

Ley Nacional de Cáncer y su reglamento

Dr. Jorge Pérez Flores
Gobernador Regional Lambayeque

Vamos a exponer algo que, de pronto, también en la mesa podemos trabajar. Porque la idea es sacarle el jugo a esta ley que se promulgó aproximadamente hace dos años. En ese entonces, trabajamos un grupo de congresistas médicos; en realidad, éramos alrededor de 9 congresistas que éramos médicos. Recuerdo que había una presidencia y yo estaba como vicepresidente. Lo bueno es que estábamos unidos en la mesa directiva. Me acuerdo de que fue un pleito bastante fuerte porque no nos agendaron. Incluso, pudimos hacer un plenario temático solamente para ver el caso del cáncer y el caso en general de COVID-19. Con ello, se estableció que, por lo menos una vez al mes, nuestros plenos deben ser de salud.

Ojalá que los próximos congresos de la República puedan ver esto, porque en realidad no solamente mirábamos al enfermo o al atendido, sino al ciudadano, para cuidarlo y prevenir que se enferme. De eso se habló en el acuerdo de AlmahaRa ya por el año 1979. De eso hablábamos casi todas las semanas, los jueves lo recuerdo. Estaba Humberto Acuña, el doctor Baldomero, que también era del INEN, muy aguerrido él. También estaba Omar Merino como Presidente y, por supuesto, nuestra colega Tatiana Rodas, médico también.

En realidad, un grupo de médicos dijimos: "Esto no puede pasar". Ya teníamos suficiente con la cantidad de muertes en ese momento, en el año 2019. Mirábamos la prospectiva del problema de cáncer y veíamos alrededor de 30,000 muertes por cáncer. Era asustador para nosotros porque el reporte oficial no llegaba ni siquiera a 15,000. Recuerdo que estuvimos en una reunión con la ministra de economía. En ese momento, Víctor Palacios, junto con el doctor Payet, quien estaba como director del INEN, y Víctor Palacios como director Nacional de Cáncer, tenían algunas visiones sobre quién es el rector y quién hace las cosas. En efecto, el Ministerio de Salud es el rector, pero el operativo es el INEN. Había algunas pugnas un poco diaciles donde nosotros, los congresistas, decíamos: "¿Qué hago en este pleito?". El tema es poner al paciente en el centro y resolver los pleitos en otro lugar.

Entonces, nace este componente de las políticas públicas de cáncer de una manera mucho más fuerte y afianzada. Y nace esta Ley Nacional del Cáncer, que es una ley bastante importante que garantiza cobertura universal. Porque en este país tenemos un problema de fraccionamiento en todo lo que representa, no solamente el componente financiero. Tenemos varios jugadores en el sistema de salud, el principal es el CIS. Aún falta financiamiento y hay cosas por trabajar. Sus PEAS todavía no están al nivel que queríamos. Y el cáncer era uno de los principales problemas. Cuando uno miraba el PEAS de esa época, veía que los componentes de cáncer no estaban en el CIS, lo cual era realmente una locura. Estamos hablando de la primera causa de muerte antes del COVID-19, y no tenías asegurado el tratamiento por parte del CIS.

Entonces, decíamos: "Esto no puede ser, pongámoslo primero". Y esto tiene que ver con la cobertura universal a nivel de financiamiento de la salud. Están las famosas YAtIAS, las instituciones administradoras de seguros. Ahí tienes el CIS, el Salud, las tuerzas Armadas, las tuerzas Policiales y, obviamente, también las privadas. El objetivo es que la cobertura universal signifique que si una persona se enferma y pierde el seguro, el estado garantice su continuidad. Eso era lo importante, independientemente de si tienes o no un seguro privado.

Tener cáncer en el Perú es un problema. En muchos países, hablar de cáncer es hablar de oportunidad, pero en el Perú, casi el 80% es sinónimo de pena de muerte. Por ejemplo, leucemia en el Perú significa muerte. Los estudios muestran que el 80% de los pacientes con leucemia tratados de manera precoz

han salido adelante, pero en el Perú, el 60% muere. Ese es el problema: garantizar la cobertura universal y el diagnóstico precoz.

Por ejemplo, en el caso de los niños, se demoran en promedio 184 días en hacer un diagnóstico. Es una locura. Y lo peor de todo es que, de cada 100 niños que mueren, 20 mueren por abandono del tratamiento. Y ¿por qué abandonan? Porque dependen de un adulto para llevarlos al tratamiento. Y ahí es donde entra el artículo 6 del reglamento de la ley del cáncer infantil, que está entrampado por cuestiones económicas.

Roche presentó una iniciativa novedosa y funcional, pero no fue escuchada debido a prejuicios y lobbies. No podemos quedarnos atrás. La política pública es lo que manda, y se tiene que entender a dónde queremos llegar como política pública en la solución del problema de muchos cánceres que están ahí, a la vuelta de la esquina.

Y bueno, ahí está la data. Esta data realmente me aterra porque hay un subregistro de más de 50,000 pacientes. Actualmente, el registro que tenemos es de 10,600. Lo he traído y presentado para que se entienda. En Lambayeque figura 321, pero eso no es cierto. Lambayeque es un nodo prestador de servicio de salud y, aquí, tenemos al menos tres pacientes diarios con detección de cáncer. Podemos contrastar esto en cada uno de nuestros hospitales. Sin embargo, se indica que representamos apenas el 0.3% y que somos 321 pacientes por año. En realidad, es mucho más que eso.

La principal causa de muerte en el mundo es el cáncer. Si sumamos todos los casos, estamos hablando de cerca de 69,000 casos de cáncer por año. Esto debe quedar claro, y desearo a cualquiera que refute esta cifra con datos técnicos especializados. No solo debemos detectar el cáncer a tiempo, sino también proporcionar tratamiento y seguimiento adecuados.

En efecto, la curva de incidencia de cáncer, tanto para hombres como para mujeres, muestra una situación preocupante. La mortalidad y la forma en que se ha abordado el cáncer en el Perú son alarmantes. Los métodos diagnósticos muestran que la mayoría de los casos de cáncer llegan a hospitales de forma muy tardía. El 67% ya son sintomáticos, lo que indica que el cáncer está avanzado. Esto evidencia que tenemos un largo camino por recorrer en este aspecto.

A nivel regional, se observa un pico en el año 2022. Esto está directamente relacionado con la crisis de salud que tuvimos por COVID-19. La cantidad de personas que murieron debido a la falta de acceso a cirugía, quimioterapia y radioterapia prácticamente se duplicó durante la crisis. Lo que me dolió fue que se consideraron cerca de 3,000 millones de soles adicionales para la intervención operativa para el COVID-19, pero ese dinero no se utilizó adecuadamente.

En cuanto al financiamiento, la ley actual establece un presupuesto para cáncer de aproximadamente 400 millones de soles. Sin embargo, este dinero no se ha utilizado eficientemente en el pasado. Ahora, con las nuevas regulaciones, esperamos que este presupuesto se utilice adecuadamente para el diagnóstico, prevención, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer.

En resumen, la lucha contra el cáncer es una prioridad. Necesitamos una política real y efectiva para abordar este problema. Con la correcta implementación de políticas y financiamiento, podemos hacer una diferencia significativa en la vida de aquellos afectados por esta enfermedad.

También abordamos el tema en ese paquete sobre el cáncer. Imagínense: le dimos operatividad y no nos quedamos solo ahí. Sin embargo, hasta la fecha, no hay un componente legal, pero vamos a luchar por ello. Sería bueno que la academia también se pronuncie al respecto. Sigamos.

Los objetivos específicos ya los hemos desarrollado anteriormente. Una reflexión importante es sobre el acceso a nuevos tratamientos oncológicos. ¿Por qué nos limitamos a tratamientos internacionales? Somos países en vías de desarrollo, pero con tecnologías avanzadas que nuestros propios médicos ya han adoptado. Si visitan el INEN, verán que hay avances significativos en tratamientos. Sin embargo, debido a ciertas resistencias, se presentan muchos obstáculos y no se aprovechan las ventajas de los

nuevos tratamientos. Se imponen demasiadas restricciones y, lo que es peor, se criminaliza a los profesionales que buscan traer tecnología de última generación.

Es hora de cambiar nuestra perspectiva. ¿Por qué criminalizar a alguien que introduce nuevas tecnologías? En lugar de eso, deberíamos establecer buenos procedimientos y regulaciones que busquen integrar y mejorar la eficiencia del sistema de salud. La evaluación de la CTS es fundamental para desarrollar tratamientos específicos.

Debemos promover proyectos de inversión para crear departamentos oncológicos en hospitales, ya sean nacionales o regionales. No importa si se les llama institutos o no. Lo importante es abordar la vulnerabilidad y la necesidad.

Es fundamental unirnos en la lucha contra el cáncer. Necesitamos saber más sobre esta enfermedad y actuar rápidamente. La inversión en unidades operativas oncológicas es esencial. Las leyes actuales son obstruccionistas y no favorecen el desarrollo. Construir un hospital en el Perú puede demorar hasta 15 años. Eso debe cambiar.

La academia debe tener un papel activo en las decisiones fundamentales. No podemos dejar que los charlatanes dominen el discurso. Necesitamos invertir en salud, lo que puede impulsar la competitividad y el crecimiento económico del país.

El Perú tiene riquezas y oportunidades que históricamente hemos dejado pasar. No podemos repetir los errores del pasado. Debemos aprovechar nuestras ventajas y trabajar juntos para un futuro mejor.

Agradezco a todos por escucharme y a Dios todopoderoso por brindarnos salud y vida. Gracias.