

Clausura

Kira Alcaraz Agüero

Congresista de la República del Perú

Buenas tardes, estimadas autoridades presentes en este magnánimo evento. Un saludo especial al doctor Francisco Berrospi, jefe institucional de INEN, y al público presente.

Para empezar, quiero decirles que, aunque no lo crean, cada día mueren 11 mujeres por cáncer de mama y cuello uterino. Al año, fallecen 35,000 pacientes por cáncer en el Perú. Hoy, una mujer con cáncer de mama puede demorarse muchos meses desde el primer examen en un puesto de salud para empezar a recibir tratamiento. Peor aún, en regiones alejadas de Lima, donde los médicos, recursos y equipos son escasos, pueden simplemente no llegar a tratarse nunca por falta de recursos y, aunque no lo crean, por falta de conocimiento.

Por eso he venido a este congreso internacional como presidenta de la Comisión de Inclusión Social del Congreso. Porque el cáncer, señores autoridades, no es un problema solo de médicos o científicos; es un problema social que afecta directamente a la equidad y la inclusión social.

Preocupa que, a pesar de que hace dos años se aprobó la Ley 30136, Ley Nacional del Cáncer, con el objeto de garantizar la atención y la cobertura universal y gratuita de los servicios de salud para todos los pacientes oncológicos, aún no se aprueban los instrumentos para poder implementar algunas de las principales reformas, como son la Red Oncológica Nacional, los mecanismos diferenciados de adquisición y el Registro Nacional del Paciente.

Además, hace más de un año, luchamos muchas mujeres parlamentarias, incluyéndome, con la ley de mi autoría, la Ley 301561, Ley de Prevención del Cáncer de las Mujeres y del Fortalecimiento de la Atención Especializada Oncológica, que daba un plazo de 60 días para su reglamentación.

A pesar del tiempo transcurrido, hasta el día de hoy no ha sido reglamentada.

Esto significa que sus principales reformas no se pueden implementar. Es grave que a los pacientes se les convoque después de haber tomado decisiones para ver qué opinan sobre estas decisiones. Los pacientes tienen derecho a participar para cambiar y mejorar el sistema de salud que hoy los condena a enfermar y morir sin atención.

Esperamos que lo establecido en la ley no quede solo en papel y que el estado pueda reglamentarlo. Por último, a pesar de las reformas que hemos impulsado y aprobado desde el congreso en los últimos años, la atención de los pacientes con enfermedades catastróficas, como el cáncer, sigue presentando problemas.

Los pacientes con cáncer aún enfrentan inequidades y problemas de acceso al sistema de salud. Si eres paciente en Puno, Loreto o Lima, tus posibilidades de sobrevivir varían significativamente. Además, si te atiendes en el MINSA, en el seguro social o en la sanidad, es probable que recibas un estándar de servicio diferente. Por eso, quiero informarles que presentaré una iniciativa de ley en la Comisión de Inclusión Social para garantizar el acceso equitativo a la salud para todos los pacientes que enfrentan una enfermedad catastrófica.

Me voy a desviar un poco del texto porque no es mi estilo leer. Hace un momento, discutíamos por qué no se reglamenta la ley que ya tiene un año de haber sido aprobada. Aunque no lo crean, en el Congreso no solo los congresistas proponemos proyectos; también legislamos y fiscalizamos.

Tenemos, aunque no lo crean, un fondo de la Defensoría del Ministerio de Defensa, específicamente un fondo para la reconstrucción de mamas. Sin embargo, históricamente, a las mujeres se nos ha visto como cifras negativas. No entiendo por qué no quieren utilizar ese fondo destinado a la reconstrucción de mamas. No sé qué planean hacer con él o en qué lo emplearán, pero el fondo existe y no se utiliza.

Desde que tenemos uso de razón, ser mujer en el Perú implica enfrentar desafíos: desde tener voz y voto, hasta participar en política y ser escuchadas. Todos sabemos, y no creo que nadie lo niegue, que la mujer es el pilar fundamental de una familia. Si falta una mujer en una familia, la estructura se tambalea. No pretendo menospreciar

a los hombres, pero es evidente que las mujeres no solo desempeñamos roles físicos; damos vida, alimentamos a nuestros hijos y somos el núcleo familiar.

Lo más preocupante es que el Ministerio de Salud, que debería respaldar proyectos que no requieren un presupuesto adicional (pues solo se trata de un día al año dedicado a la autoexploración mamaria), no lo hace. Proponemos proyectos que no requieren presupuesto adicional, pero aún así no recibimos apoyo ni aprobación. Esta resistencia no proviene del Congreso, sino del Ejecutivo.

Lo único que puedo decirles a todos los presentes es que debemos ser la voz de aquellos que no la tienen y continuar luchando. La única manera de avanzar con estos proyectos, que buscan una vida más justa para la población peruana que ha sufrido tanto, es trabajar de manera articulada.

¿Qué quiero decir con esto?

Que debemos unirnos, hablar con una sola voz y actuar juntos en beneficio de la población que nos eligió. Esa población que aún confía en nosotros, que cree que sus autoridades pueden generar un cambio positivo para el bienestar de nuestras familias y para el futuro de nuestros hijos. Muchas gracias.

Dr. Francisco Berrospi Espinoza

Jefe Institucional del INEN

Buenas tardes a todos. Hoy, para abordar el tema de sinergias y cómo se generan, vamos a hablar principalmente de la experiencia del instituto y cómo estamos implementando esto.

Es esencial que todos nos unamos: sector público, sector privado, academia y sociedad civil en la lucha integral contra el cáncer. Una atención integral del cáncer solo se logrará con todos trabajando en conjunto.

Como mencioné anteriormente, no lo lograremos solo con tener una ley. Todo este proceso llevará tiempo. Ya escuchamos esta mañana al representante de Chile mencionar que, a pesar de que su ley lleva varios años, aún no está completamente implementada, aunque han logrado avances significativos.

El Ministerio de Salud, como ente rector y normativo, establece las estrategias propias del sector. No es quien programa las actividades de promoción y prevención, que son esenciales para la atención integral del cáncer. Sin embargo, estas acciones no pueden ser aisladas. Debemos trabajar en conjunto, especialmente en las regiones, con gobiernos regionales, locales y direcciones regionales de salud. Todos debemos promover la descentralización de la atención. Es una tarea titánica, lo reconozco.

Con respecto a la implementación de la ley, desde que se inició el INEN y se establecieron plazos, hemos cumplido con ellos. Por ejemplo, se nos dio 120 días para entregar un documento, y lo hicimos en tiempo. Sin embargo, para los siguientes pasos, entre diferentes oficinas del Ministerio, ya no hay plazos claros, y esto ha causado retrasos.

El documento de gestión está pendiente y, después de varios meses, aún esperamos el plan de implementación, esencial para ejecutar los presupuestos.

La implementación también requiere otros recursos que el país aún no posee, como una historia clínica electrónica única. Esto permitiría que un paciente pueda ser atendido en cualquier lugar del país, ya sea en el MINSA, en salud o en el sector privado, sin tener que solicitar su historia clínica o un informe médico en otro lugar. Es una tarea pendiente.

En cuanto al Registro Nacional de Cáncer Poblacional, que es una de las responsabilidades del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ya contamos con una base. El INEN ha mantenido este registro durante muchos años, aunque está desactualizado con un retraso de 5 o 6 años. Hay otras iniciativas en Trujillo y Arequipa, que son esfuerzos locales y que estamos tratando de integrar. Recientemente, Cajamarca también se ha sumado a este registro.

El país es grande, y estos registros son esfuerzos locales. Debemos unirnos y trabajar juntos.

En cuanto al Registro Nacional de Cáncer Poblacional, no contamos con una forma de obtener información en tiempo real, como muchos esperarían en esta era digital. Aunque todos tenemos un celular y podemos acceder a noticias al instante, mantener un registro de cáncer o un registro de base poblacional es una tarea mucho más compleja. Además de recopilar datos, es esencial garantizar su calidad y cumplir con una serie de requisitos específicos para estos registros.

Uno de los desafíos principales es la falta de recursos humanos. Algunos podrían pensar: "¿Por qué no contratar más personal?". Sin embargo, no es tan simple. El índice de médicos por 10,000 habitantes en el país es de 15, mientras que la media mundial es de 16. Para alcanzar esa media, necesitaríamos aproximadamente 15,000 médicos adicionales. Considerando que la formación médica toma entre 6 a 7 años, es difícil imaginar cómo cubrir esa brecha en poco tiempo.

En cuanto a infraestructura, ya se mencionó anteriormente sobre las deficiencias en los puestos de salud y la falta de equipamiento. A pesar de estos desafíos, hemos planificado y seguimos monitoreando los servicios oncológicos en el país a través de un observatorio.

Para dar una idea general, hay tres o cuatro departamentos en Perú que no cuentan con ningún servicio oncológico. Nadie que pueda considerarse que de algún servicio oncológico.

El INEN, como instituto formador de recursos humanos, tiene una gran responsabilidad. Fue en el INE donde se inició la primera residencia médica formal en Perú en 1952. Desde entonces, hemos continuado formando especialistas en oncología, desarrollando especialidades y subespecialidades.

A pesar de que hemos incrementado la cantidad de residentes formados anualmente, aún es insuficiente, especialmente en áreas como la oncología pediátrica.

En relación con la oncología pediátrica, hay una falta de formación y de interés por parte de los pediatras en atender a pacientes oncológicos. De cada 10 pediatras que invitamos al INEN, solo uno muestra interés en especializarse en oncología.

Contamos con un programa que ha existido por más tiempo que la Ley Nacional de Cáncer. Es un programa que lleva en funcionamiento muchos más años que la Ley Nacional de Cáncer. Este programa, nacido con el Plan Esperanza, se denomina "Semillitas de la Prevención". Es una intervención estratégica en educación para las etapas preescolar, escolar y secundaria. Ya lo hemos implementado en varios colegios, y hay uno en Chorrillos ya por 5 años, que se ha convertido en emblema de este programa. Es alentador ver cómo se integra dentro de la currícula escolar.

A pesar de que hemos presentado este programa a MINEDU como propuesta, no ha sido aceptada. Sin embargo, recientemente, los gobiernos regionales de Trujillo y Áncash han decidido incluirlo en sus programas educativos. También debe ser incluido en la educación universitaria.

Como mencionaba el doctor Palacios, debemos educar a la población. No solo los padres deben educar, sino que los niños también pueden transmitir el mensaje a sus familias. Es un proceso que llevará tiempo, pues cambiar costumbres puede requerir varias generaciones. Y para cambiar también el futuro del cáncer en el país se van a necesitar varias generaciones.

Hablando de sinergias con otros ministerios, alguien se preguntaba por qué el ESSALUD pertenece al Ministerio de Trabajo. Bueno, esas son cosas que ocurren en nuestro país. Tenemos un grupo que, lamentablemente, trabaja de manera desarticulada y no colabora directamente con nosotros.

Sin embargo, en el INEN atendemos a pacientes. El 20% de los pacientes que atendemos provienen de EsSalud y llegan por cuenta propia, no son transferidos ni referidos. Vienen porque confían en nuestra institución o porque, quizás, encuentran tiempos de consulta más adecuados para ellos. A pesar de las críticas de que ocupan espacio destinado a pacientes del SIS, como institución de salud, no negamos atención a nadie, ni siquiera a aquellos pacientes privados o sin seguro de salud.

Hemos tenido conversaciones con EsSalud y estamos próximos a firmar un convenio marco de intercambio prestacional. Esto significa que solo recibiríamos a aquellos pacientes de EsSalud que requieran servicios que el MINSA no ofrece, o que ellos no pueden brindar.

La idea es no distorsionar la contraprestación. Es esencial trabajar en conjunto. Si ellos tienen tecnología que no utilizan plenamente, podrían compartirla para beneficio de nuestros pacientes. Por ejemplo, hay pacientes que requieren un tratamiento específico, como la quimioterapia en la arteria retiniana del ojo por retinoblastoma. El Ministerio de Salud no ofrece este tratamiento, pero EsSalud sí. Por lo tanto, establecemos un convenio y nuestros pacientes reciben el tratamiento necesario en el globo ocular para conservar la vista ante esta grave enfermedad.

Hay muchos ejemplos de cómo intentamos trabajar de manera conjunta y articulada. Es un modelo que podría replicarse en todo el país. Esta reunión es un claro ejemplo de su importancia.

No solo estamos aquí médicos, sino también gestores, representantes del sector privado y de la academia. Todos debemos colaborar en este esfuerzo. No es un desafío que una sola entidad pueda superar por sí sola; todos debemos participar. Aunque llevará tiempo, estoy seguro de que lograremos nuestros objetivos.

Muchas gracias.

Mg. Martin Soto Florian

Director de Roche Farma y representante de Kero Lab

Voy a leer sucintamente unas ideas que quiero compartir en esta mesa de diálogo entre amigos. Todos compartimos una profunda preocupación por un propósito que nos une, nos reúne y nos motiva a aportar muchas ideas y pasión. Este propósito está relacionado con la salud de las familias del Perú.

Según los datos presentados en este congreso, cerramos el año 2022 con 70,000 casos nuevos de cáncer registrados. Las cifras, por supuesto, son preocupantes. Nos interpelan como sociedad, pero las historias personales de los pacientes nos afectan profundamente. Como la historia de Luzmila, compartida con empatía por Tatiana, quien moderó esta conversación ayer. Luzmila no pudo ser diagnosticada a tiempo, a pesar de viajar cientos de kilómetros desde Puno, porque el mamógrafo estaba malogrado cuando llegó a su cita.

Estas cifras y estas historias, llenas de dolor y miedo, deberían impulsarnos a cambiar la realidad y a actuar. Hoy, la lucha contra el cáncer se está convirtiendo en una prioridad nacional, en parte gracias a la aprobación de la Ley Nacional de Cáncer, que ha mejorado las condiciones y aumentado el presupuesto para combatir esta enfermedad en todas las regiones.

Digo "en parte" porque hay esfuerzos que debemos reconocer. Hay una gestión pública que trabaja con pasión y determinación, y eso merece ser reconocido. Los servidores públicos a menudo enfrentan críticas y rara vez reciben el reconocimiento por su empatía y esfuerzo.

Digo "en parte" también porque, como se ha resaltado en este congreso, las leyes por sí solas no transforman la realidad. Es la participación activa de todos, especialmente de las autoridades, la academia, la sociedad civil y los pacientes oncológicos, lo que hace que la Ley de Cáncer sea una prioridad en la agenda del país.

A dos años de la publicación de esta trascendental norma, es justo reconocer que ha habido avances significativos en su implementación, como la inclusión de niños en el esquema de vacunación contra el VPH, la publicación del manual de evaluación de tecnología sanitaria con enfoque multicriterio y la actualización del listado complementario de medicamentos oncológicos, entre otros.

Sin embargo, si vemos la Ley Nacional de Cáncer como la promesa de una nueva era donde se garantiza el acceso equitativo al derecho a la salud para los pacientes con cáncer, entonces todos debemos asumir la responsabilidad de convertir esa promesa en una historia de transformación exitosa de nuestro sistema de salud.

Esta aspiración colectiva solo puede materializarse mediante la cooperación. Tanto el MINSa como el INEN y los gobiernos regionales deben pasar de un enfoque de coordinación a uno de cooperación. Solo así podremos concretar la implementación de las políticas que hemos escuchado en estos dos días como promesas de gestión. Con cooperación y voluntad institucional, podremos implementar mecanismos diferenciados de adquisición, la Red Nacional de Banco de Tumores y la Red Oncológica Nacional en beneficio de los pacientes en todo el territorio."

"Como se ha mencionado en este congreso, debemos reconocer con humildad que el Estado no puede, ni debe, llevar a cabo por sí solo las grandes transformaciones. Desde este espacio, me gustaría comprometer a la academia, al sector privado y a la sociedad civil organizada a diseñar y ejecutar el primer concurso de políticas públicas oncológicas. Este esfuerzo busca convocar, de manera descentralizada, a investigadores y servidores públicos para ofrecer a las autoridades de salud diagnósticos y soluciones innovadoras que aceleren la implementación de la Ley de Cáncer.

En este momento, me parece oportuno recordar la voz y el liderazgo de un mentor y político ilustre, mi amigo Henry Pease, quien solía decir que el micrófono es un privilegio que debe usarse en beneficio del interés común. Siguiendo sus consejos, propongo a los representantes del INEN y de los gobiernos regionales la creación de Salas de Políticas Oncológicas Regionales Territoriales. Las hemos denominado "SPOT" para recordarlas fácilmente. Estos serán espacios donde se compartan lecciones, retos, experiencias y mejores prácticas en la gestión del cáncer en todo el Perú. Los invito a pasar de la teoría al SPOT.

Por último, aunque originalmente tenía pensado lanzar una propuesta, ahora solo me queda felicitarla. El sueño colectivo que trajimos desde Kero Lab a este espacio estaba relacionado con la confianza en que la voluntad de todos fructificara en la realización del segundo congreso internacional en alguna ciudad del país. Esta mañana, el gobernador y presidente de la asamblea, el señor ex rector Roel, tomó la iniciativa, adelantándose a mis palabras, de comprometerse a que el próximo año tengamos este encuentro en la ciudad de Arequipa. Así, llevaremos a cabo el segundo congreso internacional de políticas públicas en cáncer junto a la Universidad Nacional de San Agustín, con mi amigo el rector y con las autoridades presentes. Un aplauso para ellos y para todos ustedes que han dado el primer paso.

Termino con una última reflexión: les pido a todos que construyamos juntos ese sueño colectivo en nombre de la historia que Tati nos contó sobre Luzmila. Procuremos que el futuro próximo para nuestros hijos sea uno de equidad y solidaridad en la salud del país. Muchísimas gracias y buenas tardes a todos.

Dr. Erick Peña Sánchez

Viceministro de Salud

El tema que nos ocupa es de suma importancia. Las sinergias representan una forma de optimizar las intervenciones mediante la colaboración de múltiples actores. En el contexto del cáncer, varias ponencias y paneles han destacado la relevancia de estas colaboraciones.

De lo que he recogido de las palabras del Dr. Berrospi, director del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se están haciendo avances significativos en el marco de la implementación de la ley de cáncer.

Sin embargo, antes de profundizar en el tema de las sinergias, quisiera comentar algo que escuché esta mañana. A las 11 a.m., estuve conectado a la presentación del Ministro en el Congreso de la República, donde presentó el presupuesto para 2024 del sector salud. Durante el debate, varios congresistas expresaron preocupaciones legítimas sobre la brecha en recursos humanos, problemas de equipamiento e infraestructura en el sector salud.

Es evidente que Perú tiene uno de los porcentajes más bajos del PBI destinado al sector salud. Necesitamos trabajar intensamente para cambiar esta realidad. El Ministro mencionó que, aunque se está trabajando arduamente para mejorar el sector, los resultados se verán a corto, mediano y largo plazo. Como bien señaló el Dr. Berrospi, no podemos resolver la brecha de recursos humanos en unos meses. Formar especialistas y optimizar este campo llevará tiempo.

No obstante, eso no significa que no podamos avanzar en otros aspectos para reducir el impacto de los problemas sanitarios en la población. En este sentido, quiero enfocarme en el tema de las sinergias. Aunque se han discutido muchos aspectos relevantes, deseo aprovechar este espacio, organizado por una prestigiosa institución educativa, para abordar la formación de pre y posgrado.

Uno de los ejes de la gestión ministerial es el fortalecimiento del primer nivel de atención y la lucha contra el cáncer. Estamos centrando nuestros esfuerzos en la prevención y detección temprana de esta enfermedad.

La prevención no solo es competencia de la oncología; abarca desde la atención primaria hasta la educación. La academia tiene un papel crucial en generar información y evidencia. Por ejemplo, al introducir una nueva intervención de prevención, es necesario demostrar su eficacia y obtener financiamiento del Ministerio de Economía y Finanzas. Es esencial cuantificar su impacto en el mundo real.

Los sistemas de información en el sector salud no son óptimos. Como se mencionó anteriormente, tenemos un sistema de información en salud fragmentado. Existen múltiples sistemas paralelos que, en ocasiones, solapan la información. Es esencial unificar el sistema de información, pero esto es un trabajo que llevará tiempo.

Para contar con un sistema unificado de historias clínicas, se necesita infraestructura y conectividad. Es un proyecto a largo plazo. En algunos países, en lugar de buscar un único sistema, se persigue la interoperabilidad, que permite utilizar la información de manera integrada.

Desde esta perspectiva, nos interesa que la academia realice investigaciones operativas o de implementación que evidencien la efectividad de estas intervenciones. Hace unas semanas, tuve una reunión con representantes del CDC Sam, la oficina del CDC de Estados Unidos para Sudamérica con sede en Brasil. Están interesados en ayudarnos a mejorar nuestra respuesta ante pandemias, por mencionar un ejemplo.

Buscamos que la agenda de investigación de la academia responda a las necesidades de las intervenciones sanitarias. Es crucial investigar sobre las barreras y facilitadores de las intervenciones para entender por qué funcionan en ciertos contextos y no en otros.

Por ejemplo, si una intervención educativa implementada por el INEM en una escuela muestra resultados positivos y es demostrable, debería ser escalable. La escalabilidad de las intervenciones depende de probarlas, medirlas, sistematizar la información y presentarla. Durante mis años en el Ministerio de Salud, desde un establecimiento de primer nivel hasta direcciones estratégicas, he observado que realizamos muchas acciones, pero medimos y sistematizamos poco. La academia tiene el rol de diseñar investigaciones, implementarlas, recoger datos, documentar y publicar los hallazgos para informar a los tomadores de decisiones.

En el despacho de salud pública a mi cargo, he solicitado mapear todas las sinergias con cooperantes y la academia para alinear esfuerzos y evitar duplicidades. Esto nos permitirá interactuar con la academia y tener herramientas para justificar las intervenciones ante el Ministerio de Economía y Finanzas, ajustarlas y mejorarlas.

Por ejemplo, en el tema del cáncer, la obesidad es un factor de riesgo significativo. Actualmente, enfrentamos una sindemia donde, en lugares con alta prevalencia de anemia, también hay alta prevalencia de obesidad, incluso infantil. La obesidad es un estado inflamatorio, y es una causa de anemia. Es vital dilucidar estos factores causales y encontrar puntos de intervención. Eso es muy importante.

Finalmente, en el tema de las intervenciones sanitarias, la investigación de implementación es esencial. No se trata únicamente de medir la estrategia de intervención, sino también de cómo se implementa, identificando barreras y facilitadores.

En este sentido, las alianzas con el sector privado son cruciales, no solo para apoyar iniciativas e innovaciones, sino también para avanzar en la implementación de mecanismos diferenciados de adquisición. Tenemos un extenso trabajo por delante.

Felicito sinceramente iniciativas como esta de la universidad y la escuela de posgrado, liderada por la doctora. Estas iniciativas permiten consensuar, vincular al sector, a los decisores y a la academia, para buscar objetivos comunes y priorizar temas urgentes, como el cáncer, que es un eje central de la gestión del Ministro.

Trabajar conjuntamente nos permite generar la información necesaria para ajustar nuestras acciones. Estoy convencido de que si las decisiones de salud pública están basadas en evidencia contextualizada a cada región de nuestro país, obtendremos mejores resultados.

El tema del cáncer y la obesidad requieren cambios de comportamiento. Un cambio de comportamiento es un proceso complejo influenciado por múltiples predictores. Si no identificamos y cuantificamos estos predictores, no lograremos el cambio deseado solo con educación e información.

Cambiar comportamientos implica afectar la autoeficacia, la percepción del riesgo y la percepción del beneficio del cambio. Estos conceptos están respaldados por teorías del cambio de comportamiento. Debemos comenzar a aplicar lo que la ciencia nos dice y generar intervenciones en salud pública que sean verdaderamente efectivas. Eso es lo que quería compartir con ustedes.

Mg. Liliana del Carmen La Rosa Huertas

Directora de la Escuela de Posgrado de la USS

Buenas tardes a todos y todas. Agradezco profundamente a la señora congresista por acompañarnos, al señor viceministro, al jefe INEN, quien actualmente lidera la lucha contra el cáncer en el país, y a Martín Soto de Kero Lab, nuestro socio y amigo, que ha hecho posible este evento.

En este momento, con un sabor a despedida, quisiera que nuestros colegas de la escuela de posgrado se pongan de pie. Ustedes han visto a estos profesores repartiendo sándwiches, acomodando sillas y convocando gente. Por favor, profesores, coordinadores y asistentes administrativos, pónganse de pie. Gracias a su esfuerzo de estos meses, y a la colaboración con Ramiro, Alfredo y Melisa, hoy hemos sembrado una semilla.

Agradezco de corazón la presencia de cada uno de ustedes. Es un honor que hayan decidido estar aquí, en Chiclayo, un viernes y sábado, recordando a quienes perdimos a causa del cáncer, celebrando a los sobrevivientes y pensando en la prevención. Agradezco a la vicegobernadora, al rector de la Universidad de Tumbes, al rector de la Universidad de San Agustín de Arequipa, al director del IDEN y a todos los presentes. No han venido de paseo; han estado aquí, discutiendo, debatiendo y estableciendo lazos. Esto es sinergia en acción.

Gracias al equipo completo de Kero Lab, a las ONGs, a nuestros colegas de Estados Unidos y Chile, y a las autoridades de los colegios de enfermeros. Todos hemos construido sinergia, y nos deja un sabor hermoso saber que estamos unidos en la lucha contra el cáncer.

Quisiera compartir cinco reflexiones:

- No hay guerra que se gane sin un liderazgo claro y unidad en torno a ese liderazgo.
- Es esencial la articulación intersectorial.
- El MINSA necesita organizarse, así como las direcciones.
- Debemos ponerle lentes, capacitar a las 115,000 enfermeras colegiadas, a los 89,000 médicos colegiados, a los miles de estomatólogos y nutricionistas y a las miles de obstetras a las miles de psicólogas, todos los profesionales de la salud para detectar el cáncer oportunamente,
- Es fundamental inculcar una cultura preventiva del cáncer en todos los profesionales de la salud.

Es esencial que los miles de abogados, quienes revisan leyes y elaboran informes sobre la ejecución del presupuesto, tengan la claridad de que el cáncer está presente y debemos detectarlo a tiempo; de lo contrario, perderemos la batalla. Como enfermera, quiero señalar que el control de crecimiento y desarrollo se realiza en todo el país, pero no se detecta el retinoblastoma. ¿Por qué? Porque no está en la norma. Y si no está en la norma, nadie lo detecta y, por ende, no se refiere. Así, llegamos al triste caso de una niña que, a los cinco años, pierde su globo ocular y fallece, cuando se pudo haber detectado en su primer año. Somos miles de enfermeras en el país. ¿Qué falta para incluirlo en la norma? Falta decisión política, articulación profesional y orden.

El MINSA, como ente rector, debe cambiar la norma de control de crecimiento y desarrollo para incluir contenidos sobre cáncer infantil. Las enfermeras necesitan esa guía. Es esencial modificar la norma de planificación familiar y todas las demás normas para que incluyan una perspectiva de detección de cáncer. Necesitamos la expertise de los oncólogos para ello. Los profesionales de salud pública, como yo, no somos expertos en oncología. Es vital convocar a quienes sí lo son. El INEN y el MINSA deben trabajar juntos en la elaboración de estas normas.

Pero, con relación al cáncer, el jefe del INEN no nos ha informado sobre qué medidas tomará para evitar los problemas actuales en la atención oncológica. Tampoco nos ha especificado qué iniciativa legislativa impulsará respecto al tema de las grasas trans. No ha mencionado cuál será el fondo de incentivos que creará para garantizar que los municipios aseguren que los niños tengan acceso a campos deportivos. No ha detallado cómo estructurará sus programas y propuestas normativas que presentará al congreso. Aunque nos ha advertido sobre no fumar, no ha explicado las acciones concretas que tomará al respecto.

Recuerdo a una niña con retinoblastoma que llegó al INEN cuando yo era ministra de desarrollo e inclusión social. Lamentablemente, falleció. Han pasado cuatro años, y me pregunto cuántas niñas más han perdido la vida por la misma razón, simplemente porque no cambiamos la norma de control de crecimiento y desarrollo.

No hay mucho que dialogar; hay acciones que tomar:

- **Primero**, una articulación intersectorial y un ordenamiento normativo con enfoque en cáncer en el Ministerio de Salud. Doctor, tiene la oportunidad de cambiar la norma y hacer la diferencia.
- **Segundo**, la articulación debe ser multisectorial. Propongo la instalación de una comisión multisectorial de lucha contra el cáncer, liderada por el INEN, donde se establezcan estándares para la educación, detección temprana en programas como Cuna Más y otros. Además, es crucial trabajar en temas agrarios y alimentarios. Debemos regular la ingesta de grasas trans, como nos indicó el director de cáncer sobre sus efectos nocivos.
- **Tercero**, lo que señaló nuestro jefe del INE sobre el primer nivel de atención en los puestos y centros de salud es crucial. Para contextualizar a quienes no están informados, el 97.8% de los servicios de salud del MINSA y las direcciones son de primer nivel. De estos, 3,689 no cuentan con médico. Estamos discutiendo sobre el cáncer, pero tenemos un primer nivel sin médicos.

En el debate presupuestario, creo que es esencial reconsiderar el presupuesto público. No podemos seguir distribuyendo recursos de manera insuficiente. La salud debe ser una prioridad. No podemos continuar con 3,689 servicios sin médicos. Para cambiar esto, es necesario modificar la ley de presupuesto, eliminando la restricción de crear nuevas plazas. Si no hacemos esto, no habrá renovación ni cambio real, ya que solo se reemplazarán las plazas existentes. Necesitamos una transformación.

Para el próximo presupuesto, debemos asegurarnos de que se realicen los cambios necesarios. Es esencial trabajar juntos, unidos, para transformar el sistema sanitario. Un primer nivel sin médicos y enfermeras es insostenible. Además de otros recursos, es vital contar con agua potable, higiene y atención médica adecuada. ¿Cómo se puede diagnosticar o tratar sin la presencia de un doctor o enfermera?

- **Cuarto**, necesitamos, señor viceministro, y para ello, señor jefe INEN, ofrezco mi colaboración. Espero que nuestros colegas de Cayetano Heredia, la católica, la Universidad de Tumbes y la Universidad San Agustín pongan a disposición sus mejores equipos para elaborar un plan nacional de capacitación. Empecemos con las promotoras de salud: en MIDIS hay 220,000 promotoras sociales y en el MINSA, unas 60,000. Representan un ejército nacional para cambiar la cultura. Las técnicas de enfermería, a menudo olvidadas, superan en número a médicos y enfermeras, con alrededor de 300,000 a nivel nacional. Es esencial capacitarlas, informarlas y equiparlas con herramientas para detectar y tratar enfermedades, incluido el cáncer.

Es esencial que los miles de abogados, quienes revisan leyes y elaboran informes sobre la ejecución del presupuesto, tengan la claridad de que el cáncer está presente y debemos detectarlo a tiempo; de lo contrario, perderemos la batalla. Como enfermera, quiero señalar que el control de crecimiento y desarrollo se realiza en todo el país, pero no se detecta el retinoblastoma. ¿Por qué? Porque no está en la norma. Y si no está en la norma, nadie lo detecta y, por ende, no se refiere. Así, llegamos al triste caso de una niña que, a los cinco años, pierde su globo ocular y fallece, cuando se pudo haber detectado en su primer año. Somos miles de enfermeras en el país. ¿Qué falta para incluirlo en la norma? Falta decisión política, articulación profesional y orden.

El MINSA, como ente rector, debe cambiar la norma de control de crecimiento y desarrollo para incluir contenidos sobre cáncer infantil. Las enfermeras necesitan esa guía. Es esencial modificar la norma de planificación familiar y todas las demás normas para que incluyan una perspectiva de detección de cáncer. Necesitamos la expertise

de los oncólogos para ello. Los profesionales de salud pública, como yo, no somos expertos en oncología. Es vital convocar a quienes sí lo son. El INEN y el MINSA deben trabajar juntos en la elaboración de estas normas.

Recuerdo a una niña con retinoblastoma que llegó al INEN cuando yo era ministra de desarrollo e inclusión social. Lamentablemente, falleció. Han pasado cuatro años, y me pregunto cuántas niñas más han perdido la vida por la misma razón, simplemente porque no cambiamos la norma de control de crecimiento y desarrollo. No hay mucho que dialogar; hay acciones que tomar. Primero, una articulación intersectorial y un ordenamiento normativo con enfoque en cáncer en el Ministerio de Salud. Doctor, tiene la oportunidad de cambiar la norma y hacer la diferencia.

La articulación debe ser multisectorial. Propongo la instalación de una comisión multisectorial de lucha contra el cáncer, liderada por el INEN, donde se establezcan estándares para la educación, detección temprana en programas como Cuna Más y otros. Además, es crucial trabajar en temas agrarios y alimentarios. Debemos regular la ingesta de grasas trans, como nos indicó el director de cáncer sobre sus efectos nocivos.

Definitivamente, la actualización de los documentos técnicos es una tarea constante y un proceso iterativo que se adapta a la luz de nuevas evidencias. Lo que ha mencionado la doctora es esencial: el aporte de los especialistas en los temas es crucial. Como bien se ha expresado, no solo los salubristas deberían encargarse de las normas. Sería un contrasentido. Necesitamos la participación activa de los especialistas para poder actualizar las normas adecuadamente.

Agradezco mucho que se haya resaltado esta necesidad, pues es algo que tomaremos muy en cuenta.

Es un compromiso que estamos asumiendo: tener una mayor apertura. El señor ministro tiene muy claro que, al elaborar documentos técnicos o al reformular estrategias, se requiere la colaboración de todos los involucrados para lograr documentos más completos y adecuados. Doctora, tiene mi compromiso para continuar con este trabajo. Muchas gracias.