidad metodológica y la confianza de los pacientes y los médicos.

Otro tema que ha sido muy importante, que también lo señalamos y no fue incluido, fue que no se ha incorporado la participación temprana de las organizaciones de pacientes en la evaluación de tecnología sanitaria.

No participan en la priorización, ni en la definición de la pregunta PICO, ni los desenlaces. Y creemos que siempre se debe hacer una consulta al respecto.

No se ha garantizado la participación de pacientes y médicos en comités técnicos internos. El texto no lo incluye, y no los incluye con voz y voto en fases técnicas.

Sobre los conflictos de interés, se mantiene el tratamiento idéntico para la industria farmacéutica y las organizaciones de pacientes, por ejemplo. Y sobre los desenlaces, no se reconocen como críticos los desenlaces funcionales importantes para los pacientes. Solamente se mantiene la sobrevida global, la calidad de vida y los efectos graves adversos. Y no se reconoce en este momento dolor, funcionalidad, visión, movilidad, retorno al ambiente laboral. **(27)**

Eso no ha sido incorporado y creemos que es importante.

No se va a lograr ver la sobrevida global en una tecnología, hasta que el paciente tome el medicamento y se vea después a lo largo de los años, qué tan efectiva fue.

Entonces, esto realmente limita la incorporación temprana de tecnologías que en el mundo están siendo ya incorporadas.

Luego, un tema que consideramos muy importante, es que la directiva exige costo efectividad local previa sin excepciones, y ESPERANTRA en su momento solicitó el reconocimiento de la

## DOCUMENTO DE TRABAJO

aprobación de lo que ya habían aprobado agencias de tecnología sanitaria, como la FDA o MDA, MA, perdón, para poder incluir más rápidamente estas tecnologías que ya han sido aprobadas en el mundo, y que evidentemente las agencias regulatorias extranjeras ya han identificado como válidas.

Eso, doctora, y realmente pues nunca olvidar de para qué son las evaluaciones de tecnología sanitaria multicriterio, que deben ponerse al servicio de los ciudadanos, de los pacientes que están necesitando una tecnología, y no limitarlos a simplemente tener el acceso a tecnologías que sean económicas o evaluadas en función al precio.

Gracias.

**La señora PRESIDENTA.-** Muchísimas gracias.

Damos el pase a la señora Indira Oropesa Aguilar, presidente de la ONG L con leucemia.

**La PRESIDENTA DE LA ONG CON L DE LEUCEMIA, señora Indira Oropesa Aguilar.-** Muchas gracias, congresista, buenos días a todos.

A mí me parece importante decir aquí, que lo que estamos discutiendo aquí, es básicamente la arquitectura de un proceso que va a determinar, qué tratamiento llega y no llega al paciente. Eso es lo importante del manual.

Y cuando una metodología falla, falla absolutamente todo el sistema, y algo que no se ha mencionado acá tampoco, es que este proceso del manual, es un proceso en secuencia.

Es decir, que, si no pasas una de las fases, quedas fuera. Y eso en vez de abrir puertas a innovación, lo que hace es que a los pacientes nos está cerrando las puertas en la cara, para poder acceder a nuevos tratamientos.

Y de ahí en realidad puntos que ya se han mencionado para no hacerlo muy largo, el rol del metodólogo, no es nada en contra de los metodólogos en realidad, sino del rol que están jugando en el manual.

Efectivamente debe ser estrictamente técnico. Su función es asegurar que hay una coherencia metodológica en el proceso, pero definitivamente no influir en el sentido de recomendación.

El metodólogo, como ya mencionó el doctor Murillo, acompaña, pero no decide, no direcciona y no condiciona el proceso. Y cuando el metodólogo interviene más allá de su rol, se distorsiona la deliberación y el proceso pierde legitimidad.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

En segundo lugar, también que ya mencionó también Karla, definitivamente los desenlaces intermedios, tienen que incluirse en la pregunta, bueno, en la formulación PICO, y esto es de estándar internacional, no estamos descubriendo la pólvora, se hace en otros países, y responde a un principio súper básico, que es decisiones oportunas, requieren indicadores tempranos validados.

Y, por último, que también concuerdo con todos mis compañeros, es que las IAFAS, no deben ser parte del diálogo deliberativo, porque tienen un sesgo financiero. Si tú vas y le preguntas, que quieres pagar algo más caro o más barato, no van a ir necesariamente por lo más caro, aunque sea la opción correcta.

En la etapa de generar evidencia, no se decide el financiamiento, por ende, no deberían estar ahí. La presencia del financiador constituye un conflicto de rol, reconocido en cualquier marco de buenas prácticas en realidad, y lo mismo aplica para la DIGEMID, como autoridad regulatoria, su intervención en un espacio deliberativo, lo coloca como juez y como parte, y eso tampoco es una buena práctica.

Y la legitimidad de este proceso, depende de separar claramente quién regula, quién financia, y quién evalúa la evidencia.

Yo creo que corregir estos vacíos que hay ahora en este manual, más que un favor a los pacientes, es una obligación del Estado, y desde la sociedad civil vamos a seguir insistiendo, hasta que este proceso sea técnicamente sólido y éticamente incuestionable.

Y, por último, un punto que no tiene nada que ver con el manual, pero, congresista, sí le pediría que pueda elevar su rol fiscalizador y de representación.

El artículo 7.2 de la Ley Nacional de Cáncer, obliga a las aseguradoras privadas, a coberturar el 100% del tratamiento de los pacientes oncológicos por ley, pero estamos teniendo muchos casos de aseguradoras que están obligando a los pacientes a pagar el 30% de ese tratamiento, que cuando el tratamiento cuesta más de 50,000 soles, 30% es demasiado.

Entonces, sí le pediría que, por favor, pueda darle un ojo a ese tema.

Gracias.

**La señora PRESIDENTA.**.- Muchísimas gracias, señora Indira.

Lo vamos a tener presente. En verdad empezamos a trabajar fuerte.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Vamos a escuchar al señor Edson Aguilar, representante de la Asociación Voces Ciudadanas.

Muy buenos días.

**EL VICEPRESIDENTE DE VOCES CIUDADANAS, señor Edson Aguilar Zelada.-** Muchas gracias presidenta.

Buenos días con todos. (28)

Bueno, creo que nos empezaba diciendo el doctor David Jumpa\* que se trata de que esto pone en el centro al ciudadano, pone en el centro al paciente y que hay que ver el manual como si fuera un niño, un niño pequeño menor de cinco años que necesita atención y cuidados.

Yo creo que los pacientes y los ciudadanos no estamos en el centro, estamos al fondo; estamos al fondo hay sitio, parece, porque la verdad es que no estamos representados, no validamos esta directiva, no estamos conformes con la directiva.

Hemos hecho llegar nuestras observaciones; hay algunas incorporaciones que saludamos, por supuesto, pero en conjunto muchos de los planteamientos que hemos tenido en las mesas de trabajo y que consideramos no admiten ninguna reconsideración como para no haberlas visto reflejadas en la directiva, se han mantenido. Se han mantenido, no sabemos en base a qué fundamentos.

Lo que mencionó aquí Carla hace unos minutos: ¿cómo es posible, si decimos, si me mencionan aquí una organización de pacientes de cáncer de próstata y el cáncer de próstata es la primera causa de cáncer en varones, no la hay? O sea, no puede haber un representante de sociedad civil que lo represente porque no hay una asociación de pacientes de cáncer de próstata.

Estamos limitando a eso, estamos limitando a que el paciente, en todo caso, o el representante de sociedad civil que participe en esa reunión, si no es de una organización, sea otro paciente con esa patología. O sea, vamos a poner anuncios si alguien tiene cáncer de próstata a personarse. Si tiene este cáncer, asista a una reunión, en la cual va a estar preparado para tener este tipo de diálogo con los financiadores, con los metodólogos. Esa es la participación que estamos resaltando y que, es más, en algunos eventos públicos se ha mencionado que se está haciendo algo extraordinario permitiendo la participación de los pacientes con voz y voto.

Y para quienes están trabajando en esto, imagino que el equipo [...?] ha tenido que hacerlo porque en este mismo foro la Sociedad para la Oncología Médica, la doctora Karina presentó una mirada de cómo se hacen las evaluaciones de tecnología sanitaria en

## DOCUMENTO DE TRABAJO

varios países de la región, y ahí identificó claramente y expuso cómo era la participación, no solamente de la comunidad médica, sino de la sociedad civil también.

Entonces, no es cierto que el Perú es el único país que está incorporando sociedad civil con voz y voto, porque nosotros mismos conocemos a millones de pacientes en países: Argentina, México, Chile, Uruguay, Colombia, Panamá, Costa Rica, que vienen participando con voz y voto desde hace años.

Otro punto importante: ¿quién va a asumir la responsabilidad civil, penal, administrativa? Y más allá de eso, ¿quién la asume? Por ejemplo, medicamentos que han sido aprobados por el INEN, y que han sido aprobados bajo la RM191, bajo la RM862, medicamentos oncológicos con buenos resultados en tiempo real en pacientes que lo están viendo los médicos, han sido evaluados por la RENETSA con recomendación negativa.

Hoy en día, esos médicos —y lamento que no esté aquí presente el Ministerio de Salud— que les ha alcanzado muestras de WhatsApp y correos electrónicos que recibimos, no solamente de pacientes, sino de médicos oncólogos, que al ver esta situación y al ver cómo las organizaciones de sociedad civil levantamos nuestra voz en protesta por estas vulneraciones de derechos, nos comparten información que hoy en día no pueden continuar con el tratamiento porque cuando van al SIS, al FISAR, el SIS les dice que no les puede financiar porque hay recomendación negativa a RENETSA. ¿Qué va a pasar con ese paciente? Más aún, sabiendo que hay ahora —no tiene que ver con las CTS, pero tiene que ver con lo que mencionó usted— una disminución del presupuesto para medicamentos oncológicos. Entonces, ¿qué nos espera a los ciudadanos con alguna enfermedad oncológica?

Otro tema que nos preocupa sobremanera: el corazón, el alma. En realidad, estas evaluaciones de tecnología sanitaria están también en que el paciente pueda acceder a la innovación, a que pueda darse por fin equidad, y claramente se están poniendo barreras que impiden que esto efectivamente se produzca, porque si estamos poniendo filtros, no se incorporan los desenlaces intermedios desde la pregunta PICO.

Si vamos a tener el número de financiadores, de reguladores, que no van a tener una posición desde la defensa de los derechos ni desde la mirada clínica, porque es el hematooncólogo el que está frente al paciente, el que tiene que ver las opciones que puede brindarle, es que muchas veces se ve frustrado, porque sabiendo que hay recursos con qué darle al paciente para que pueda tener una mejor calidad de vida, para poder tener sobrevivida, se les está restringiendo.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Entonces, son situaciones que hemos advertido durante las mesas temáticas y que no han sido consideradas. ¿Cuál es el fundamento? Que sea más fácil y menos costoso, que sea más operativo.

Cuando hablamos de equidad, si estamos hablando de que vamos a dar tratamientos, básicamente se va a priorizar donde estén disponibles la infraestructura, los equipos diagnósticos y los especialistas; y vamos a dejar por fuera aquellas terapias que puede recibir una persona quizás en el interior del país **(29)** porque no se cuenta, digamos, con las facilidades, porque requieren de asistencia para darle esa medicación, esa terapia al paciente.

Entonces, optamos por lo más fácil para el sistema y no por lo más necesario para el paciente. Son situaciones que nosotros hemos advertido y hemos entregado ya al Ministerio de Salud.

Recuerdo que tuvimos una reunión, gracias a usted, a su gestión, hace unas semanas con la sesión anterior todavía, cuando estaba el viceministro Peña, y le advertimos este tema de los medicamentos que habían sido recesados por Renetsa. Hemos ingresado la carta al nuevo ministro; la vamos a hacer llegar hoy mismo a la comisión de cáncer, porque hay que saber qué es lo que se va a hacer. Se mencionó que podría ser sin decreto supremo; no sabemos si esto se puede hacer y cuándo se pueda hacer, porque mientras estas burocracias, estas demoras ocurren, los pacientes siguen enfermando, siguen muriendo, las familias siguen empobreciéndose.

Conocemos varias familias que están haciendo esfuerzos impresionantes, endeudándose, desprendiéndose de cosas para comprar tratamiento para uno o dos meses, y no pueden sostener el tercer, el cuarto, quinto mes. ¿De qué sirve ese endeudamiento que han tenido? Ese empobrecimiento, si es que el sistema les está dando la espalda, porque la presión que se está recibiendo desde los médicos oncólogos, desde quienes toman la decisión — me refiero a presión porque si tienen más personas que van a votar en contra, en contra de las clínicas porque están pensando más en el ahorro—, entonces ese desbalance, esa desproporción no solamente es inequitativa, es injusta y es violatoria y es vulneradora de derechos, y no tiene legitimidad.

Porque si yo construyo la norma y yo soy el director, soy el árbitro y soy el jugador al mismo tiempo, entonces ¿de qué partido estamos hablando?, ¿de qué balance estamos hablando? En una democracia, en un Estado de derecho, si es que no se pone el piso parejo, no puede haber representación de sociedad civil ni de la comunidad médica que pueda hacer realmente valer los derechos de los pacientes.

Muchas gracias, congresista.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, en verdad entiendo su preocupación y seremos voz en las próximas reuniones que haremos en el Ministerio de Salud.

Bien, tenemos, finalmente, la presencia de Elías Caballero Gómez, representando a EsSalud.

Buenos días, disculpé usted, pero el orden es así; quise darle la palabra antes, pero estamos para escucharle, acá tenemos que participar.

**El señor .**— No soy especialista en esos temas y simplemente siempre que me incluyen es por una mera casualidad, porque entiendo que en nombre de EsSalud venían dos especialistas, pero el azar siempre me pone en comisiones de cáncer, no sé por qué. He estado en la Comisión Nacional de la Red Nacional Oncológica, y ahí he repetido lo que siempre he dicho sin ser especialista en esos temas. Se está hablando de la representatividad y el problema del cáncer.

Yo siempre he sostenido que el problema del cáncer, el primer problema del cáncer, no es médico. Lo que veo acá, estamos viendo el problema del cáncer como un problema médico. El problema no es médico, es político. Primero, es político. Político en el sentido más tradicional y más siempre de la póliza, los problemas en la ciudad. Tenemos un problema en la ciudad. ¿Qué cosa es la ciudad? El cáncer.

Cuando yo empecé a trabajar como médico hace 40 años, el 8% de la gente que se moría tenía cáncer. Ahora es 25%. Quiere decir que todo el sistema fue absolutamente un fracaso en el tema de prevención. Y los tratamientos también tuvieron alto índice de fracaso.

Hace el año 24 pronostiqué que el año 27, el año 2027, en tres años iba a sumar ciento cinco mil muertos. Hagan lo que haga el sistema, no va a poder parar ese número de muertos. Me he equivocado, van a ser ciento cuarenta. Cualquier cosa que hagan, cualquier medicamento de última tecnología, cualquier tratamiento, cualquier procedimiento que hagan, los mejores médicos, hematólogos, oncólogos, etcétera, no van a poder bajar esas cifras. Entonces, el problema es político. Pero también es matemático.

Yo preguntaba acá porque hay muchos metodólogos que hablan del tema de metodología. ¿Qué profesión es esta? Mire, el segundo problema del cáncer es un problema físico-matemático. El problema del cáncer es por replicación. Y nosotros tenemos una epidemia del cáncer, un problema físico-matemático. Tienen que estar a cargo de los sistemas de inteligencia sanitaria, médicos, metodólogos (30) y médicos epidemiólogos; ellos serían

## DOCUMENTO DE TRABAJO

secundarios de estar físico-matemáticos, como hay en otros sitios.

El cáncer se decía que era estilo de vida, fundamentalmente. Ahora ya se sabe que la primera causa es matemática, azarosa, así como la lotería genética, lotería ovárica. De pronto te da cáncer a ti, pero no le da al otro. Hay gente que no fuma y le da cáncer al pulmón. Hay gente que tiene una calidad de vida muy mala y no le da cáncer. Hay gente que se cuida demasiado y aparece con cáncer. Entonces, es un problema, entonces, azaroso, matemático, etcétera. Hay que encargarles a los físicos-matemáticos que vean ese problema, si quiere con los metodólogos, con los epidemiólogos. El médico no es el especialista para ese tema, segundo error.

El otro problema es el ambiental. Se lee la noticia frecuentemente del tema de que todos los productos que venden, vegetales que venden en Wong, en Vivanda, en Vea, en todos los supermercados, están contaminados entre 70 y 90% con sustancias, muchas de las cuales son cancerígenas, potencialmente cancerígenas, y, efectivamente. Eso pasa con la noticia graciosa. Eso lo vemos siempre. Entonces, ahí van a ser -ese es un factor más- los factores ambientales. Pero políticamente, en el sentido de la capacidad del experto en los problemas de la póliza de resolver eso, no hay ninguna respuesta.

Entonces, nosotros tenemos la capacidad del Estado peruano, a través de los servicios de salud públicos y privados, de diagnosticar cualquier problema; la cobertura real es 20%. Si usted tiene 20% de cobertura, ¿qué está tratando?, ¿cuál es la representatividad? Usted tiene 20%; de esos 20%, un porcentaje pequeño que tiene cáncer. Sabemos que 75% de pacientes ya tienen cáncer y no llegan a los hospitales. Llega el 15% terminal. Lo que están viendo los especialistas es el 15%, la punta del iceberg del cáncer. El resto no lo han visto, no están tratados, no están representados.

El esquema del que se habla a nivel de todos los foros es que hay que priorizar la parte preventiva; sin embargo, la estructura económica, la infraestructura, es que todo el sistema de salud está al revés. Arriba están todos los recursos: los mejores recursos, los más costosos recursos, la tecnología punta y los tratamientos más costosos, y abajo no hay nada. Abajo debe estar el cáncer deambulando. Si no tenemos capacidad de diagnosticar, vamos a tener que atender a los tratamientos costosos, a los centros terminales.

Yo estoy en una comisión de cuidados paliativos. Le digo, ¿qué tiempo tiene el paciente desde que llega a las unidades de cuidados paliativos? Quince días de sobrevivencia. Entonces, ¿para qué trabaja? Desde el punto de vista del dilema, un dilema ético, ¿para qué yo voy a tener especialistas, de gastar plata

## DOCUMENTO DE TRABAJO

en cuidados paliativos, si el paciente que llega a mis unidades tiene quince días de esperanza de vida? Quince días.

Si quieren hacer este dilema: ¿yo para qué quiero tratar el cáncer si solo tengo capacidad de curar el 15% de los enfermos? El resto de mí no atiende. A pesar de que los protocolos dicen: "Señor, a las cincuenta colonoscopías", pero no se hace colonoscopia. Para hacer colonoscopia tienes que ir al grano. Tienes que pasar por un proceso de primer nivel hasta la última; recién trátalo después de 3 o 4 años.

Dijimos, hay un problema de la póliza: ¿qué pasa con mi plata que yo gasto como ciudadano en salud? En la época de la pandemia, el presupuesto de bolsillo prácticamente era equivalente al presupuesto del sector salud. O sea, que el sector salud gasta cien dólares y yo me gasto cien dólares. Ahora es promedio ochenta. Entonces, ¿no sería justo que el Estado diga: todo aquel que gastó para cáncer o para cualquier otra patología una cantidad equivalente a lo que aportó, le sea devuelto? A lo que gastó le sea devuelto. Esto es un problema de la póliza.

Como el ciudadano en gasto de bolsillo, para todas las patologías, incluyendo cáncer, porque uno veía que el cáncer es muy costoso, necesariamente tiene que ir a los hospitales públicos. Una gran cantidad de pacientes se atienden privadamente a su costo. Esos eran los problemas principales.

Entonces, esta mesa no tenía representada, en tanto que no están los pacientes: es el 75 o 85% de pacientes que ya tienen cáncer, y en esta sala probablemente, de cada cuatro que hay acá, 1 ya tiene cáncer o va a tener, según las estadísticas, según los estudios matemáticos. Entonces, eso no está representado; acá están representados los que tienen cáncer, los que son especialistas en cáncer, los que son especialistas en cáncer terminal, **(31)** los que son especialistas en cuidados paliativos, los que son especialistas en moribundos.

Ya estamos especialistas en moribundos. Somos mortícola, la política de los mortícola, en eso seremos especialistas. Ese es el tema central.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias.

Verdad. Todas las opiniones son importantes y es una gran realidad que ha dicho también parte de ellos. Nosotros, el ser humano es muy complejo, a veces nos cuidamos tanto y, sin embargo, nacemos, tenemos hijos que ya nacen con cáncer.

Entonces, es un estudio que se está haciendo por años eso también, ¿no?, para ver la genética. Es uno de los factores importantes en el ser humano.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Muchísimas gracias, por su aporte.

Y, bueno, después de la exposición de todos ustedes, vamos a ver si hay alguna pregunta de parte de los congresistas que están de manera virtual.

En caso contrario, ya nosotros, para dar ya pase a la etapa final.

Señor secretario, vea si hay alguien que ha levantado la mano.

**El SECRETARIO TÉCNICO.**— No hay preguntas, congresista.

**La señora PRESIDENTA.**— Muchísimas gracias, señor secretario.

Bien, después de las exposiciones, vemos que aún persiste la necesidad de efectuar modificaciones puntuales.

El doctor Palacios, doctora, representante de nuestra comisión, Dalia, para nosotros anotar, hacer varias modificaciones que se ha pedido, porque para eso son nuestras mesas de trabajo. Ya debemos efectuar modificaciones puntuales a la citada Directiva Sanitaria la 002, en línea [..?], la CD de 2025, en su versión 1, donde aduce la metodología para la evaluación, un criterio para generar recomendaciones de abuso de tecnologías sanitarias oncológicas de alto costo.

Ante eso, solicitamos el compromiso del Ministerio de Salud para que en breve término se realicen los cambios solicitados. Lo ha pedido, le hemos dicho, y usted también, era necesaria la presencia del Ministerio de Salud, están acá ustedes llevando la voz, sé que ellos están conectados, y hay congresistas que están también escuchando, para hacer la voz de ustedes.

Teniendo en cuenta las observaciones formuladas por todas las entidades involucradas, se evidencia, la necesidad de crear un modelo de evaluación de tecnologías sanitarias, que permita la creación colaborativa de evidencias científicas para los tomadores de decisiones.

Por tal motivo, invitamos a la reflexión de las autoridades, porque una evaluación de tecnologías sanitarias con deficiencias técnicas y sin tener en cuenta la equidad, pone en riesgo la vida de miles de familias que se enfrentan hasta ante esta temible enfermedad.

Es penoso, todos los que hemos tenido familiares, vemos lo que se pasa, mucho más cuando los recursos económicos son deficientes y los costos de los medicamentos son elevados, y a veces ya no nos siguen apoyando en ello.

## DOCUMENTO DE TRABAJO

Bien, señores congresistas, se levanta la sesión para la cual pido la dispensa del trámite de aprobación del acta para ejecutar los acuerdos tomados, si hay alguna oposición.

Sí, señor secretario, le escucho.

**El SECRETARIO TÉCNICO.**— Sí, congresista, solamente para dejar constancia, que el congresista Picón Quedo también ingresó a la plataforma y estuvo participando de la sesión.

**La señora PRESIDENTA.**— Sí, señor secretario, lo anunciamos, su ingreso, y por eso saludé también al colega.

Bien, y si no hay oposición **(32)** se dará por levantada esta sesión, no habiendo ninguna observación. Damos por aprobada la presente sesión.

Y no existiendo otros temas para tratar.

Siendo las 11 horas 45 minutos, se levanta la sesión, parece mentira el tiempo corre tan rápido y necesitamos horas en esto y esperamos que esta sesión que hemos tenido, tenga relevancia, vamos a hacer su voz, vamos a seguir haciendo esas reuniones donde vamos a tener que invitarle, muchísimas gracias doctores, muchísimas gracias en verdad representantes de la Sociedad Peruana de Hematología, representantes de la sociedad civil, a usted economista y sobre todo también a parte de nuestro despacho congresal, doctor Palacios y compañeros, muchísimas gracias y a todos los que se encuentran de manera presencial participando en esta sesión.

Muchísimas gracias por ello, vamos a seguir reuniéndonos y nos vamos con un compromiso serio de ser la voz, para que en esa semana que es bastante estratégica, se tenga en cuenta todos nuestros pedidos y todos los pedidos que han hecho con respecto al presupuesto.

Muchísimas gracias y muy buenos días.

**—A las 11:45 h, se levanta la sesión.**