

REVISTA CIENTÍFICA
EPISTEMIA

e-ISSN: 2708 - 9010

RELATORÍA DE PONENCIAS

I CONGRESO INTERNACIONAL

POLÍTICAS PÚBLICAS Y CÁNCER

Special Edition

2024



Universidad
Señor de Sipán

Escuela de
Posgrado



Salud para el Perú



Contenido

Apertura	4
Dr. Francisco Berrospi Espinoza Jefe institucional del INEN	4
Dr. Jorge Pérez Flores <i>Gobernador Regional Lambayeque</i>	4
Dr. Erick Peña Sánchez <i>Viceministro de Salud</i>	5
Dr. Huber Ezequiel Rodríguez Nomura <i>Exrector de la Universidad Señor de Sipán</i>	6
Ley de cáncer Nacional de Cáncer y su reglamento	7
Dr. Jorge Pérez Flores <i>Gobernador Regional Lambayeque</i>	7
Experiencia de vida	10
Tatiana Balbuena <i>Presidenta ONG Palpa Mama</i>	10
Situación del cáncer en el Perú	12
Indyra Oropeza <i>Vocera del Semáforo Oncológico</i>	12
Conversatorio	14
Mg. Fiorella Ormeño Incio <i>Directora de Proyectos de Delivery Associates</i>	14
Dra. Kersty Morote García <i>Gerencia de Servicios de Salud de La Libertad</i>	14
Dr. Javier Manrique Hinojosa <i>Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</i>	15
Desarrollo Infantil Temprano	17
Mg. Fiorella Ormeño Incio <i>Directora de Proyectos de Delivery Associates</i>	17
Estrategia contra el Cáncer	22
Mg. Carolina Goic <i>Excongresista de la República de Chile</i>	22
Comentario	24
Dr. Jorge Pérez Flores <i>Gobernador Regional Lambayeque</i>	24
Implementación de la Ley de Cáncer	25
Dr. Francisco Berrospi Espinoza <i>Jefe Institucional del INEN</i>	25
Financiamiento	27
Dr. Osondu Ogbuoji <i>Instituto para la Salud Global de la Universidad de Duke</i>	27
Modelo de Fondo de alto costo	31
Q.F. César Amaro <i>Investigador Principal de Videnza</i>	31
El seguro integral de salud	36
Dra. Flor Phillips Cuba <i>Jefa del SIS</i>	36
Fondeo de tratamientos oncológicos	39

Q.F. César Amaro Investigador de Videnza.....	39
Tecnologías Sanitarias Multicriterio.....	41
Dra. Karina Aliga Llerena Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásticas	41
Gasto en enfermedades crónicas.....	45
Mg. Miguel Figallo Brero Gerente de Proyectos de Apoyo Consultoria	45
Comentarios	48
Dra. Rocío Cisneros Tipismana Departamento de Oncología IREN Norte	48
Mg. Miguel Figallo Brero Gerente de Proyectos de Apoyo consultoría	49
Mecanismos diferenciados de adquisición	50
Dr. Erick Peña Sánchez Viceministro de Salud.....	50
Gestión de salud descentralizada	53
Ing. Vlado Castañeda Consultor en descentralización	53
Experiencia comparada con Chile	58
Dra. Andrea Martones Asesora en Salud Pública Chile.....	58
Comentario.....	61
Dra. Sofía Cuba Fuentes Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	61
Saludo e invitación para Arequipa	62
Rohel Sánchez Sánchez Gobernador de Arequipa y Pdte. De la ANGR.....	62
Comentario.....	64
Dr. Víctor Palacios Cabrejos Director de prevención del cáncer MINSA	64
Dra. Rocío Ramírez Tipismana Directora del INREN Norte.....	64
Promoción de la salud en Cáncer	65
Dr. Víctor Palacios Cabrejos Director de prevención del cáncer MINSA	65
Clausura	69
Kira Alcaraz Agüero.....	69
Dr. Francisco Berrospi Espinoza Jefe Institucional del INEN	70
Mg. Martin Soto Florian Director de Roche Farma y representante de Kero Lab	72
Dr. Erick Peña Sánchez Viceministro de Salud	73
Mg. Liliana del Carmen La Rosa Huertas Directora de la Escuela de Posgrado de la USS 75	

Apertura

Dr. Francisco Berrospi Espinoza

Jefe institucional del INEN

Es un honor para mí estar presente en este primer congreso de políticas públicas de salud y cáncer. Considero que esta es una iniciativa sumamente importante y ambiciosa, de alcance regional y, ¿por qué no?, macrorregional. Su objetivo es abordar y profundizar en temas cruciales como la política de salud y cáncer.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, estamos plenamente comprometidos y convencidos de la relevancia de estas iniciativas. Por primera vez, en este evento se abordará un tema de tal magnitud, especialmente en el contexto de la Ley Nacional de Cáncer, que actualmente está en plena implementación. Nuestro instituto desempeña un papel crucial como encargado de la Red Oncológica Nacional.

Sin embargo, esta reunión adquiere aún mayor importancia porque se busca enfatizar lo que establece la ley: la atención integral del cáncer. Esta atención comprende desde la promoción de la salud y la prevención, que son esenciales, hasta el diagnóstico, tratamiento y manejo paliativo en todos los niveles.

Lo que queremos resaltar es la necesidad de implementar acciones de promoción de salud a nivel nacional. Nuestra institución está involucrada en diversos proyectos relacionados con la promoción de la salud. Como hemos discutido anteriormente, es más coste-efectivo prevenir y promover la salud que tratar el cáncer. Al enfocarnos en la prevención, podemos garantizar más años de vida saludable y brindar una mejor calidad de vida a la población.

Aprovechemos esta oportunidad para analizar los desafíos, especialmente los de esta región o macrorregión. Estoy seguro de que llegaremos a conclusiones que nos permitirán tomar acciones concretas. Como dato adicional, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas recibe referencias de los principales hospitales de Lima. Sin embargo, el quinto hospital que más nos refiere pacientes con cáncer es el Hospital Regional de Lambayeque, con un promedio de un paciente por día. Esto evidencia la magnitud del problema de salud que enfrentamos. Las políticas existen, pero es imperativo tomar acciones. Considero que este congreso es una excelente oportunidad para coordinar esfuerzos en beneficio de la salud pública.

Dr. Jorge Pérez Flores

Gobernador Regional Lambayeque

La pregunta es: ¿solamente se registran 69,000 casos de cáncer por año? Les aseguro que podríamos tener de repente el doble. Y cuando despertamos a este "león", la cuestión es cómo nos involucramos adecuadamente en este trabajo. Es aquí donde debemos unirnos, no solo desde el Ministerio de Salud o los institutos nacionales y regionales de prestaciones de cáncer, sino también desde otros ámbitos. Hemos tratado el tema de manera inmediata con algunos planes, como el Plan Esperanza. Sin embargo, queridos amigos, creo que toda esa sinergia tiene que ver con la trazabilidad que respaldamos en cuanto a las políticas públicas. Esta trazabilidad involucra al sector salud y otros sectores.

Por ejemplo, el cáncer de estómago que tenemos debido al *Helicobacter Pylori*. Si no erradicamos una bacteria que está en el agua, enfrentaremos problemas mayores, como la necesidad de gastrectomías radicales. Esto es una política de estado que debemos comenzar a trabajar desde todos los niveles de gobierno. Pero la perspectiva puntual es: ¿cuánto estamos dispuestos a invertir para solucionar este problema y que no sea una situación recurrente en el 2030? Porque ese escenario ya lo conocemos. Nuestro objetivo es el milenio: agua, desagüe, salud y equidad. Luego, se establecieron los 17 objetivos del desarrollo sostenible. Pero seguimos en lo mismo porque no hemos dado prioridad y no estamos

escuchando a la academia. Estas reuniones son muy cerradas y creo que la prensa, en lugar de enfocarse en trivialidades, debería estar mirando estos desafíos.

Al inicio del año, nosotros, los gobernadores regionales, pedíamos una demanda adicional. Pero nuestro ministro de salud no atendió esta solicitud para cubrir las necesidades de los 1,874 distritos que tiene este país. Recordemos el lamentable caso del congresista que falleció a las 11 de la noche porque no había operatividad en el sistema de salud. Tenía todo lo necesario, pero faltaba el personal médico y de enfermería.

En estos días, el discurso predominante es sobre salud. Pero creo que la salud debe ser abordada desde múltiples perspectivas. Es interesante estar en la región norte, ahora como Presidente de la Mancomunidad que representa a Tumbes, Piura, La Libertad, Lambayeque, Cajamarca, Amazonas, San Martín y Loreto. Estas regiones representan a 10 millones de peruanos, el 49% de todo el territorio nacional y, en términos económicos, el 18% del producto bruto interno. Además, en términos de exportación, casi 7,000 millones de dólares. Eso es el Perú en el que estamos sentados ahora. Y es fundamental que nos unamos, porque contamos con universidades de gran categoría y facultades de medicina que pueden aportar soluciones.

Quiero agradecer a todos y cada uno de ustedes, en especial a la doctora Phillips. Estar en mi tierra, tocando temas tan sensibles, me llena de emoción. Es crucial que trabajemos juntos para mejorar la salud en nuestro país, aprender a atender adecuadamente y reducir los costos. Muchas gracias a todos.

Dr. Erick Peña Sánchez

Viceministro de Salud

Reciban el saludo, en mi nombre y a través de mí, del Doctor César Vázquez, Ministro de Salud. Es un especial encargo suyo que esté aquí en su representación. Coincidentemente, algunas de mis actividades corresponden al despacho que desempeño, pero no queríamos dejar pasar esta valiosa oportunidad de estar presentes en este evento de crítica importancia. En el vuelo de esta mañana, revisaba un estudio sistemático sobre las intervenciones para la prevención y control del cáncer en el mundo, publicado en la prestigiosa revista Nature. Se estima que para 2070 habrá 38 millones de casos más de cáncer a nivel global, casi el doble que en 2018.

El desafío no solo radica en la magnitud de esta enfermedad. Está demostrado que, debido a la transición demográfica y epidemiológica que vivimos, ha habido un aumento en la carga de enfermedad e impacto de afecciones crónicas en la salud pública de los países. Sin embargo, la afectación es desigual, con brechas de inequidad. Los países de bajos y medios ingresos enfrentan la mayor carga de este problema.

Lo mencionado en las intervenciones iniciales es crucial. El componente preventivo no solo es costo-efectivo, sino que aborda problemas de salud con repercusiones más amplias, como el consumo de tabaco, la obesidad, el síndrome metabólico y enfermedades vinculadas a patógenos relacionados con el cáncer, como el virus del papiloma humano, la hepatitis B y C, y el *Helicobacter pylori*.

Es esencial generar evidencia sobre cómo implementar estas intervenciones en salud pública. Deben adaptarse al contexto para garantizar su efectividad. La gestión actual del ministro de Salud, Dr. César Vázquez, ha identificado tres ejes de trabajo esenciales, entre los cuales destaco el fortalecimiento del primer nivel de atención y la atención al cáncer, priorizando la prevención y detección temprana.

Sin embargo, para lograr un cambio significativo, necesitamos la colaboración de todos los actores involucrados, especialmente de la academia. Este evento no solo es importante en sí mismo, sino que también es de especial interés para el sector de salud. Esperamos que genere líneas de acción basadas

en evidencia para abordar eficazmente el problema del cáncer. Quiero expresar mi agradecimiento a esta casa de estudios y a las autoridades aquí presentes. En nombre del ministro de Salud, felicito y agradezco a los organizadores de este evento, confiando en que sus resultados se traducirán en mejoras en las intervenciones de salud pública.

Dr. Huber Ezequiel Rodríguez Nomura

Exrector de la Universidad Señor de Sipán

Nos encontramos en un evento de gran relevancia, y es un honor contar con la presencia de distinguidas personalidades. En la mesa de honor nos acompaña el viceministro de Salud, el señor gobernador de la región Lambayeque, la señora gobernadora de la región Arequipa, el doctor jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el señor gobernador de la región Tumbes. También nos honra con su presencia nuestra directora de la escuela de posgrado, doctora Liliana La Rosa, y nuestro estratégico asociado, Martín Soto, representando a la Corporación Roche, con quien compartimos en colaboración y cooperación para desarrollos de investigación científica.

Agradezco al señor rector de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa y al señor rector de la Universidad Nacional de Tumbes por estar aquí. Asimismo, extendiendo mi gratitud al señor gerente regional de salud, a la jefa del CIS, al rector académico de esta casa de estudios, doctor Eric Salazar, al señor gerente general de nuestra universidad, Alberto Jiménez, y a todas las autoridades presentes. Buenos días a los medios de comunicación, a todos los que nos siguen a través de nuestras redes, especialmente a través de Facebook Live de la universidad, y a todos los asistentes a este gran evento organizado por la escuela de posgrado en alianza con la Corporación Roche.

Las buenas políticas educativas y de salud son pilares fundamentales para el desarrollo de una nación. Un pueblo educado y con salud de calidad es un pueblo en progreso. Destaco la labor del gobernador de la región Lambayeque, autor de la reciente ley general del cáncer, y felicito su iniciativa. Toda política pública debe adaptarse a la realidad, y tras la pandemia, el mundo ha cambiado, y con él, nuestras realidades y necesidades. La pandemia del coronavirus, identificado como COVID-19, nos mostró dos caras: la tristeza de la mortalidad y, por otro lado, la adaptación y el uso intensivo de las tecnologías de información. Esta adaptación ha generado una nueva cultura en instituciones públicas y privadas, y en la sociedad en general, reconociendo las ventajas que la tecnología trae consigo.

Este congreso cuenta con extraordinarios ponentes, y agradezco la convocatoria realizada por la doctora Liliana. Es esencial que, más allá de las políticas, se asignen presupuestos adecuados para la implementación, supervisión y obtención de resultados efectivos en la prevención y curación del cáncer. Nuestra casa de estudios, al igual que otras universidades, tiene la responsabilidad de formar profesionales íntegros en el área de la salud, quienes serán la columna vertebral de la implementación de estas políticas.

Conversaba antes de iniciar este evento sobre la importancia de la investigación científica, especialmente la experimental, y el desarrollo de sistemas de información de calidad. Estos sistemas nos permitirán identificar, clasificar y desarrollar políticas públicas más efectivas, especialmente en el ámbito de la salud y, en particular, en el cáncer. Señor viceministro, gracias por estar aquí. Al señor ministro César Vázquez, siempre lo escuchamos con una actitud positiva hacia la implementación de políticas de salud en el país. Desde aquí, deseamos que tengan éxito en sus gestiones y nos comprometemos a compartir las conclusiones de este congreso para enriquecer las políticas públicas desde el Ministerio de Salud.

En nombre de todos los asistentes, declaro inaugurado este congreso internacional de políticas públicas para la prevención y curación del cáncer. Muchas gracias y buenos días a todos.

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.

Experiencia de vida

Tatiana Balbuena
Presidenta ONG Palpa Mama

Hola, buenos días, ante todo. Muchas gracias por la invitación a Kero Lab y a la Universidad. Señor de Sipán, gracias por la invitación a este importante evento. Creo que van a salir muchas cosas buenas de aquí. Me van a perdonar, yo no estoy acostumbrada a hablar ante un auditorio tan nutrido. A pesar de que hago programas en vivo, normalmente le hablo a la cámara, pero ahora estoy hablando a las personas directamente. Así que he tenido que escribir mis ideas para no olvidar lo que les quiero decir.

Bueno, mi nombre es Tatiana Balbuena, soy presidenta de la asociación Palpamama y fundadora de la comunidad "La Teta de Tati", que justamente este mes estaba cumpliendo dos años. Nuestro objetivo es brindar información para la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer de mama, así como brindar apoyo y ayuda a las personas que ya están transitando por esta enfermedad. A través de nuestra comunidad, he podido conocer cientos de historias de mujeres que se sienten huérfanas en nuestro sistema de salud. Sienten que quizás perdieron antes de empezar su proceso oncológico porque es tan engorroso que se vuelve casi inhumano.

Estoy aquí porque quiero seguir haciendo cosas que contribuyan a reducir el impacto del cáncer en nuestro país. Y quisiera hablar desde la posición de los pacientes respecto a la Ley Nacional de Cáncer.

Pero antes, quisiera contarles algo breve sobre mí. Tengo 57 años y hace 5 años recibí el diagnóstico de cáncer de mama. Mi hermana mayor, mi madre, dos hermanas de mi madre y una de sus hijas, todas fuimos diagnosticadas con cáncer de mama. Sin embargo, tuvimos la suerte de recibir atención oportuna, lo que nos ha permitido sanar y sobrevivir. Me siento afortunada porque estoy hoy aquí, pero no puedo decir lo mismo de muchas mujeres que no lograron tener un diagnóstico a tiempo, o que fueron diagnosticadas, pero no recibieron la atención oportuna ni tuvieron acceso al tratamiento necesario.

Como es el caso de Luzmila, quien dejó a sus hijos pequeños para viajar desde su tierra en un pueblo de Puno, a cientos de kilómetros, para recibir atención médica especializada en la ciudad. Sin embargo, no la pudieron atender porque el mamógrafo estaba malogrado y tenía que esperar meses para la mamografía que necesitaba con urgencia. Y finalmente no pudo regresar porque no tenía los recursos económicos, ni con quién dejar a sus niños, ni la energía para realizar un tremendo viaje de vuelta.

Y también está el caso de Madeleine, una madre de 35 años de un centro poblado de Moyobamba, a quien le diagnosticaron cáncer de mama con metástasis pulmonar. Tuvo que viajar hasta Chiclayo para la biopsia y, debido a la complejidad de su diagnóstico, trasladarse a Trujillo para el tratamiento. Pero su médico la desahució porque el hospital no tenía los medicamentos necesarios. Así que tuvo que tomar la decisión de ir a Lima en busca de tratamiento, dejando todo atrás.

A pesar de que el CIS cubre a más del 75% de los peruanos, tiene deficiencias operativas tan grandes que muchos pacientes optan por conseguir recursos por otros medios para su atención y tratamiento.

La Ley Nacional de Cáncer tiene un propósito claro: garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria para los pacientes oncológicos. Sin embargo, a dos años de su promulgación, los avances son mínimos, al menos desde la perspectiva de los pacientes. Puede que se haya avanzado en la gestión y la burocracia, pero los pacientes aún no sienten esos avances.

Señores, las políticas públicas se diseñan para resolver problemas públicos. Así que necesitamos que esta ley funcione. Todos tenemos una responsabilidad en ello.

Aprovecho que estamos en octubre, el mes de la conciencia sobre el cáncer de mama, para hacer un llamado a todas las mujeres del Perú a que se hagan controles preventivos, autoexámenes mensuales y, si tienen 40 años o más, una mamografía.

Saludo a las autoridades, miembros de instituciones públicas y profesionales de salud presentes aquí, con la finalidad de articular y buscar el mejor camino para implementar esta ley lo más pronto posible. Es un llamado de auxilio. Los peruanos y peruanas ya no podemos más. Muchas gracias.

Situación del cáncer en el Perú

Indyra Oropeza

Vocera del Semáforo Oncológico

¡Buenos días a todos y muchas gracias!

Me hubiera encantado poder estar acompañándolos en persona hoy, pero me fue imposible. Mi nombre es Indira Oropeza, presidenta de la ONG "Con L de Leucemia" y cofundadora del "Semáforo Oncológico".

Para quienes no lo conocen, el "Semáforo Oncológico" es una iniciativa de la sociedad civil, conformada por 10 asociaciones de pacientes. Nuestro principal objetivo es comunicar y alertar sobre el avance de la implementación de la Ley Nacional de Cáncer. Desconozco si todos tienen la presentación a la mano, yo no puedo visualizarla, pero me gustaría compartir algunas cifras relevantes del cáncer en nuestro país.

- Aunque algunas ya fueron mencionadas en exposiciones anteriores, es fundamental recalcarlas:
- Según Globocan 2020, alrededor de 6,000 peruanos son diagnosticados con cáncer mensualmente.
- Casi 100 peruanos mueren diariamente a causa del cáncer.
- En 2020, las neoplasias con mayor incidencia en la población peruana fueron de próstata, mama, estómago y cuello uterino.
- Entre enero y diciembre de 2022, se registraron más de 10,000 nuevos casos de cáncer en 62 hospitales, destacando el cáncer de cuello uterino y de mama.

Un logro de la Ley de Cáncer es que ahora los niños y niñas pueden vacunarse contra el VPH.

Avanzando en la presentación, la Ley de Cáncer, con más de dos años de promulgada y uno de reglamentada, representa una oportunidad histórica. Sin embargo, pese a contar con un reglamento y haberse cumplido casi el 50% de sus 16 disposiciones, la realidad dista de reflejar sus beneficios. Parte esencial de esta ley es la "Red oncológica Nacional", un documento técnico aún pendiente.

Esta "Red oncológica" busca promover la descentralización de los servicios oncológicos, permitiendo que pacientes sean atendidos en su lugar de residencia en vez de trasladarse a Lima, a menos que requieran atención especializada.

La urgencia de descentralizar es evidente, y los datos del MINSA, aunque no reflejan la totalidad, lo demuestran. La descentralización es crucial porque:

- El gasto de bolsillo para pacientes es elevado y se incrementa con traslados desde provincias a Lima. Estimamos un costo anual de 6,000 soles sin considerar el desgaste emocional.
- Enfocándonos en cánceres frecuentes en mujeres, como de mama y cuello uterino, el 47% diagnosticadas en provincias viajan a Lima para tratamiento, lo que significa que 1 de cada 2 mujeres deja su hogar y familia.
- El retraso en la publicación de la "Red oncológica Nacional" afecta a pacientes y familias que buscan recuperar su salud. Necesitamos un compromiso genuino del gobierno y gobiernos regionales.

Desde el "Semáforo Oncológico", vemos la oportunidad en la implementación de la "Red oncológica" mediante pilotos en regiones. Hemos discutido esta propuesta con gobernadores regionales y estamos listos para colaborar.

Finalmente, a los tomadores de decisiones aquí presentes, les pido que tomen acciones ahora. Como paciente oncológica en tratamiento, sé que el sistema no funciona como debería. Si no mejoramos, seguirá fallando a muchos más. Es urgente actuar en beneficio de los más de 175,000 pacientes oncológicos en Perú.

¡Gracias!

Conversatorio

¿Cómo fortalecer el primer nivel de atención para la lucha contra el cáncer?

Mg. Fiorella Ormeño Incio

Directora de Proyectos de Delivery Associates

Muchas gracias. Lo que se compartía al final de la presentación es la importancia de entender cuál es la situación actual. Es esencial comenzar con un diagnóstico. Sin embargo, cuando hablamos de diagnósticos, nos referimos a procesos rápidos. Existe el riesgo de pasar demasiado tiempo diagnosticando y planificando, y sabemos que los períodos de gestión gubernamental son cortos.

Es cierto que, como Estado, deberíamos tener procesos de planificación que trasciendan el tiempo y las gestiones. Pero también debemos ser realistas. El primer paso es comprender dónde estamos en este momento y tener la oportunidad de evaluar rápidamente nuestra situación. Posteriormente, es vital identificar la capacidad con la que contamos para abordar esta problemática y entender las oportunidades para generar impacto y cambios basados en esa capacidad.

A veces, los diagnósticos nos muestran problemas que parecen inmanejables. Por ello, siempre nos preguntamos: ¿por dónde podemos empezar? ¿Qué impacto podemos lograr en los próximos tres o seis meses? Sin perder de vista nuestros objetivos a largo plazo, debemos identificar las acciones que nos brindarán la oportunidad y el impulso para implementar otros cambios y reformas. Es esencial encontrar un equilibrio entre lo que podemos lograr a corto plazo y lo que debemos hacer para que esta cultura de gestión del cumplimiento perdure más allá de un proyecto puntual.

Finalmente, es crucial tener un sistema a nivel gubernamental, tanto nacional como subnacional y local, que nos permita tomar decisiones en tiempo real y hacer correcciones cuando las cosas no salgan como lo hemos planificado. No podemos esperar al final del año y decir: "No gastamos todo el presupuesto, será para el próximo año". Necesitamos un sistema basado en la evidencia y en procesos rutinarios para evaluar nuestro progreso. Si no vamos por el camino correcto, debemos identificar qué corregir, reconocer las regiones que se desempeñan mejor, las que están rezagadas y las oportunidades de aprendizaje y colaboración. También es vital acelerar ciertos procesos en áreas específicas

Dra. Kersty Morote García

Gerencia de Servicios de Salud de La Libertad

Es un placer reencontrarme con muchos funcionarios públicos de todos los niveles: local, regional y nacional, con quienes trabajamos el año pasado en diferentes políticas públicas, como telemedicina y redes integradas de salud.

Quisiera resumir un punto crucial: ¿cómo fortalecer el primer nivel de atención en la lucha contra el cáncer? Quienes me precedieron ya han expuesto nuestras estadísticas y las deficiencias de nuestro sistema de salud.

Para poder ayudar a una persona que probablemente padezca cáncer o que necesite rehabilitación, debemos reconocer que muchos de nosotros, durante la pandemia, tuvimos algún familiar con cáncer y experimentamos de primera mano las dificultades que enfrenta un paciente para recibir la atención y rehabilitación adecuadas.

Los mejores sistemas de salud en el mundo se basan en la atención primaria de salud, no en el "primer nivel de atención", una mala traducción. Se trata de cuidados esenciales de salud. Por eso, nuestro nuevo modelo de cuidado integral del MINSA es un modelo basado en el curso de vida para la persona, familia y comunidad. Si realmente queremos un sistema de salud accesible, oportuno y de calidad, comencemos fortaleciendo el primer nivel, que es la puerta de acceso.

Felicito la iniciativa del Ministerio de Salud con su plan 1,000. Pero ¿cuántos establecimientos de primer nivel tenemos? Hay 8,279 establecimientos donde las personas acuden sospechando que podrían tener cáncer. El año pasado, propusimos un proyecto para transformar los establecimientos "uno-uno", que solo cuentan con un técnico, enfermera u obstetra, en "uno-dos" o "uno-tres", que tienen mayor capacidad resolutive con un equipo completo de recursos humanos. Esa sería la primera respuesta sobre cómo fortalecer el primer nivel de atención.

En segundo lugar, y no porque sea médico de familia, a nivel mundial se reconoce que la especialidad de medicina familiar es esencial para la atención primaria de salud porque ve al paciente de forma integral y puede realizar procedimientos. Entonces, ¿por qué no contratar a los médicos de familia recién graduados que tienen un enfoque preventivo y promocional? ¿Por qué esperar a atender a los pacientes cuando ya tienen cáncer si podemos prevenirlo? Si bien es cierto que muchos cánceres se detectan en estadios avanzados, ¿por qué no empezar a prevenir y promover la salud desde ahora?

El año pasado, en otro conversatorio nacional, escuché a una paciente de La Libertad que había acudido al INEM por un probable cáncer de mama que llevaba 6 meses tratando en el primer nivel de atención. La respuesta del INEM fue que no podían atenderla porque no sabían si era cáncer o no. Si hay un preventivo, ¿por qué no hacer prevención en un tercer nivel de atención? ¿Por qué no se pueden cubrir esas atenciones si nuestros médicos están capacitados y dispuestos a hacerlo?

Dr. Javier Manrique Hinojosa

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Cuando hablamos sobre las actividades a nivel del primer nivel de atención, recuerdo conversaciones reiteradas con Don David de Gea Rivero, quien acuñó una famosa frase en inglés sobre la atención primaria de salud. Él aclaraba que se refería a la asistencia sanitaria básica, no a la atención en el primer nivel. Por lo tanto, debemos refrescar estos conceptos.

Uno de los objetivos más importantes en medicina es la relación médico-paciente. Por lo tanto, al hablar del primer nivel de atención, debemos considerar no solo lo que el Ministerio de Salud puede ofrecer al paciente, sino también al usuario de esa atención. Aquí es donde quiero enfocarme. Siempre buscamos generar una cultura de prevención, y esto solo se logrará educando a la comunidad. No solo hablamos de educar al médico, sino también a la comunidad.

En la septuagésima asamblea de la Sociedad Americana de Cáncer, se destacó que el 50% de los nuevos casos de cáncer podrían haberse evitado mediante la prevención primaria y el control de factores de riesgo. Además, un tercio de la mortalidad podría haberse evitado con un diagnóstico temprano. Es fundamental prevenir enfermedades mediante el control de factores de riesgo y realizar diagnósticos tempranos para evitar cánceres avanzados.

Para generar conocimiento, debemos educar a la población y a los médicos. En el INEN, trabajamos con médicos de familia para formar a más profesionales que puedan participar en la comunidad. Además, es esencial educar a la población desde la niñez. Tenemos una estrategia llamada "Semillitas de la Prevención en Cáncer", donde educamos a docentes sobre prevención primaria y secundaria del cáncer. docentes utilizando su metodología pedagógica los que van a trasladar esta información al niño y hemos visto el éxito que tiene ello hemos visto cómo los niños hablan de cáncer y prevención

Tenemos un proyecto piloto en Chorrillos el colegio Inclán y recientemente hemos hecho lo mismo y se está replicando hoy día una que campaña es una actividad en las calles de la ciudad de Ancash por un colegio que también ha sido capacitado, el colegio Simón Bolívar, que tiene una amplia actividad hablando sobre prevención

La salud no solo se trata de recuperación. La verdadera salud es prevenir la enfermedad. Las determinantes sociales de la salud son responsabilidad de diversos ministerios, no solo del Ministerio de Salud. Es responsabilidad de los decisores para controlar las determinantes sociales que no dependen del Ministerio de salud dependen del Ministerio de vivienda de educación de trabajo y de todos aquellos por eso afirmamos que la promoción de la salud que se basa en las determinantes sociales. Es una solución transversal

Como siempre digo, mientras en el país existan más corruptos, la solución que siempre se propone es construir más cárceles. Señores, evitemos la corrupción y no construyamos tantas cárceles. Prevengamos, evitemos que la población enferme y no construyamos tantos hospitales costosos. Inviertamos más en prevención.

El jefe institucional del INEN ya lo dijo: la prevención es el pilar fundamental para el control de las enfermedades. No debemos descuidar el tratamiento, pero es esencial evitar que nuestra población enferme. Esto solo se logrará desarrollando estrategias de intervención en el primer nivel.

Para ello, debemos actuar en relación con los establecimientos del tercer nivel o especializados, que deben ser los formadores. No solo debemos formar a cirujanos oncólogos, radio-oncólogos y oncólogos clínicos, sino también a especialistas en prevención. Ellos serán quienes diseñen estrategias de intervención, trabajen en la comunidad y dirijan adecuadamente las investigaciones en relación con el tipo de alimentación.

Conversé con el doctor Hugo Rojas, rector de la UNSA en Arequipa. Allí, tenemos a un médico que ha investigado la capsaicina. Recientemente, se publicó un artículo sobre los efectos benéficos y los daños de la capsaicina (usada para mitigar el dolor) en el control de algunas enfermedades neoplásicas.

Debemos realizar investigaciones y desarrollarlas en colaboración con la academia. Es necesario desarrollar la oncología translacional, y lo que descubran los investigadores debe ser trasladado a la clínica para su aplicación en el tratamiento. Lo que debemos hacer es una especie de oncología translacional, utilizando dos criterios: la investigación básica formadora de recursos y la educación, y la aplicación de los conocimientos en la comunidad.

Desarrollo Infantil Temprano

Mg. Fiorella Ormeño Incio

Directora de Proyectos de Delivery Associates

Gracias por la invitación.

Vengo de una empresa que se llama “Delivery & Associates”. Es una empresa británica fundada el 2013 que trabaja con gobiernos respecto de desafíos de implementación

Son muchos de los desafíos de los que estábamos hablando y sobre los que estábamos escuchando en las ponencias anteriores. Hay buenas políticas públicas sólidas, y el desafío es cómo las llevamos a la práctica, cómo garantizamos que estas políticas públicas puedan ser implementadas en beneficio de la ciudadanía.

Trabajamos con ROCHE en el año 2021 implementando un piloto en el gobierno regional de Cusco para lograr la mejora de indicadores maternos neonatales e infantiles en Cusco, Perú. El escenario que encontramos en junio del 2021 cuando empezamos a trabajar fue que el número de atenciones médicas entre mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de dos años había llegado a solo 30% de la meta anual.

Estamos hablando en un escenario post pandemia, un escenario donde las familias y sobre todo las madres, tenían mucho temor de ir hacia las instituciones para recibir los servicios de salud

Pero además de eso encontramos un escenario de una desconexión entre la oferta y la demanda porque los pacientes por miedo al COVID 19 no asistían a sus controles de rutina, y el personal de salud tampoco se encontraba asignado de manera adecuada. Entonces cuando los pacientes se acercaban a los centros de salud en Cusco no había suficientes médicos para atenderlos.

Identificamos al inicio del proceso que no era una falta de personal médico sino era más bien falta de visibilidad respecto de la asignación de estos.

Existía una compensación mayor por los turnos nocturnos y una tendencia a saturar dichos turnos versus los horarios donde había mayor afluencia de los pacientes, y la información sobre los roles de turno se mantenía de manera manual y cuando llegaban a la red a veces llegaban en los primeros días del mes.

Había una desconexión entre lo que reflejaba la demanda de los centros médicos y específicamente cómo se habían asignado los roles. No había mayor oportunidad para modificar eso. El problema no solamente lo estaba atravesando la región de Cusco sino más bien era un problema casi global.

Esta es una presentación sobre implementación y sobre los desafíos de la implementación, pero también sobre algunas soluciones y alcances prácticos para poder resolver los problemas que estamos enfrentando, como los que comentaba Tatiana en su presentación: acercar el servicio de salud al paciente y que los servicios de salud estén pensados de modo tal que hay una vinculación directa entre lo que tenemos planificado y lo que queremos lograr, pero también un claro entendimiento de cuál es la ruta del paciente, cuál es la ruta del médico y cuál es la ruta del personal asistencial para brindar ese servicio .

Enfocarse en que la implementación es realmente importante. Delivery & Associates ha patentado una metodología llamada “metodología de cumplimiento” , que básicamente es una manera de hablar de implementación de un modo muy sencillo y empezamos con preguntas clave.

Nos preguntamos qué intentamos lograr entonces tener una clara definición del éxito en el caso de Cusco queríamos mejorar por un lado la productividad del personal de salud y por otro lado queríamos lograr mayores controles de las Madres, mayor atención a los niños, mayor vacunación y una mejora en la entrega de los servicios de salud. Esta definición inicial de éxito es un paso importante porque a veces hacemos todo y cuando hacemos todo sabemos que no logramos necesariamente todo, a veces no logramos nada

Hay que tener una clara definición de éxito que además es compartida y socializada con las personas que van a estar a cargo de la implementación porque a veces tenemos metas, pero no necesariamente esas metas son socializadas o comunicadas con las personas que están dando el servicio

Sucede que no había una vinculación clara entre lo que se espera del médico y el personal asistencial. Tener prioridades claras que implican tener también objetivos específicos y medibles. y luego de eso a partir de esos claros indicadores planificar las estrategias a usar para poder alcanzar estos resultados,

Podemos hacer muchísimas cosas para atraer a los pacientes a los centros de salud, pero ahora que hemos identificado el problema, que tenemos claro dónde queremos llegar, tendremos un plan que además está siendo socializado con las personas que lo van a implementar.

Muchas veces cuando tenemos el plan, tenemos la política, se le entrega al personal existencial sin ningún tipo de guía e incluso cuando se tiene la guía ellos no tienen cómo comunicar los problemas de la implementación a las personas que están tomando decisiones.

Cómo generamos es otra pregunta, ¿cómo sabremos si estamos en el camino correcto? entonces tenemos los datos disponibles para que en cualquier momento a lo largo de la implementación sabemos dónde estamos y cuánto falta para llegar a la meta, porque cada persona que está siendo atendida no es un número, no es una estadística, es una persona que está accediendo a un servicio que necesita

Entonces tenemos un sistema claro para saber si estamos yendo por el camino correcto y cuando no estamos llegando a la meta; para decidir qué vamos a hacer al respecto, así como tenemos los espacios de rutina para poder discutir y resolver los problemas de manera activa. Eso implica tener rutinas de gestión no solamente con las personas que están brindando el cuidado o la asistencia a los pacientes sino también a nivel de liderazgo quiénes tienen que estar involucrados, quiénes son las personas que pueden ayudar a destrabar un problema. Sucede que muchas veces los problemas se visibilizan cuando acabó el año cuando ya no es posible llegar a la meta.

En cualquier momento de la implementación sabemos dónde estamos y tenemos espacios para poder generar discusión, un sistema en el que realmente estemos mirando los datos mirando el avance y viendo si efectivamente estamos avanzando,

Este sistema muy sencillo es lo que hicimos en la red de salud norte y logramos los cambios y las mejoras que vamos a compartir con ustedes ahora.

Para el personal asistencial se logró la digitalización de los roles de turno entonces empezamos hablándoles de cómo los roles de turno, la asignación del personal asistencial se daba a través de planillas en físico que llegaban de los establecimientos de salud y cuando se consolidaba ya era un poco tarde en el mes para poder hacer cualquier ajuste.

Quiero destacar aquí que este aplicativo que se creó no fue un aplicativo que hicimos como empresa y lo entregamos a la red de salud norte. No, este fue un aplicativo que la propia red de salud desarrolló con la capacidad de su propio personal y esto es importante porque cuando iniciamos siempre hay muchas cosas tecnológicas que podemos utilizar para para las mejoras , pero también hay que analizar cuál es la capacidad que tenemos para que esta esta mejora ,o esta esta herramienta tecnológica , sea algo que será usado de manera continua por el personal que se va a quedar, pues cuando la empresa consultora sale muchas veces esas herramientas digitales ya no se usan más.

El trabajo ahí fue identificar qué capacidad existía en ellos mismos. Se inició con un archivo compartido en Google tipo Excel al que en el que todos los centros de salud ingresaban los roles de turnos, aplicativo que se desarrolló en la propia red de salud.

Se generaron estos cambios que permitieron tener una mejor visibilidad de dónde estaba la demanda de los pacientes dónde estaban los médicos y poder vincularlos y mejorar la toma de decisiones: dónde deberían estar asignados el personal de salud.

La siguiente estrategia y como decía es muy importante vincular las estrategias para lo que queremos lograr. Lo que queríamos también era aumentar las tasas de vacunación, las visitas de las madres al centro de salud, los controles de las madres gestantes, los controles de las madres que recién habían dado a luz.

¿Cómo logramos atraer al paciente al centro de salud si el paciente no está viniendo al centro de salud? Eso se desarrolló con el propio personal de salud de estos establecimientos. Ellos nos decían: “sí estamos aquí, pero a veces las madres no están viniendo no logramos cumplir la meta porque no vienen”.

Es todo un proceso de sensibilización y ellos mismos llegaron a estas estrategias para poder llegar a su población y estas estrategias fueron ir a los mercados, socializar más información sobre la importancia de los controles, sobre la importancia de las vacunas y luego visitas domiciliarias que también lograron ayudar a aumentar y mejorar la cobertura de la asistencia.

La red de salud promovió un concurso de TikTok a nivel de establecimientos de salud hicieron sus videos la importancia de la lactancia materna, la importancia de los controles. Eso tuvo mucho impacto en la motivación del personal porque estaban muy emocionados con tener esta esta oportunidad de hablar más sobre las cosas que ellos ven y sobre la problemática que tienen en sus centros de de salud.

Al final de la intervención que duró 6 meses se logró un aumento significativo en la atención en comparación con las proyecciones que se realizaron al inicio del programa. Resultó en un 14% de aumento en controles de niño sano, un aumento en vacunación pediátrica del 5% aumento de la suplementación en 14% aumento en controles pre y post natales, del 5% y aumento en consultas de planificación familiar del 12%.

Aquí estamos viendo números aquí estamos viendo estadísticas, mejoras, es superpositivo, pero más importante que estos son todas las personas que están detrás de estos números, detrás de esta estadística. Son personas que lograron acceder a un servicio que estaba disponible para ellos, pero al que por un sinnúmero de razones no estaba llegando del modo adecuado.

Estos son algunos de los principales aprendizajes, pero quería enfocarme en la palabra *legado sostenible* porque cuando la consultoría acaba muchas veces cualquier iniciativa de mejora queda ahí, desaparece.

Se trata de realmente de entender cómo y a través de quién se iba a implementar la planificación y a pesar de que la red de salud norte tuvo cambios desde su liderazgo hasta diferentes personas que hacían parte del del proceso de implementación de este piloto, se lograron conseguir los resultados porque se socializó ampliamente lo que se buscaba.

Siempre va a haber resistencia y en este caso hubo mucha resistencia porque estábamos hablando de reasignación en algunos casos del personal asistencial y eso va a generar tensiones. Nadie quiere hacer las cosas de manera diferente y no porque tenga malas intenciones sino porque ya vieron muchos procesos de cambio y dicen: “otra vez otros consultores , vienen a traer otra metodología, ya yo lo vi, ya lo viví “

Pero logramos conseguir la motivación del personal para que se den cuenta que sí se pueden hacer las cosas de manera diferente pero más importante que eso es que entiendan el rol que ellos cumplen. A

veces una enfermera cree que solo es una enfermera que está ahí y que hace su trabajo viniendo nada más. No está entendiendo, no está dimensionando el bien que hace a un sinnúmero de personas que vienen a atenderse; igual los médicos, incluso el personal de seguridad de los establecimientos de salud. Si no entienden el rol que cumplen y la importancia de su rol va a ser muy difícil que logremos que se comprometan a alcanzar los resultados porque estos resultados no eran resultados de una empresa, eran resultados del personal del establecimiento de salud de la red de salud y eso también los motivó bastante.

Al final de este proceso ellos tenían un sistema digital para administrar los roles de turno que no solamente implementaron a nivel del piloto, sino que luego, cuando ya nosotros no estábamos trabajando con ellos, lo extendieron a todas las redes de salud de Cusco. Ellos sabían que era una innovación que ellos habían generado y la querían socializar y la están utilizando en todo Cusco.

Se generaron entrenamientos para los jefes de roles de turno, pero sobre todo a nivel de motivación, porque el conocimiento está ahí, las personas saben la problemática la realidad y saben realmente cómo hacer su trabajo. Los médicos y el personal asistencial en Perú son muy buenos, altamente capacitados comparados quizá a otros países donde tenemos la oportunidad de trabajar.

Se trata de cómo se entiende su rol dentro de esta cadena de implementación. Se mejoraron los canales de comunicación con el paciente, pero sobre todo detrás de esto está el cambio cultural que esto implica. Cuando veo un número y entiendo que detrás de este número están personas a quienes yo he contribuido a mejorarles la vida debido a mi voluntad para hacer las cosas de otro modo. Me dará mucha satisfacción el haber aceptado e incorporado estas innovaciones a mi día a día.

Este es el tipo de trabajo que nosotros venimos haciendo desde “Delivery & Associates” en diferentes partes del mundo. Ahora quiero atraer su atención a un proyecto que tuvimos la oportunidad de hacer a raíz de la experiencia en Cusco. El gobernador regional de Cajamarca vino a nosotros y nos dijo que había visto lo que hicimos en Cusco, que había refaccionado el Hospital regional docente de Cajamarca, lo había modernizado, pero notaba colas de pacientes todos los días esperando en la puerta del hospital. Entonces él nos decía: *“no entiendo cómo si hecho todo este proceso de modernización de infraestructura de sistemas, las personas siguen viniendo a hacer fila.”* Entonces en una intervención muy corta de tres meses lo primero fue ayudar al hospital a medir los tiempos de espera de los pacientes algo que no se había hecho antes.

Así se supo cuánto esperaba un paciente en este hospital y se identificó que los pacientes crónicos esperaban 7 horas y esto por qué porque tenían que venir dos veces al establecimiento de salud la primera vez para sacar su cita y la segunda vez para la cita en sí. Los pacientes crónicos queremos que vuelvan al hospital, no queremos que se queden en su casa entonces ¿por qué el paciente crónico no tiene una cita preasignada? en el caso del hospital regional de Cajamarca eso no estaba sucediendo.

Se hizo un cambio. A las personas que estaban haciendo la agenda de los médicos se le dio el número de celular de los pacientes que estaban registrados y se les envió su cita por WhatsApp. El primer mes los pacientes crónicos igual vinieron porque no creían que era cierto que estaban teniendo su cita preasignada, entonces igual vinieron y el indicador no se movió. Pero el siguiente mes cuando ya se dieron cuenta de que no tenían que venir dos veces, vinieron solamente a su cita eso ayudó a que el paciente crónico espere una hora en lugar siete.

Son a veces procesos muy sencillos los que nos pueden llevar a resultados concretos y a cambios que tienen un impacto que va mucho más allá de una asistencia técnica o de una consultoría, o quizá de un sistema muy complejo. A veces los pacientes están esperando mucho tiempo. El hospital tenía control biométrico, pero el personal de seguridad a cargo se iba a la cafetería, y los pacientes a esperar.

No es mala intención de nadie, ni del personal ni del médico o la enfermera. Simplemente no hay un dimensionamiento de lo que está detrás de esos minutos adicionales que alguien usa para tomar desayuno en la cafetería desatendiendo su puesto y sus funciones. Se trata de historias como las que

contaba Tatiana, historias de personas reales. A veces hay esa desconexión entre la persona que está brindando el servicio y la historia que está detrás de esos pacientes

A modo de reflexión, invertimos en soluciones de salud concretas y que además sean sostenibles en el tiempo. Lo que planteamos es definir claramente el éxito orientado a resultados priorizados para los ciudadanos. Estamos hablando de la importancia de los controles del cáncer, pero: ¿realmente cuántos chequeos preventivos estamos haciendo? ¿Cuál es la tasa y el avance que se tiene? ¿Cuál es el avance que se tiene por región? ¿Cómo estamos atrayendo a las personas a hacerse esos controles? ¿Cómo es que logramos cambiar esta cultura con la que llegamos al control cuando quizá ya es un poco tarde? Se trata de mejorar esos indicadores y tener una definición de éxito muy clara sabiendo qué cosa es lo que queremos lograr y qué cosa es lo que todos sabemos y qué cosa es lo que queremos lograr

Planteamos este desafío a partir de una definición clara de éxito y luego sugerimos tener un sistema claro para poder medir, porque yo podría decir que tengo una meta de controles que quiero hacer en mi región en mi establecimiento de salud, pero a la hora de la hora si los datos van a llegar a mí a fin de año o van a llegar a mí cada 6 meses va a ser muy difícil que yo pueda tomar decisiones o modificar los procesos de planificación.

Se debe tener un sistema que ayude a tomar decisiones para lo cual debemos tener las rutinas que nos permitan que las personas que están tomando las decisiones tengan esa visibilidad. En el caso de Cajamarca algo que fue fundamental, muy parecido a lo de Cusco, fue que los líderes del hospital supieran cuánto esperaban sus pacientes porque no lo sabían, no tenían una manera de medir los tiempos de espera y cuando vieron esos números primero no los creían y luego cuando empezaron a ver las historias detrás de esos números se dieron cuenta de que sí eran reales y que había una oportunidad para mejorar. Pasa en todo el Perú, cuando las tasas de rotación del personal son tan altas sobre todo en puestos de liderazgo. Por ello es importante interactuar con toda la cadena de implementación.

Tener muy claro cómo y a través de quién vamos a implementar una estrategia comunicacional para atraer a las personas a hacerse sus mamografías y hacerse sus chequeos preventivos. Cómo es que van a acceder a esa información la mayoría de las personas van a poder accederlas a través de redes sociales como Facebook, o de la televisión, o de la radio dónde están las personas que no están viniendo.

Siempre pensar a partir de dónde estamos, dónde queremos estar y cuál es la mejor estrategia. No se trata de que hagamos 25 pilotos en diferentes partes y veamos qué sale mejor si no realmente entender y aprender para que un proyecto no sea algo que hacemos hoy día y que después a un año decimos que salieron las cosas bien pero no conseguimos el resultado.

Muchas gracias por eh por su tiempo y por el espacio.

Estrategia contra el Cáncer

Mg. Carolina Goic
Excongresista de la República de Chile

Primero, quiero agradecer y espero que me escuchen claramente. Me hubiera encantado estar presente, pero debido a un cambio de fecha, no fue posible adecuar las agendas. En reiteradas ocasiones y en diversos foros, me he encontrado con organizaciones de la sociedad civil enfocadas en el cáncer. Hemos compartido experiencias sobre cómo hemos vivido procesos similares en la implementación de leyes del cáncer en nuestros respectivos países.

Me presentaron como una de las impulsoras de la Ley Ricarte Soto, una legislación especial en Chile que busca ofrecer protección financiera a pacientes con tratamientos de alto costo. Además, soy coautora, junto con la sociedad civil, de la Ley Nacional del Cáncer chilena, un modelo parecido al de otras naciones que abordan el cáncer no solo como un problema de salud sino como el principal desafío de salud pública.

Esta ley no solo cubre tratamientos, que son esenciales, sino que también se enfoca en la prevención, detección precoz y en cómo atender las necesidades de los pacientes. Propone una red de centros oncológicos accesibles, con recursos humanos adecuados, y cómo vincular la investigación con la toma de decisiones en políticas públicas. Además, garantiza la participación de la sociedad civil a través de una comisión mandatoria integrada por representantes de organizaciones de pacientes, fundaciones, sociedades científicas relacionadas con el cáncer y universidades con facultades de medicina.

La Ley Nacional de Cáncer es un marco para diversas normativas que abordan la complejidad del cáncer, promoviendo la colaboración público-privada. Durante mis 16 años como parlamentaria y ahora desde la academia, he trabajado en estrecha colaboración con legisladores y la sociedad civil para abordar estos desafíos.

Si hay una lección que extraer de la Ley del Cáncer chilena, es que una política pública robusta debe surgir de la sociedad civil. Cuando era senadora, un grupo de actores relacionados con el cáncer me pidió que llevara al parlamento un proyecto basado en su trabajo previo. Mi equipo y yo desarrollamos un texto legislativo basado en esa propuesta, pero no fue una invención mía; fue el resultado de la participación colectiva.

Si queremos enfrentar el desafío que plantea el cáncer, probablemente lo más difícil sea la inequidad asociada a esta enfermedad. Eso requiere del esfuerzo de todos nosotros. A menudo decimos que puede ser más sencillo encontrar la última molécula o un nuevo tratamiento para combatir el cáncer, pero el verdadero reto en nuestros países es garantizar que estos avances estén al alcance de todos.

Esto se relaciona con lo que denominamos determinantes sociales. Si cuentas con un seguro público, acceso a la red pública o privada, eso puede marcar una diferencia en tu lucha contra el cáncer. Asimismo, el nivel educativo es un factor determinante. Existen estudios que muestran que hay hasta 10 veces más posibilidades de morir por cáncer si no se ha completado la educación media o no se ha accedido a la educación universitaria. Es una gran injusticia, especialmente cuando consideramos que todas las vidas tienen el mismo valor.

Una de las principales lecciones de la Ley Nacional del Cáncer y del proceso que vivimos en Chile es la necesidad de la participación activa de la sociedad civil, en conjunto con los tomadores de decisiones. Tan importante como el contenido de la ley es el proceso para implementarla y garantizar su continuidad una vez que se ha aprobado.

Ojalá las leyes fueran una especie de varita mágica que solucionará todos los problemas, pero eso no es real. Las leyes son herramientas que establecen acuerdos y directrices, protegidos de cambios políticos arbitrarios. Actualmente, el Estado de Chile tiene la obligación de contar con el Plan Nacional de Cáncer, y hemos garantizado una cantidad significativa de recursos para tratamientos de alto costo que no están cubiertos por otros medios en Chile. La constancia y permanencia son las verdaderas fortalezas de la ley.

El cáncer es una enfermedad con la que debemos convivir y lo haremos por muchos años. La efectividad de las herramientas legislativas depende también de las acciones que tomemos posteriormente. Valoro enormemente iniciativas como el "semáforo oncológico". La supervisión y el seguimiento por parte de la sociedad civil son fundamentales. Aunque algunas medidas avanzan rápidamente, otras lo hacen más lentamente. Por ejemplo, en Chile, que es un país extenso, la ley propone centros oncológicos de diferentes niveles de complejidad en cada región. A pesar de los retrasos y desafíos, como la reciente pandemia, es esencial que la sociedad civil impulse la colaboración con los gobiernos regionales y el Ministerio de Salud.

Mi invitación es a fortalecer el trabajo conjunto como región. A pesar de las diferencias entre nuestros países, enfrentamos desafíos comunes en investigación, compra de medicamentos y formación de especialistas.

La Ley Nacional de Cáncer también se centra en el paciente y en humanizar el trato. Esto ha llevado a cambios en el diseño de las unidades de salud y a la incorporación de protecciones adicionales, como medidas contra despidos arbitrarios debido a un diagnóstico de cáncer.

Comentario

Dr. Jorge Pérez Flores

Gobernador Regional Lambayeque

En la misma línea, donde se pueden concretar las políticas públicas en beneficio de nuestros pacientes, considero que deberíamos establecer una ruta de trabajo con lo que podamos aportar los actores presentes hoy.

Creo que la academia puede contribuir significativamente en el componente de la detección precoz del cáncer en niños. Hablamos de los 10 signos y síntomas más relevantes para diagnosticar leucemia, un diagnóstico temprano de enfermedades de retina o enfermedades osteomusculares en niños. Es esencial tener la astucia para diagnosticar cáncer si un niño presenta fiebre durante una semana, dolor en los huesos, hinchazón abdominal o cualquier otro síntoma atípico. Estos son aspectos cruciales que no son exclusivos del médico; toda la sociedad debe estar informada.

Si difundimos este conocimiento a través de la academia a todos los profesionales de salud: psicólogos, etnólogos, médicos, enfermeros, biólogos, químicos farmacéuticos, entre otros, entonces ese niño que llega al centro de salud ya está siendo observado desde el primer contacto. El diagnóstico precoz es esencial para reducir la alta tasa de mortalidad y, sobre todo, la letalidad de la enfermedad. La comparación con otros países no debería centrarse solo en la mortalidad, sino en la letalidad: la diferencia entre tener cáncer y morir, y tener cáncer y superarlo.

No basta con elegir un presidente que priorice la salud. Es esencial enfocarse en otros componentes sociales relacionados con el bienestar, el consumo adecuado de agua y el manejo de excretas, ya que son factores cruciales para una salud pública adecuada. Si se recomienda a las mujeres que se realicen autoexámenes de seno y mamografías, deben tener acceso a esos servicios. Insisto en la importancia de una reunión en la ANGR con la asamblea de gobernadores regionales. Los recursos existen, pero a menudo se desvían. Es esencial establecer una ruta clara y contar con la supervisión de entidades como el Ministerio de Salud e INEN. Propongo que mi región sirva como ejemplo y me comprometo a cumplir las metas establecidas.

A las universidades les digo: no es solo medicina. Todos somos un equipo: obstetras, licenciados en enfermería, biólogos, tecnólogos. Todos debemos colaborar y potenciarnos. Nuestros hospitales deben estar 100% operativos, sin cerrarse por disputas o diferencias entre lo público y lo privado.

Considero que podemos contribuir y no simplemente esperar a que el gobierno actúe por nosotros. Al final, los afectados somos nosotros, y eso es algo que debemos tener claro.

Implementación de la Ley de Cáncer

Dr. Francisco Berrospi Espinoza

Jefe Institucional del INEN

Primero que debemos hacer es tener claro cuál es nuestra situación y nuestro diagnóstico situacional como sistema de salud. Las leyes no resuelven todo automáticamente. No contamos con más recursos, no hay más profesionales ni hospitales. Todo esto lleva tiempo.

Nuestro sistema de salud es fragmentado y no articulado. Es bastante disperso y, aunque más del 90% de la población está protegida por una IAFA, como el CIS o ESSALUD, aún hay un grupo significativo de pacientes que no están incorporados en el sistema de salud porque no saben cómo acceder o a dónde dirigirse.

Nuestros sistemas no se comunican entre sí. A pesar de contar con una institución como el INEN, encargada del manejo del cáncer, esta centralización ha llevado a que muchas regiones queden desatendidas. Los médicos formados en las regiones son absorbidos por el centralismo. Por ejemplo, muchos médicos formados en Chiclayo desean trabajar en Lima y, una vez que se trasladan allí, no regresan.

La red de salud debería ser integrada, funcionando de manera que cualquier paciente pueda ser atendido automáticamente en cualquier centro de salud. Sin embargo, no existe intercomunicación ni interoperabilidad entre los actores, lo que nos mantiene aislados.

El sistema de referencias es centralizado, lo que significa que el 70% de los pacientes de cáncer llegan al INEN por referencias, pero no hay un sistema de contrarreferencia. Estos pacientes se quedan en el hospital, aumentando la carga institucional.

Aunque la Ley Nacional de Cáncer aborda el financiamiento, enfrentamos problemas con los presupuestos. Si no se ejecuta adecuadamente, al año siguiente se asigna menos presupuesto, lo que perjudica al paciente.

Hemos trabajado en red durante mucho tiempo y, aunque la red oncológica ya existía de alguna manera cuando comenzó el Plan Esperanza, la Ley Nacional de Cáncer se ha construido sobre estas bases.

Aunque la red funcionó durante 4 o 5 años, se desarticuló. Esto es lo que sucede cuando termina un gobierno y se pierde el interés en la continuidad. Sin embargo, con el nacimiento de la Ley Nacional de Cáncer, se nos ha encomendado la tarea de la red oncológica. Hablamos de la vigilancia epidemiológica y del Registro Nacional de Cáncer de base poblacional, una tarea titánica. No podemos construir un registro de cáncer de la noche a la mañana, ya que la información no está disponible. A pesar de que en estos tiempos todos tienen un celular y acceso a información en tiempo real, aún no contamos con los datos necesarios para tomar decisiones.

El INEN también tiene la responsabilidad del banco de tumores, y estamos contribuyendo a su construcción. El primer paso es no intentar crear bancos de tumores en todo el país, sino coordinar con las regiones. Los institutos regionales del norte, centro y sur deben tener su propio banco de tumores, esencial para la investigación clínica. El cáncer no se manifiesta de la misma manera en todas partes; hay prevalencias distintas en diferentes regiones.

No podemos esperar que todas las neoplasias de todo el Perú se atiendan en el INEN en Lima. Aunque algunos problemas, como las leucemias, pueden ser tratados inicialmente en ciertos lugares, llevará años antes de que podamos ofrecer atención descentralizada.

Por alguna razón, la región de Lambayeque es la principal "proveedora" de casos de leucemia. No sabemos por qué, pero sí sabemos que la tierra agrícola y los alimentos que se cultivan contienen elementos tóxicos debido a los fertilizantes. Esto no solo contamina el campo, sino también el agua. Si no mejoramos nuestro sistema de manejo de drenajes, el problema persistirá.

El problema no es solo del Ministerio de Salud; es un problema de todos, incluidas las universidades con facultades de medicina. Todos, desde médicos hasta ingenieros y arquitectos, tienen un papel que desempeñar. Esta región ha sido afectada por lluvias y dengue, y estos problemas no se resolverán rápidamente. Pero debemos recordar que todos debemos trabajar juntos en esto.

Aunque el semáforo oncológico nos indica si estamos en rojo o en verde, hay tareas pendientes. Son tareas de gestión que serán útiles, pero lo más importante es actuar. En ese sentido, seguimos intentando articular esta red oncológica, estableciendo alianzas con diferentes entidades.

Las iniciativas regionales como esta son importantes. Espero que de aquí surjan acciones significativas y que este sea el primer paso importante que se dé en una región para abordar seriamente este gran problema de salud que es el cáncer.

Muchas gracias.

Financiamiento

Dr. Osondu Ogbuoji

Instituto para la Salud Global de la Universidad de Duke

Tengo algunas diapositivas que me gustaría compartir. Como se mencionó, la atención se centra en las experiencias comparadas de financiamiento sostenible para la prevención y el tratamiento del cáncer. Comencemos con algunas estadísticas, que creo que muchos de ustedes conocen.

El cáncer es una causa de muerte cada vez más frecuente en el Perú. Cuando examinamos los datos, vemos un cambio significativo entre 1990 y 2019. En 1990, el cáncer representó aproximadamente el 10% de las muertes masculinas, lo que significa que una de cada diez muertes entre hombres se debió al cáncer. Para las mujeres, esta cifra rondaba el 12%. Si avanzamos hasta 2019, estos porcentajes casi se han duplicado. En ambos años, es evidente que las mujeres experimentan una mayor tasa de mortalidad por cáncer en comparación con los hombres, lo que hace que el cáncer sea una causa de muerte cada vez más importante en el Perú.

Para aquellos que se preguntan por qué los datos se detienen en 2019, es porque todo cambió con la aparición del COVID-19.

Al considerar los años de vida perdidos, se calcula en función de la edad del individuo. Por ejemplo, si un niño sucumbe al cáncer, los años estimados de vida perdidos son mayores que si una persona mayor muriera a causa de la enfermedad. En 1990, mientras la tasa de mortalidad era de alrededor del 10%, los años de vida perdidos oscilaban entre el 5 y el 7%. En 2019, esta cifra aumentó a casi el 25% para las mujeres y aproximadamente al 15% para los hombres. Esto indica que el cáncer no sólo se está convirtiendo en una de las principales causas de muerte, sino que también está afectando a las poblaciones más jóvenes.

Es fundamental comprender que el cáncer afecta a todos. Si tuviera que pedir que levanten la mano, estoy seguro de que todos aquí conocerían a alguien, o tendrían un familiar o amigo, que haya luchado contra el cáncer.

Me gustaría resaltar tres puntos sobre el impacto generalizado del cáncer:

1. Para el paciente, existe el costo físico obvio de la enfermedad. Pero también existe la tensión emocional de la incertidumbre: someterse a un tratamiento sin conocer el resultado.
2. Los pacientes suelen experimentar una pérdida de independencia. Es posible que necesiten ayuda, enfrenten cambios físicos como la caída del cabello y otros desafíos.
3. La carga financiera puede ser sustancial. Para las familias, existe el peso añadido de la incertidumbre. Por ejemplo, cuando a una madre le diagnostican cáncer, sus hijos se enfrentan al miedo de perderla, lo que genera un inmenso estrés emocional.

Cuando me refiero a "nosotros", me refiero a aquellos de nosotros involucrados en la financiación y la economía de la salud. Nuestro objetivo es cuantificar diversas cuestiones relacionadas con la salud. Sin profundizar demasiado, esencialmente se reduce a una pérdida de productividad debido a la incapacidad de las personas para trabajar y contribuir a la economía. Esta perspectiva es estrictamente desde un punto de vista económico. Si bien existen argumentos morales y políticos para abordar el cáncer, hoy me centraré en los aspectos financieros, ya que me invitaron a discutir las cifras y las implicaciones monetarias.

Entonces, ¿cuál es el impacto del cáncer en la economía? Analicemos el costo de la enfermedad. A menudo, cuando a una persona se le diagnostica cáncer, no puede costear el tratamiento. Esto conduce a una pérdida de productividad económica, ya que no pueden trabajar mientras están enfermos. Sin embargo, si deciden someterse a un tratamiento, existen costos asociados con la quimioterapia, la radioterapia, los honorarios del médico y otros gastos relacionados. Si surgen complicaciones, la carga financiera aumenta aún más. Es una situación desalentadora cuando alguien gasta todos sus ahorros en un tratamiento y el resultado sigue siendo desfavorable. Incluso si el paciente sobrevive, queda agotado financieramente. Si bien estamos agradecidos por su supervivencia, debemos reconocer los riesgos financieros que han enfrentado. Este riesgo se alinea con uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuyo objetivo es evitar que las personas enfrenten gastos catastróficos en salud.

Otro costo importante es el gasto de buscar atención. Por ejemplo, si alguien necesita viajar de Chiclayo a Lima para recibir tratamiento, los costos de viaje pueden ser prohibitivos. A estos los llamamos costos indirectos. Si bien los costos directos requieren pagos de bolsillo, los costos indirectos, como la pérdida de salario debido a visitas al hospital, afectan los ingresos de una familia. Esto a menudo resulta en una doble carga económica, ya que tanto el paciente con cáncer como su cuidador enfrentan desafíos financieros.

Es crucial reconocer las implicaciones económicas del cáncer. Es alentador saber que el Perú ha tomado medidas para abordar este problema, siendo la Ley Nacional de Financiamiento del Cáncer un primer paso encomiable. Esta ley proporciona un marco fundamental para examinar la cuestión desde varios ángulos. Si bien se han asignado fondos, se necesitan más esfuerzos para establecer un modelo de financiamiento sostenible para el tratamiento del cáncer en el Perú.

La equidad es otro aspecto esencial. Debemos asegurarnos de que las personas económicamente desfavorecidas, las que viven en zonas remotas y las poblaciones marginadas no se queden atrás. Nuestro objetivo debe ser un mundo donde todos tengan acceso a una atención de calidad.

Me gustaría felicitar a todos los presentes. Muchos de ustedes han contribuido a esta causa y las bases establecidas son prometedoras. El objetivo final es lograr sostenibilidad y equidad en la atención del cáncer.

Nos enfrentamos a dos obstáculos principales. El primero es determinar cómo asegurar más fondos para la respuesta del Perú al cáncer. El segundo es optimizar el uso eficiente de estos fondos contra el cáncer. Estas preguntas surgen del marco WHS, que se centra en la financiación y los seguros de salud. Esencialmente, WHS enfatiza la necesidad de "obtener más dinero para la salud" y "obtener más salud por el dinero". Aplicar este marco a la situación del cáncer en el Perú requiere un enfoque matizado.

Abordemos el primer desafío: conseguir más financiación para la atención del cáncer. Una pregunta fundamental que surge es: ¿cuánta financiación se necesita? Si bien no he encontrado una estimación completa, he visto cifras para subgrupos de enfermedades específicas, como la quimioterapia pediátrica o los cánceres ginecológicos. Sin embargo, falta un paquete financiero holístico que pueda aplicarse universalmente.

La tarea inmediata de este grupo y otras partes interesadas es determinar un requisito de financiación específico. Existen marcos establecidos para lograrlo y muchos expertos en esta sala están bien equipados para llevar a cabo esta tarea. Para la formulación de políticas, es crucial tener un objetivo financiero claro para presentar a las partes interesadas.

Una vez que se determina el financiamiento requerido, la siguiente pregunta es la fuente de este financiamiento. Las fuentes potenciales incluyen el sector público (como el gobierno central o las autoridades regionales), los seguros privados (ya sea adquiridos individualmente o proporcionados por los empleadores) y subvenciones a organizaciones sin fines de lucro que atienden a quienes no pueden pagar la atención. La decisión sobre en qué fuente(s) confiar surgirá de discusiones exhaustivas entre las partes interesadas, centrándose en la sostenibilidad a largo plazo. Si bien es beneficioso aprender

de las experiencias de otros países, es igualmente importante reconocer que el contexto de cada país es único. Lo que funciona en otros lugares podría no ser adecuado para el Perú debido a distintos desafíos y circunstancias.

En cuanto a la asignación de fondos para la atención del cáncer, es vital garantizar que los fondos asignados se utilicen en su totalidad. En muchos países, las leyes de gestión financiera pública impiden la transferencia de fondos no gastados de un año fiscal al siguiente. A los ministerios de salud les resulta difícil solicitar fondos adicionales cuando no han utilizado las asignaciones anteriores. Esta subutilización es una preocupación frecuente planteada por los ministerios de finanzas.

Las razones comunes para no utilizar plenamente los fondos incluyen leyes de adquisición restrictivas, que pueden no adaptarse a necesidades específicas, como la adquisición de medicamentos. Por ejemplo, el proceso de adquisición de medicamentos puede diferir significativamente del de adquisición de equipo militar. Sin embargo, muchos países tienen leyes generales de adquisiciones que podrían necesitar ajustes para atender necesidades de salud específicas. Otros posibles obstáculos incluyen huelgas de trabajadores de la salud, desafíos logísticos u otros problemas imprevistos que impiden la plena utilización de los fondos asignados. A veces, a pesar de los mejores esfuerzos del Ministerio de Salud, los fondos asignados en el presupuesto no se liberan, lo cual es otra preocupación que es necesario abordar.

Pasando al segundo punto sobre el uso más eficiente de los fondos para el cáncer, me gustaría ofrecer tres sugerencias:

1. **Eliminar obstáculos:** Discutimos algunos de estos obstáculos en la sección anterior. Una recomendación adicional es eliminar la fragmentación. La fragmentación a menudo genera ineficiencias y complicaciones en el sistema de salud.
2. **Fortalecer las evaluaciones de tecnologías sanitarias para la atención del cáncer:** Un ejemplo de esto es la Red Nacional de Tecnologías en Salud, RENETSA. Es esencial no sólo establecer dichas redes sino también garantizar que cuenten con la financiación adecuada. Esto les permitirá cumplir eficazmente las funciones para las que fueron diseñados. Además, nuestro enfoque debe abarcar todo el ecosistema de atención del cáncer. No debe limitarse al diagnóstico y tratamiento tempranos. También debemos priorizar la prevención e invertir en investigación y desarrollo.
3. **Reducir la fragmentación:** Abordar la fragmentación es crucial ya que fomenta la equidad. También hay una razón económica para esto. Reducir la fragmentación puede conducir a economías de escala y alcance. Si bien estos beneficios no están garantizados, son muy probables si se implementan correctamente. Para aclarar, las economías de escala implican que tratar a un mayor número de pacientes puede reducir el costo por paciente. Por ejemplo, tratar a 1.000 pacientes podría ser más rentable por paciente que tratar solo a 10, especialmente cuando se negocian precios de medicamentos debido a la compra al por mayor. En cuanto a las economías de alcance, si una instalación está equipada para diagnosticar o tratar múltiples tipos de cáncer, potencialmente puede compartir recursos de manera más eficiente que las instalaciones con sistemas verticales especializados. Entonces, ¿cómo han abordado los países este problema de fragmentación?

Para aquellos interesados, hay un artículo publicado en 2020 por WHS que proporciona un resumen de cómo los países han abordado los problemas de fragmentación dentro del sector de la salud. Este documento ofrece información valiosa, especialmente en relación con los diferentes grupos de seguros. Aquí hay algunas estrategias:

1. **Seguro Automático u Obligatorio:** Los países han hecho que el seguro sea automático u obligatorio. Con el seguro automático, normalmente se financia mediante impuestos y todos los residentes se benefician sin ninguna acción adicional de su parte. Por otro lado, el seguro obligatorio exige que las personas se registren, o podrían enfrentar sanciones. Como se ilustra en la imagen adjunta, este

enfoque garantiza cobertura para todos, desde los ricos hasta los pobres y aquellos en los sectores formal e informal.

2. **Fusionar grupos de riesgos:** Algunos países tienen distintos fondos para diferentes sectores: formal, informal, privado con fines de lucro, etc. Una estrategia es fusionar estos fondos mediante mandatos legales. Esto mejora la capacidad redistributiva y diversifica el fondo. Sin embargo, según experiencias documentadas de varios países, a menudo hay resistencia, especialmente de aquellos con beneficios superiores que temen una posible rebaja. Una solución es aumentar los beneficios de todos, asegurando que nadie quede en peor situación después de la fusión.

3. **Subvenciones cruzadas:** En lugar de fusionar grupos, otro enfoque es mantener grupos separados pero facilitar las transferencias entre ellos. Si un grupo enfrenta un riesgo excesivo en un año en particular, los fondos se transfieren de grupos menos afectados para equilibrar el riesgo. Este método se asemeja al modelo de reaseguro, donde cada grupo contrata un seguro adicional (reaseguro) para gestionar la redistribución.

4. **Armonizar los pools:** En esta estrategia, todos los grupos permanecen separados, pero existe un mandato de uniformidad en los servicios. Cada pool debe ofrecer el mismo nivel de beneficios, promoviendo la competencia entre proveedores para ofrecer la mejor relación calidad-precio. Esto garantiza que ningún grupo sea más generoso que otro, creando igualdad de condiciones en términos de prestación de tratamiento.

El segundo enfoque hacia la armonización es exigir pagos uniformes a los proveedores de atención médica. Independientemente de los beneficios que uno reciba, la tarifa pagada al proveedor de atención médica sigue siendo la misma. Esto garantiza que un proveedor de atención médica no pueda cobrar tarifas diferentes a pacientes públicos y privados, por ejemplo, 10 soles para un paciente privado y 5 soles para uno público. Esta estandarización es crucial porque está documentado que, en diversos entornos, las instituciones de salud tienden a gravitar hacia vías que ofrecen mejores beneficios por la misma cantidad de trabajo. Es vital establecer un sistema que garantice la equidad para todos.

Armonizar los pools es una estrategia que puede promover la equidad. Me gustaría concluir con una diapositiva sobre la importancia de la equidad. Es imperativo incluir a todos en nuestro sistema de salud. En primer lugar, es una obligación moral. Nuestra humanidad compartida dicta que quienes necesitan atención son los que más a menudo carecen de los medios económicos para acceder a ella. Este principio se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible de no dejar a nadie atrás. La equidad no es sólo moralmente encomiable; es económicamente beneficioso. Hemos discutido las ventajas de las economías de escala y alcance, pero la equidad también reduce el empobrecimiento médico. Al abordar las necesidades de los pacientes y garantizar que no soporten la carga financiera de sus tratamientos, disminuimos la cantidad de personas que caen en la pobreza debido a gastos médicos. Otros beneficios incluyen una mayor moral de los trabajadores de la salud, una reducción del tiempo de inactividad para los equipos de diagnóstico y otros factores económicos que refuerzan el argumento moral a favor de la equidad.

En conclusión, si bien he presentado varias opciones para su consideración, la solución más efectiva será aquella que los peruanos elijan por sí mismos. Una solución local adaptada a las necesidades únicas del Perú producirá los mejores resultados. Los animo a continuar por este camino y estoy aquí para ofrecerles apoyo en todo lo posible.

Gracias.

Modelo de Fondo de alto costo

Q.F. César Amaro

Investigador Principal de Videnza

Para mí es un honor compartir con ustedes este espacio, y más aún en un ambiente universitario peruano. Aquí, debido al propio ecosistema, tenemos la posibilidad de dialogar, debatir y construir un conocimiento conjunto. Estoy además motivado por la presencia de muchos jóvenes interesados en estos temas, que a veces pueden parecer un poco áridos, pero como han demostrado hoy, son de gran importancia en la realidad actual.

Tengo una presentación en PowerPoint corriendo. Este estudio ha sido auspiciado por Kero Lab y Roche, quienes nos han brindado el soporte necesario para que nuestro equipo, compuesto por economistas, médicos y, en mi caso, como farmacéutico, pueda participar. Está cargando.

Este es el esquema. Avanzaré de manera rápida ya que muchos de los conceptos ya han sido discutidos durante el día. Además, el problema está claro. Por lo tanto, explicaré este contexto de manera concisa. Somos un país con un crecimiento demográfico, pero estamos envejeciendo, lo que plantea desafíos significativos para el futuro. Además, contamos con una población mayoritariamente urbana e informal, lo que establece un perfil específico. Los últimos datos sobre carga de enfermedad, analizados esta mañana, muestran claramente que enfrentamos una alta incidencia de enfermedades no transmisibles. Esto, como se ha mencionado, es un gran desafío para nuestro país.

Desde el lado de la demanda, el cáncer es un reto significativo debido a su carga de enfermedad. En cuanto a la oferta, que se encuentra al lado derecho, nuestro país tiene un modelo centralista, algo que vivimos a diario. Por ejemplo, el INEM, que es un centro de alta complejidad, recibe una gran demanda de todo el país. La pandemia añadió un estrés adicional al sistema y, en particular, al INEM. Lima, como muestran los datos, tiene una alta concentración de recursos y especialistas, lo que provoca que ciudadanos de lugares remotos acudan a ciudades como Chiclayo o Lima en busca de atención médica. Esto es particularmente relevante en el caso del cáncer.

Además, en relación con las enfermedades de alto costo y huérfanas, existe un problema real. Se estima que hay más de 6,000 diagnósticos acumulándose gradualmente a nivel global. Aunque hay un registro nacional con poco más de 1,000 personas, se cree que hay miles más aún no identificados en nuestro país. En comparación con Uruguay, que es un modelo interesante a considerar, la cantidad asignada para estas enfermedades en nuestro país es insuficiente.

¿Qué significa esto? A nivel global, la OMS (Organización Mundial de la Salud) establece la necesidad de cubrir enfermedades no transmisibles, en respuesta a este cambio demográfico global. El Acuerdo Nacional establece la política pública en relación con la cobertura en salud, un esfuerzo que el país ha venido realizando desde hace años y que aún está en proceso de completarse.

La ley, que es coherente con la meta de alcanzar una cobertura universal en salud, establece este esquema. Actualmente, nos encontramos en este modelo, lo que plantea desafíos que aún no hemos superado.

En particular, se discutió en la mañana sobre la Ley Nacional de Cáncer. El Dr. Pérez, en su calidad de gobernador, nos relató la agenda interna. Esta es una decisión política que ha generado tensiones entre el ejecutivo y el legislativo. El INEN tuvo un rol muy protagónico, y es necesario reconocerlo. Como ciudadano común, creo que debemos superar esas diferencias y trabajar juntos. El rector de esta universidad ha reconocido la importancia del INEN como entidad altamente especializada en el aspecto prestacional. Desde esa perspectiva sistémica, debemos avanzar hacia una agenda nacional. Lo digo

con el mayor respeto hacia las autoridades presentes y creo que es crucial que esa ley sea implementada.

Este es un modelo de gestión que, en mi opinión, también debe ser discutido. Luego, la ratificación de esa ley con un mayor detalle por parte del Congreso, así como todo el marco regulatorio relacionado con las enfermedades raras y huérfanas de nuestro país, que es ambicioso y aún está en proceso de definición.

En este contexto, proponemos algunas soluciones preliminares. Partimos de la premisa de que, basándonos en la evidencia, queremos poner el tema en la agenda. Ya hemos analizado el problema y no necesitamos repetir lo que ya hemos identificado. Aquellos de nosotros en el campo de la salud lo vemos todos los días, y los ciudadanos lo experimentan en sus carencias y necesidades diarias. Queremos destacar un problema sanitario que nos afecta y que, como mencionaba el profesor hace unos minutos, tiene un impacto catastrófico en el individuo y su familia.

En esta línea, hacemos una revisión rápida de posibles soluciones. Un primer tema discutido en el equipo es establecer lo que en Perú se conoce como "IAFAS", que son las instituciones que administran fondos de aseguramiento en salud, es decir, los financiadores. En Perú, y lo digo rápidamente, ya contamos con un aseguramiento nominal. Prácticamente todos tenemos un seguro de salud. El último dato de "Su Salud" indica que el 98.7% o 98.8% (si no recuerdo mal) de los peruanos están asegurados. En términos de afiliación, se nos identificó con base en el DNI, gracias a la colaboración entre RENIEC y "Su Salud".

Entonces, en la política pública, contamos con un seguro nominal. Así, el 98.8% de los peruanos tiene seguros. Prácticamente todos contamos con un seguro, ya sea por el SIS (Sistema Integral de Salud) o por el seguro social, EsSalud. En esa red, ya sea del CIS o de EsSalud, estamos asegurados 98 de cada 100 peruanos. Sin embargo, como todos sabemos, es un aseguramiento nominal.

No contamos con una cobertura financiera y prestacional efectiva. Esto implica que el derecho al aseguramiento universal, que es una política de estado, no se materializa en la realidad. Ustedes en Chiclayo lo saben bien. No solo los ciudadanos de esta región, sino también aquellos del corredor Nororiental del Marañón, incluyendo regiones como Cajamarca, Amazonas, Loreto y la zona norte del país, no tienen acceso a una oferta de salud adecuada.

Ahora, me toca analizar el tema de alto costo. Aunque no hemos concretado la implementación del seguro universal, ahora enfrentamos un desafío adicional: las enfermedades de alto costo.

Algunos podrían pensar que este no es un tema prioritario, pero lo menciono con total transparencia. Aún no hemos resuelto el desafío de la atención primaria de salud, un concepto esencial que, lamentablemente, ha sido malinterpretado.

El fondo de alto costo no es un concepto aislado; es complementario y necesario. Las enfermedades de alto costo, como el cáncer, tienen un impacto catastrófico y pueden devastar familias. Por lo tanto, es imperativo que el país inicie un debate sobre este tema.

En esta presentación y estudio, buscamos contribuir a ese debate, discutiendo el modelo, su legitimidad, sostenibilidad y cómo este esfuerzo puede contribuir al nuevo modelo de salud que necesitamos implementar. Esta mañana, escuché al Dr. Pérez del gobierno regional, quien criticaba, con razón, la ineficiencia del estado. Aunque hay recursos disponibles, no se están utilizando de manera óptima. Además de la financiación, hay un problema de gestión que también debe ser abordado en este debate.

Un primer enfoque que sugiere la teoría es tener un "seguro de segundo piso" o reaseguro. Hace un momento, un profesor explicó este concepto. Básicamente, es similar a los seguros como el CIS o EsSalud, por mencionar ejemplos concretos.

Un primer tema que la teoría plantea es la necesidad de tener un seguro de segundo piso o reaseguro. Actualmente, se contrata una póliza a una reaseguradora, una empresa aseguradora cuyo principal talento no es gestionar lo cotidiano, sino asumir el riesgo del alto costo.

Este esquema tiene tanto ventajas como desventajas.

- Una ventaja es que el recurso está específicamente orientado a ese riesgo, es decir, hay una decisión económica de reservar fondos para cubrir ese riesgo.
- Un segundo punto a favor es que puede generar una relación beneficiosa en la que los seguros del primer piso se incentiven a activar la prevención, evitando así un mayor gasto en el segundo piso.
- Un tercer aspecto es que, al contar con un fondo de esta naturaleza, se tiene autonomía para dirigirlo y, además, se enfrenta el polémico tema de la adquisición de tecnologías sanitarias innovadoras. Es esencial que las prestaciones costosas incluyan estas tecnologías. En todos los países, este es un tema que debe ser analizado detenidamente.

Perú, en este aspecto, ha avanzado en los últimos años. Hace poco, se implementó en el Sistema Nacional de Salud la red RENEXA, que cuenta con un área dedicada a la evaluación de tecnologías sanitarias. Aunque este sistema aún está en sus primeras etapas, es crucial que la red pueda garantizar que las tecnologías que ingresan al sistema sean coste-efectivas y no comprometan la sostenibilidad de los recursos destinados.

Sin embargo, este modelo también tiene desventajas. En nuestro país, y siendo honestos, aún carecemos de las capacidades necesarias para gestionar este tipo de estrategias. Además, no contamos con datos suficientes. Es una crítica constructiva y autocrítica, ya que también he sido parte del estado durante años.

No hemos dado el salto necesario para construir sistemas robustos en el sector público, especialmente en el ámbito del MINSA y las regiones. Saludo a las regiones que, por iniciativa propia, están adoptando modelos electrónicos. No hacerlo sería un grave error. Como simple ciudadano, afirmo que no hay razón para no hacerlo. EsSalud, a pesar de sus dificultades, ya ha avanzado en esta dirección en los últimos años. Necesitamos datos para gestionar adecuadamente, manejar riesgos y tener una base racional para la financiación.

Un segundo enfoque, más clásico, es tener un pliego presupuestal. En este caso, una entidad pública cuenta con un crédito presupuestal asignado por ley y gestiona esos recursos periódicamente.

- Las ventajas son que cuenta con el respaldo del aparato público, lo que brinda tranquilidad en la gestión.
- Las desventajas son que no hay un fondo específico, lo que hace que el recurso no sea intangible. Esto establece una ruta clásica de ejecución de recursos que se repite año tras año. Además, existe el riesgo de que los incentivos no estén alineados.
- Para que los prestadores actúen conforme a reglas orientadas a la búsqueda de eficiencia, existe sin embargo el riesgo de que la parte administrativa demore demasiado en acuerdos y compras necesarias.

Para concluir esta fase de la presentación, es importante mencionar el tema de temporalidad. Reconocemos que el país aún no cuenta con competencias nacionales robustas e interoperables para gestionar los datos necesarios. Esta es una gran limitación en la actualidad.

Los fondos de alto costo ya existen en otros países. Lamentablemente, por razones de trabajo, no pude escuchar la ponencia de la experta chilena que nos acompaña. Sin embargo, en Latinoamérica, hay experiencias significativas en este ámbito.

Por ejemplo, Uruguay cuenta con un fondo consolidado que ha mejorado con el tiempo. Colombia, con su modelo de aseguramiento, también avanza hacia la cobertura universal. En Chile, la ley Ricarte Soto comenzó enfocándose en tecnologías costosas y ahora está madurando hacia un enfoque de aseguramiento y cobertura universal. En México, existe el Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI).

En Perú, actualmente hay dos proyectos de ley para crear fondos de alto costo. Lo que hemos hecho en Vidensa es un análisis aplicando una metodología definida por Transparencia para iniciativas legales de alto impacto. Describimos ambos proyectos de ley que están en comisiones.

En ambos casos, el objetivo principal es :

- eliminar progresivamente el gasto catastrófico por diagnósticos y tratamientos de alto costo.
- Es relevante que ambos proyectos hablen de fondos intangibles.
- Se define el tratamiento de enfermedades de alto costo, incluyendo medicamentos, dispositivos médicos y otros necesarios.
- Uno de los proyectos también menciona procedimientos médicos y sanitarios, lo que le da una ventaja sobre el otro.
- El funcionamiento se basa en una entidad de segundo piso que gestiona el fondo de alto costo, con un cargo per cápita por asegurado.
- Es válido preguntarse sobre el costo real de esta prima, una cuestión aún no resuelta en el estudio.
- El aporte de las vías públicas es obligatorio, y las vías privadas pueden establecer convenios voluntarios.
- Se establece una cobertura mínima, que es la que actualmente tienen los asegurados.

En el ámbito de salud pública, es esencial mencionar que hemos trabajado principalmente con la cobertura FISAL. En relación con los recursos asignados en ambos proyectos legislativos, a menudo decimos que "el cielo es el límite". Estos recursos abarcan primas de inversiones, subvenciones, donaciones y aportes voluntarios. Aunque estos recursos se ejecutan en el marco de un proyecto de ley, sabemos que el principal elemento de financiamiento está vinculado a la prima que paga el ciudadano de a pie.

En el caso del CIS, es el Estado peruano quien asume el costo. Los planes de cobertura se diseñan a partir de un factor único de alto costo, que actúa como un umbral para activar el seguro. Además, se realiza una evaluación científica rigurosa para determinar qué debe cubrir este seguro. Existen diferencias sutiles en cómo se actualizan estos planes en diferentes contextos.

Un aspecto crucial es cómo se determina este factor único de alto costo. En un escenario, se considera un porcentaje promedio de los ingresos anuales de una familia típica. En otro, se evalúa el gasto catastrófico que representaría un riesgo significativo de empobrecimiento para muchas familias.

Hemos realizado un ejercicio que evidencia una brecha de financiamiento para el tratamiento de ciertas enfermedades. Para este análisis, hemos considerado lo que cubre el FISAL y hemos obtenido información de la seguridad social, fuerzas armadas, policiales y del CIS. Además, hemos aplicado criterios basados en guías clínicas y costos predefinidos para estimar esta brecha. Es importante aclarar que esto es una estimación y no un dato absoluto.

Adicionalmente, hemos proyectado cómo podríamos cubrir esta brecha en diferentes escenarios.

- En el primer escenario, asumimos un crecimiento anual del 1.5% del presupuesto público destinado a alto costo, reduciendo la brecha en 10 años.
- En el segundo, un incremento optimista del 10% reduce la brecha en 8 años.
- Finalmente, en el escenario más optimista, un aumento del 10% anual en todos los gastos del sistema permitiría cerrar la brecha en 5 años.

Estas proyecciones son teóricas y sirven como herramienta para la toma de decisiones.

Hemos realizado un análisis que estamos dispuestos a compartir y discutir con aquellos interesados, especialmente con el equipo de economistas de VIDENZA. En este análisis, hemos estimado un déficit de financiamiento para el tratamiento de ciertas enfermedades. Para ello, hemos considerado lo que cubre el fiscal y hemos obtenido información de la seguridad social, de las fuerzas armadas y policiales, y obviamente, también del fiscal y del CIS. Además, hemos aplicado criterios basados en guías de práctica clínica y costos ya establecidos para obtener un valor estimado. Es importante aclarar que esto es una estimación, no un dato concreto.

Queremos destacar nuevamente la urgencia de atender este tipo de enfermedades debido a su impacto catastrófico. Hemos identificado tres retos concretos:

1. **Fomentar el diálogo** entre los actores involucrados en enfermedades de alto costo. La academia es un espacio ideal para abordar este tema.
2. **Promover la investigación** y desarrollo de tratamientos asequibles y efectivos. Nuestro país cuenta con un modelo de petitorio y elección de tecnologías sanitarias que, a mi juicio, es obsoleto. Renetza podría dar un importante paso adelante en este aspecto.
3. Realizar un mayor **esfuerzo a nivel ciudadano** para informar y concienciar sobre el impacto de estas enfermedades. Esto también brinda respaldo político al proceso y le otorga legitimidad social.

Consideramos que hay pasos esenciales a seguir.

- **Primero**, es necesario una fase de transición. Existe una brecha de competencias y de datos, y el contexto actual necesita claridad en roles y soluciones. El estado debe recuperar capacidades previamente existentes. Por ejemplo, desde mi perspectiva profesional, veo que la oferta se ha convertido en un problema que se ha agudizado en los últimos años debido a la inestabilidad política del país. Hay un gran desafío para los gestores para mejorar la gestión de la compra de tecnologías, entre otros temas.
- **Como segundo paso**, en realidad, enfrentamos una reforma aún pendiente en nuestro país: es esencial tener claramente definidas las funciones de prestador y financiador. En el caso del seguro social, tenemos un antiguo desafío sin resolver. Existe un "libro blanco" en la herramienta de gestión de salud, que es el plan institucional, claramente planteado. Sin embargo, no hemos tomado la decisión política de abordar esta tarea esencial.

Siempre menciono un tema que, aunque no es de alto costo, considero relevante discutir. En salud, por ejemplo, en Lima, teníamos las UBABS, que eran un modelo público-privado. Bajo este esquema, ofrecíamos servicios privados que incentivaban al prestador a garantizar una cobertura sanitaria mínima. Era un modelo económico que, según nuestras evaluaciones, resultó ser coste-efectivo en términos de calidad.

Lamentablemente, en 2021, por razones que aún no comprendemos del todo, este modelo se discontinuó. Como resultado, en Lima, al menos cerca de un millón de asegurados han regresado a la oferta de primer nivel, que es limitada en las ciudades, con todas las implicaciones que esto conlleva.

Finalmente, quiero abordar un tema de gran importancia y urgencia: las capacidades de esta índole en el sector público. Hemos realizado un ejercicio al respecto en nuestro equipo y estamos dispuestos a compartirlo con la academia y con todos ustedes. De hecho, estamos dispuestos a discutir el estudio con un mayor nivel de detalle. CROLAP ha expresado su interés en que esta información sea de dominio público, permitiendo así un diálogo basado en datos y la construcción de conocimiento en esta dirección. Con eso, concluyo mi intervención y les agradezco profundamente su atención.

El seguro integral de salud

Dra. Flor Phillips Cuba

Jefa del SIS

Siento que es una extraordinaria oportunidad para poner todas las cosas sobre la mesa y reflexionar en voz alta sin temor a críticas. Es esencial sentir que todos compartimos un objetivo común, que es nuestra preocupación por responder al desafío que representan las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular el cáncer. La cuestión de cómo lograr la sostenibilidad financiera podría ser la pregunta del millón de dólares. La hemos discutido y seguimos discutiendo dentro del Seguro Integral de Salud. Como saben, el Seguro Integral de Salud es un pliego que une y coloca bajo la misma responsabilidad al fiscal y al propio seguro. Ambos conformamos el pliego.

Es cierto que el cáncer avanza y nos desafía, intentando sacarnos de la línea, y a veces parece que nos supera. Cuando hablamos de alcanzar la sostenibilidad financiera, creo que no debemos verlo como un objetivo, sino como un resultado. Este resultado debe surgir de las decisiones que varios agentes, con responsabilidad, toman. Por un lado, y con un rol protagónico, están los ciudadanos, sobre quienes hemos trabajado, aunque con algunas limitaciones. Como sociedad y como Ministerio de Salud, buscamos sensibilizarlos para que no teman y busquen servicios de salud de manera temprana. Esto se relaciona con los tamizajes y la detección temprana, pero también con la capacidad de las SIPRES para responder a esa búsqueda.

Aún hay mucho trabajo por hacer en la sensibilización ciudadana. El ciudadano tiene más cerca un establecimiento del primer nivel de atención. Por lo tanto, el segundo agente que toma decisiones para lograr este resultado de sostenibilidad financiera son las SIPRES y PRES, comprometidas de alguna manera con el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles y áreas especializadas en cáncer.

Lo primero que afecta esto es la toma de conciencia y la necesidad de ejercer un rol efectivo en cada nivel de atención. No dudamos que en el tercer nivel, el INEN lidera el tema de cáncer. Pero, ¿cuando dirigimos a un paciente al primer nivel, ofrecemos servicios oncológicos? No, no los ofrecemos. Así que, cuando le decimos a un ciudadano que acuda al establecimiento más cercano, debemos asegurar el talento humano, su entrenamiento, los servicios de anatomía patológica y una cartera de servicios para patología oncológica en el primer nivel.

También hay decisiones que las SIPRES toman, vinculadas al registro de datos. ¿Cómo es posible que estemos en el siglo 21, que INEN tenga más de 70 años de desarrollo prestigioso y no tengamos datos completos? Aún tenemos una deuda pendiente y mucho trabajo por hacer para establecer claramente qué datos necesitamos y cómo usarlos. Esto nos lleva a pensar en el uso de TICs, pero esos datos son los que conectan con el tercer elemento que mencioné, que en conjunto toman decisiones que resultarán en la sostenibilidad financiera.

¿Y quién es este tercer agente? Son los financiadores, las IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud). Como saben, el SIS es la IAFAS pública más grande de este país. Contamos con 25 millones de habitantes asegurados nominalmente con nosotros, y ofrecemos cobertura poblacional y financiera. Cuando afirmo enfáticamente que proporcionamos cobertura financiera, lo sustento en el hecho de que, desde este año, el SIS ha realizado compras futuras o precompras de servicios. Es decir, ha entregado el dinero por adelantado a todos los establecimientos de salud, que son unidades ejecutoras, para que desde enero y febrero puedan disponer de estos recursos. Estos recursos financian productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, entre muchas otras cosas que el SIS financia, como las unidades de telemedicina, las

oficinas de farmacia, las oficinas de seguros, las ambulancias en términos de uso, las transferencias de pacientes, generalmente de provincias hacia la capital o Lima, etc.

El SIS ha puesto a disposición de más de 200 unidades ejecutoras más de 2,100 millones de soles. El SIS solo cubre el gasto variable. Para los costos fijos, todos los hospitales cuentan con recursos ordinarios entregados por el Ministerio de Economía. Para el talento humano, es decir, para las planillas ya sea 27, 67, 28, GAS en todas sus modalidades, el Ministerio de Economía realiza transferencias directas para el pago de estas planillas. Por lo tanto, quiero dejar claro que el Seguro Integral de Salud financia el gasto variable. Esto incluye las transferencias aéreas de pacientes en emergencia, prioridad uno, que realizamos con cierta frecuencia desde Chiclayo y todo el Perú. En particular, desde Chiclayo, solemos tener entre 3 a 5 pacientes por mes.

Este tercer agente, el financiador, incluye a otros como EsSalud en su condición de financiadora, las fuerzas armadas que son tres, la Policía Nacional que representa uno, y nosotros que contamos como uno: SIS y fiscal.

¿Cuáles son las decisiones que deben tomar los financiadores para lograr la sostenibilidad financiera? La primera es trabajar de manera directa con sus proveedores de servicio, sin letra chica. Esto significa que las auditorías deben ser técnicas, que las tarifas sean justas y que los pagos sean oportunos. Como acabo de mencionar, son más que oportunos porque pagamos mucho antes de que los hospitales brinden el servicio a nuestros asegurados. De esta manera, evitamos que tengan el problema de decir: "No le di el medicamento porque tú no me pagaste". Hemos entregado el dinero entre enero y febrero de este año, y el próximo año será igual.

Otro tema importante que vincula al financiador con los prestadores es la información. Alguien mencionaba, no recuerdo cuál de mis dos colegas de esta mesa, sobre estudios actuariales. La única manera de que un financiador sepa cuánto tiene que cobrar con cierta exactitud es desarrollando un estudio actuarial. El estudio actuarial es un análisis matemático especializado, aunque puede ser un poco complejo.

En la región latinoamericana, hay muy pocas personas dedicadas a realizar estudios actoriales. Sin embargo, es una tarea que corresponde a una YAFAS. ¿De dónde obtiene la información la YAFAS? De lo que se declara como producción de los servicios y las SIPRES, ya que ese es el costo del daño que el asegurador paga por su asegurado. Por lo tanto, cuando una IPRESS no ingresa correctamente los datos, o los ingresa de forma incompleta o errónea, o simplemente no los ingresa, está destruyendo valor. Ese valor es esencial para nosotros, los financiadores, para procesar la acumulación de esos datos. De hecho, después de 14 años, planeamos realizar un estudio actuarial a finales de este año.

Otro aspecto crucial que un financiador debe considerar para alcanzar la sostenibilidad financiera se relaciona con las modalidades de pago. Hasta ahora, las modalidades de pago para el primer nivel de atención eran únicamente por cápita, lo que significa una cantidad de dinero por persona al año entregada a cada unidad ejecutora. Esta cantidad se distribuye entre cada establecimiento de salud para adquirir medicamentos, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Así, cuando nuestro asegurado acude, recibe lo que necesita sin tener que comprarlo en una farmacia externa, evitando gastos adicionales. Además de esta modalidad de cápita, estamos evaluando dos opciones: la primera es el pago por servicios realizados por médicos especialistas. Ya contamos con especialistas como cardiólogos y endocrinólogos en el primer nivel de atención.

Un punto esencial que no puedo omitir es el análisis que estamos realizando para cambiar el enfoque del financiamiento del diagnóstico precoz en el primer nivel de atención, considerándolo como una inversión a futuro. Todo lo que el SIS pueda invertir en detección temprana tendrá un retorno al evitar gastos en tratamientos posteriores. Estamos realizando simulaciones para estimar y construir esta propuesta en la cartera de servicios oncológicos que deseamos que los hospitales desarrollen para el primer nivel de atención.

Un último tema relacionado con las SIPRES es el fraude en el mundo del aseguramiento. Todos conocemos el mundo de los seguros, y sabemos que existe el fraude. Desde el CIS, trabajamos arduamente para asegurarnos de que esta práctica no se presente en nuestros proveedores de servicio. El CIS, reitero, es un financiador que proporciona cobertura financiera y poblacional, pero no presta el servicio directamente. Contratamos a hospitales para que, habiendo recibido el pago por adelantado (insisto, entre enero y febrero de este año), ofrezcan todo lo que los pacientes necesitan. Por lo tanto, es incomprensible para mí cuando un asegurado del SIS me dice que ha tenido que comprar medicamentos fuera del hospital. Si no es por falta de recursos, ¿es por mala gestión o falta de liderazgo en el hospital? Algo sucede en ese hospital, cuyo nombre desconocemos, ya que, insisto por cuarta vez, les proporcionamos los recursos entre enero y febrero de este año. El próximo año será igual.

Existen cinco agentes principales:

1. **El ciudadano**, quien colabora con su sensibilización para acudir a los servicios de salud regularmente y, paralelamente, para mantener buenos hábitos de vida: no fumar, realizar actividad física, mantener una alimentación balanceada, entre otros. Estas recomendaciones son similares a las dadas para enfermedades crónicas.
2. **La IPRESS**, de la cual ya hemos hablado extensamente.
3. **El asegurador**, cuyas decisiones pueden influir directamente en la sostenibilidad financiera.
4. **El mundo de las tecnologías**, incluyendo las farmacéuticas y las de imágenes. Cuando CENARES realiza una compra nacional, es una compra de riesgo. Estos productos son costosos, no se adquieren en grandes cantidades y tienen pocos proveedores. Si alguno de estos factores falla, puede haber un colapso en el servicio. Las decisiones tomadas en ARES afectan directamente la sostenibilidad financiera.
5. **El Ministerio de Salud**, junto con el Ministerio de Salud, es importante mencionar a INEN. Aquí está mi amigo, el doctor Berrospi. He expresado en varias ocasiones lo siguiente: desearía que INEN fuera más proactivo en su proceso de descentralización. Sería ideal que especialistas del INEN dediquen una semana en un establecimiento de salud formando a los médicos locales. Asimismo, sería beneficioso que la jefa de enfermeras del INEN invierta otra semana en un diferente establecimiento de salud capacitando a las enfermeras locales. Si no transferimos el conocimiento, no lograremos progresar.

Otro punto a considerar es la relación entre la industria farmacéutica y el sector salud. Sin profundizar demasiado, es esencial que esta relación se vea como una asociación a largo plazo y no simplemente como una transacción comercial breve. Además, existen diferencias de precios para el mismo producto en distintos países de la región. Aunque se argumenta que son mercados diferentes, debería haber más explicaciones al respecto.

Un problema adicional que afecta la sostenibilidad financiera es la cadena de procesos desde la autorización sanitaria de un producto. y el proceso continúa con la evaluación por RENETZA, que también presenta limitaciones. Me he preguntado si es adecuado que CENARES siga siendo el encargado de las compras. Quizás no lo sepan, pero CENARES, el comprador nacional, es una entidad pública con un presupuesto de 1,400 millones de soles. De ese monto, 800 millones se destinan a compras relacionadas con 14 estrategias de salud, y los otros 400 millones provienen del CIS. Sin embargo, en marzo de este año, CENARES anunció que no podía realizar compras y tampoco devolvería el dinero. Ante esta situación, los directores de hospitales tuvieron que usar fondos del SIS para no dejar a los pacientes sin medicamentos básicos. Si CENARES no mejora, la sostenibilidad financiera seguirá en riesgo.

Dejo el tema aquí. Gracias.

Fondeo de tratamientos oncológicos

Q.F. César Amaro
Investigador de Videnza

La pregunta es, sin duda, compleja. Afortunadamente, quienes me precedieron han aclarado varios puntos, así que no repetiré esos conceptos. Es una cuestión difícil, pero quisiera añadir tres conceptos clave para compartir en estos momentos:

1. Creo que hay un mantra que deberíamos debatir en el sector y en la academia: "**La demanda alinea la oferta**". Los ciudadanos, los usuarios, tenemos ese poder, aunque no ejercido, en el sistema de salud para que este se adecue, se adapte, se financie y resuelva problemas de manera más eficiente y con mayor calidad.

Es un tema que rara vez abordamos y creo que es esencial discutirlo. Durante la pandemia, según la Encuesta Nacional de Hogares, más de la mitad de los peruanos acudieron a farmacias o boticas como su principal fuente de información en salud, en lugar de recurrir a la oferta pública o privada de IPRESS.

Eso es un problema, ya que implica que las personas están pagando de su bolsillo en establecimientos privados. Como señala la doctora Phoenix, no tenemos una explicación sistemática de este fenómeno, pero es un problema que debemos resolver.

2. **Cadena de valor:** La solución a la sostenibilidad está vinculada a roles claros y a una secuencia lógica de acciones que agreguen valor, en lugar de generar más ruido al sistema. Esto implica simplificar y, en estos tiempos, utilizar sistemas de información robustos. Es una agenda impostergable, especialmente en el sector público y en las regiones. Espero que en Lambayeque esto sea una prioridad.
3. **Roles:** Otros ya han mencionado este punto con detalle, así que no me extenderé. Solo quisiera añadir que si la demanda alinea efectivamente la oferta y contamos con información robusta, esos datos proporcionan el sustento necesario para que el financiero público, el MEF, pueda asignar más recursos a salud.

Desde una perspectiva tecnocrática, cuando se ha discutido esto con expertos en economía, argumentan que no hay respaldo técnico o datos que justifiquen un mayor financiamiento. Es un aspecto que, además de la decisión política, es esencial incluir en la agenda.

Finalmente, la prestación requiere de una red organizada. La ley de cáncer establece la red oncológica nacional y designa un liderazgo, encargado al INEM. Por lo tanto, hay un desafío pendiente en el INEN. Los líderes tienen a su cargo una labor titánica, y es esencial apoyarlos y acompañarlos. La academia puede contribuir significativamente en este aspecto para que el conocimiento concentrado en el INEN se difunda en el país. Se ha planteado, por ejemplo, la posibilidad de pasantías, y existen varios modelos que se pueden discutir. Un aspecto que ha sido exitoso en otros lugares son los centros de excelencia.

De hecho, el INEN es un centro de excelencia. Se necesita un enfoque metodológico desde la perspectiva de la formación de estos cuadros altamente especializados, pero con la habilidad y

sabiduría de también integrarse al primer nivel y generar esa red que brinde trazabilidad a las personas. La ley define claramente esta red, incluso en términos operacionales, para garantizar una cobertura efectiva.

Aquí surge la pregunta del millón de dólares: nuestro país no ha logrado implementar lo que está establecido en la ley de aseguramiento nacional en salud, donde se definió un camino hacia un seguro nominal.

Por ejemplo, Chile, a principios de este milenio, decidió crecer gradualmente, asegurando garantías de salud para sus ciudadanos con tiempos, calidad, recursos y una red organizada. Esta tarea aún no la hemos realizado en Perú. Si hablamos del tema de alto costo, esa condición no está resuelta.

Sin embargo, podemos discutir y, ojalá, formular a partir de la ley de cáncer y la red oncológica nacional cómo hacer explícitas esas garantías, cómo construirlas y cómo trazarlas. Es esencial tener trazabilidad de esa información para determinar si estamos en el camino correcto o si necesitamos hacer correcciones.

Ese es mi aporte específico para esta tarde. Les agradezco mucho su atención e insto a la academia y a la universidad a intensificar este tipo de diálogos. Nos brindan la oportunidad de dialogar y compartir experiencias. Espero que en el futuro haya algún método que permita que los participantes, especialmente los jóvenes, también puedan expresar su punto de vista en estos diálogos.

Muchas gracias.

Tecnologías Sanitarias Multicriterio

Dra. Karina Aliga Llerena

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

El tema que voy a desarrollar es las evaluaciones de tecnologías sanitarias multicriterio.

Para la inclusión de nuevas terapias, es fundamental entender qué es una evaluación de tecnología sanitaria. Se trata de un proceso multidisciplinario, en el que participan diversas disciplinas, desde financiadores hasta clínicos, metodólogos y pacientes. Se utilizan métodos explícitos, a los que se refiere como evidencia, cómo son las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. El objetivo principal es evaluar o asignar un valor a una tecnología a lo largo de su ciclo de vida, tal como lo ha definido INNATA.

Por otro lado, cuando hablamos de una evaluación de tecnología sanitaria con evaluación multicriterio, nos referimos a la inclusión de múltiples criterios en su análisis. Este valor considera diversos aspectos con el objetivo de mejorar la calidad en la toma de decisiones. El documento técnico nacional lo define como una aproximación para incluir estos múltiples criterios en la evaluación de una tecnología con el fin de tomar una decisión en salud.

Adicionalmente, en la página de RENETSAREDEXA, la Red Latinoamericana de Evaluación de Tecnologías Sanitarias., tienen un portal llamado Brisa donde las agencias miembro publican sus estudios. A través de Brisa, RENETSAREDEXA también compara los perfiles de los países en relación a cómo desarrollan estas evaluaciones, incluyendo países como Argentina, Chile y Brasil.

Es interesante observar cómo estos países aplican el multicriterio, especialmente en aspectos como la calidad de la evidencia, la magnitud del beneficio y el impacto económico.

Finalmente, en cuanto al proceso ETS en nuestro país, consta de cinco fases. En esta ocasión, me centraré en la evaluación de los criterios. El primer paso es formular y ajustar la pregunta clínica, donde participan el equipo metodológico, el representante y el comité farmacoterapéutico.

El comité farmacoterapéutico inicia la solicitud para evaluar esta tecnología, y es el médico especialista tratante quien continúa el proceso. La pregunta PICO, que se deriva de las siglas Población, Intervención, Comparador y Desenlaces, es formulada inicialmente por la institución solicitante. Sin embargo, esta puede ser perfeccionada cuando se incorpora la evaluación del equipo metodológico o cuando otros expertos clínicos se involucran. Puede haber diferencias en definir con precisión la población, especificando más claramente quiénes se beneficiarían del tratamiento, estableciendo un comparador más acorde con la práctica clínica asistencial y definiendo mejor los desenlaces.

Cuando se tienen desenlaces, y me refiero a resultados esperados con la tecnología, como reducción de la mortalidad o disminución de eventos adversos, es necesario graduarlos. La metodología Grey nos indica que debemos categorizarlos como críticos, importantes o de importancia limitada. Los críticos e importantes son esenciales para la toma de decisiones, mientras que los de importancia limitada no se incluyen en el análisis. La calificación de estos desenlaces depende de su validez.

Quiero compartir la definición de un desenlace surrogado o intermedio. En oncología, hay muchos de estos, y generalmente son eventos que no tienen una importancia directa pero que podrían predecir desenlaces finales significativos. Un desenlace final es lo que más le importa al paciente, pero pueden surgir desenlaces intermedios antes de estos, como la supervivencia libre de progresión o la supervivencia libre de metástasis. En nuestro país, se establece que este desenlace intermedio o surrogado debe estar validado, es decir, debe ser biológicamente plausible, predecir la evolución de la enfermedad y traducirse en un efecto en el desenlace final.

Matemáticamente, esto se traduce utilizando los criterios de Edwin, al igual que en Argentina. Un desenlace surrogado es validado cuando se correlaciona fuertemente con el desenlace final. Como ejemplo, en un estudio clínico sobre cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado, se intentó determinar si el control locorregional era

un desenlace surrogado de supervivencia global. Según los criterios, se correlaciona cuando el límite inferior del intervalo de confianza es mayor o igual a 0.85.

Es importante señalar que, aunque se está aplicando la validación de desenlaces surrogados, el reglamento menciona la evaluación y adquisición de tecnología sanitaria. En la adquisición, se mencionan estos resultados intermedios, pero no se especifica que deban ser validados, lo que puede generar confusiones. Si estos no resultan ser costo-efectivos, se podrían adquirir a través de mecanismos diferenciados. Es decir, existe una ruta para considerar estos resultados intermedios, siempre que, por supuesto, evidencien eficacia y seguridad.

Otro punto importante son los umbrales clínicos, que se definen previamente a la deliberación final. Un umbral clínico, en términos concretos, es aquella mínima diferencia en la cual se puede manifestar un beneficio adicional. Generalmente, esos desenlaces mínimos corresponden al primer umbral. Aunque se buscan estudios clínicos, en la práctica oncológica, no siempre existen para este tipo de desenlaces mínimos. Cuando no hay, la definición varía dependiendo de la institución encargada de evaluar la tecnología. Por ejemplo, cuando el INS estaba realizando las primeras evaluaciones de tecnologías sanitarias, asumían que esto era apreciado por el grupo de trabajo. Se realizaba una discusión y se llegaba a un consenso. Lo decidía el panel de expertos, tomando como punto de partida lo que se espera del efecto del comparador.

Un ejemplo sencillo es una publicación sobre SORAFENIB en carcinoma hepatocelular. Si se espera que el comparador sea un placebo y que este pueda lograr una supervivencia del 30%, ¿cuánto adicionalmente podría lograr la intervención del SORAFENIB? El panel de expertos podría determinar que un beneficio trivial sería un incremento inferior al 3%, un beneficio pequeño entre el 3% y el 6%, y así sucesivamente.

Es importante mencionar que RENETSARENEXA se ha conformado por tres miembros y que el Ministerio de Salud ha iniciado la evaluación de algunas tecnologías. Por ejemplo, han establecido que determinarán la magnitud del efecto a través de criterios establecidos para la definición de los desenlaces surrogados válidos.

Sin embargo, a diferencia de Argentina, que utiliza la metodología de Edwin (una batería de 5 pruebas consecutivas para el diagnóstico de la afectación del sistema nervioso autónomo o vegetativo) tal como está, en nuestro país se ha hecho una modificación.

Finalmente, se establecen intervalos de confianza para cada desenlace, y dependiendo de dónde se ubique la tecnología, se definirá si el beneficio que brinda en relación al desenlace de mortalidad es pequeño, moderado o grande.

Ahora, entrando a los criterios, espero no haberlos confundido más. Quiero comentarles que nuestro país, a diferencia de otros que mencioné, considera más criterios para la toma de decisiones. Esto es positivo porque nos permite analizar varios aspectos de la tecnología.

Un clínico podría valorar ciertas características, mientras que un financiador podría considerar otras. En Perú, se utilizan 10 criterios.

El primero es la **carga de enfermedad**. Este no tiene un valor puntual, sino que es referencial. Se considera la incidencia, mortalidad y los años de vida saludable perdidos.

Luego, tenemos la **necesidad clínica**, que en esencia determina si existen otras alternativas en el país. Esto se verifica en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos o la lista complementaria. Sin embargo, es esencial que la tecnología comparativa esté en uso habitual en la práctica clínica, por lo que debe correlacionarse con guías locales o internacionales.

Otro criterio son los **efectos deseables, es decir, la eficacia**. Se valora la magnitud de los beneficios adicionales de la tecnología sanitaria en desenlaces como supervivencia global, calidad de vida y supervivencia libre de progresión. Estos umbrales pueden ser moderados, grandes, pequeños, triviales, variables o indefinidos. Evidentemente, un desenlace con una eficacia adicional moderada o grande es preferible.

A modo de ejemplo, se presenta una tabla que muestra los datos relacionados con NIVOLUMAB para pacientes con melanoma maligno y resecable. En esta tabla, se observa la eficacia en el desenlace de supervivencia global, la intervención, el comparador, el efecto relativo y otros datos relevantes. NIVOLUMAB logra una reducción de la

mortalidad del 27%, mientras que con la quimioterapia, la mortalidad alcanza casi el 60%. Esta diferencia del 27% representa el beneficio adicional que obtenemos con la inclusión de este medicamento.

Otro desenlace de eficacia que se mide es la **calidad de vida**. Aquí, un mayor puntaje indica una mejor calidad de vida. Con la intervención de NIVOLUMAB, se observa un aumento de 1.8 puntos, mientras que con la quimioterapia, es de 0.9 puntos. Esa diferencia de 0.9 puntos es el beneficio adicional que proporciona NIVOLUMAB en términos de mejora de la calidad de vida.

Finalmente, los efectos indeseables están relacionados con la **seguridad** y se busca valorar la magnitud de los daños anticipados con la tecnología sanitaria. Los desenlaces de seguridad que se consideran incluyen eventos adversos graves y otros eventos adversos.

Los **efectos indeseables**, por ejemplo, aquí, son serios. La intervención producía un 20% de eventos adversos, y el comparador que utilizamos, un 26%. Esta diferencia es casi del 7%. Entonces, si lo vemos en números, podríamos evitar, por ejemplo, 71 eventos adversos serios por cada 1,000 pacientes si incluyéramos NIVOLUMAB dentro de nuestro arsenal terapéutico.

Otro criterio que utilizamos es la **certeza y la evidencia**. Todos los países de la región ya utilizan la metodología GRADE (método para valorar la certeza de la evidencia y para la formulación de recomendaciones que ayuden en la toma de decisiones en salud), que se utiliza ampliamente para desarrollar guías de práctica clínica y para realizar estas evaluaciones de tecnologías sanitarias.

Es la misma metodología, sin ninguna variación, que clasifica la evidencia en alta, moderada, baja o muy baja. Tener una certeza alta o moderada significa que, obviamente, puedo confiar en los resultados que veo al introducir la molécula. Por ejemplo, tanto el INS como otra institución (que creo que es de Argentina) han catalogado un ensayo clínico con la misma certeza de evidencia.

El siguiente criterio es el **balance de efectos**, es decir, ponderar entre los efectos deseables e indeseables para determinar hacia dónde se inclina la tecnología. Puede favorecer la intervención o, por el contrario, los resultados pueden favorecer al comparador. Este criterio es el nivel de innovación, que en nuestro país se define en base a dos aspectos: la certeza de la evidencia debe ser al menos moderada y el beneficio debe ser sustancial o mayor.

La equidad, se refiere al impacto en la equidad en salud al introducir esta tecnología. Puede variar según el criterio GRADE. Hay diferentes rangos que el panel, basado en una revisión o análisis de evidencia, podría definir. Si hay estudios de equidad, se consideran; si no los hay, es a criterio del panel participante.

En cuanto a los **recursos necesarios**, se hace una estimación de la diferencia de costos. Por ejemplo, para BEVACIZUMAB en quimioterapia para cáncer colorrectal, se estimó el costo de la intervención con quimioterapia estándar (FOLFOX) y se encontró que, dependiendo del escenario, la diferencia es de aproximadamente 70,000 soles. Es decir, se necesitarían 70,000 soles adicionales para incluir este anticuerpo monoclonal en la terapia. Según lo que está aplicando DIGEMID actualmente, esta diferencia debería ser menor a un umbral que representa 41,400 o moderada entre uno y dos. En este caso, BEVACIZUMAB calzaría para costos moderados. Sin embargo, cuando el INS lo evaluó inicialmente, se consideró como costos extensos. Esto muestra que, dependiendo de quién evalúe, puede haber diferencias en los resultados, y es algo que deberíamos evitar.

El costo-efectividad, lamentablemente, es un criterio que no se está desarrollando porque necesitamos estudios de evaluaciones económicas. A día de hoy, la mayoría de los estudios no se incluyen, por lo que es un criterio que, lamentablemente, se pierde dentro del análisis.

Para terminar, les muestro cómo queda el marco final de valoración de los criterios que les he establecido por tecnología. Aquí no hay una ponderación; no significa que a mayor puntaje se incline hacia algo a favor. Todo depende de la discusión del panel. Debe haber consenso y mayoría para determinar qué valora cada uno y poder decidir qué tecnología se incluye a nivel nacional y cuál no.

Hasta la fecha, RENETSARENEXA ha desarrollado 20 tecnologías sanitarias, de las cuales 11 ya están publicadas. 11 tienen dictamen a favor y 9 en contra. Puede ser que estén en contra porque no hay evidencia clínica, no aumentaron la equidad, la certeza fue muy baja, los beneficios fueron mínimos, no fueron coste-efectivos, no innovadores, o una combinación de estos.

Hay medicamentos que, tras la evaluación, ya no continúan siendo administrados a los pacientes. Estos son los que tienen este dictamen.

En cuanto a los retos, hay muchos. La demanda de solicitudes comenzó con 28 a cargo del INEM, y hoy ya son 103 entre todos los comités farmacoterapéuticos a nivel nacional. Aunque esto no me asusta, ya que en Brasil, por ejemplo, tienen 900 solicitudes. Esto significa que debemos priorizar. Aunque no hay un proceso de priorización establecido, sabemos quién debería hacerlo. Según el documento técnico, la priorización le compete a la Red Nacional.

En promedio, se han demorado 4 meses entre la solicitud y la publicación, lo cual no es mucho comparado con otros que se demoran entre 6 meses a un año.

Otro reto para RENETSARENEXA es que actualmente solo se enfoca en tratamientos. Las DTS abarcan más que solo medicamentos; incluyen promoción, prevención, diagnóstico y el manejo integral del cáncer. Además de medicamentos, las tecnologías pueden ser dispositivos, equipos o procedimientos. En un futuro cercano, deberíamos comenzar a evaluar estos también.

Como ya mencioné, no hay evaluaciones económicas ni documentos técnicos para saber cómo realizarlas. Aunque hay documentos bien hechos en otras regiones, sería cuestión de ver qué modelos externos aplicarían para nuestro país.

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles también requieren DTS, y actualmente solo nos estamos enfocando en enfermedades raras y oncológicas.

Finalmente, lo que quiero destacar es que falta consenso en RENETSARENEXA. Aunque está conformada, siento que falta integración para que, de manera unánime, nos indiquen cómo se evaluarán los umbrales clínicos y la validación de los enlaces surrogados. Es esencial que todas las tecnologías sigan las mismas reglas y no dependan de quién las evalúe.

Y, finalmente, la participación formal de los pacientes aún no está ocurriendo. Al inicio del proceso, el INS realizaba consultas a los pacientes, pero con el tiempo, esto se ha ido retirando. Por lo tanto, es esencial trabajar con los pacientes y sus representantes para que también participen en este proceso de evaluación de tecnologías sanitarias.

Gracias.

Gasto en enfermedades crónicas

Mg. Miguel Figallo Brero

Gerente de Proyectos de Apoyo Consultoria

Les hablaré un poco sobre la innovación, especialmente en el contexto de la ley del cáncer.

Esta temática se alinea bien con lo que hemos discutido, especialmente en la tarde.

Cuando hablamos de innovación, no necesariamente nos referimos a la cura del cáncer. A menudo, asociamos la innovación con algo positivo pero costoso. Sin embargo, esta percepción no es siempre cierta, y es precisamente lo que debemos discernir para mejorar la salud.

De hecho, una de las preguntas que mencionaba el profesor Ozondu, que presentó anteriormente, era cómo hacer el gasto en salud más eficiente. Una de las respuestas es a través de la innovación, porque puede reducir costos.

Imaginemos un tratamiento para el cáncer que debe ser aplicado de manera intravenosa y que requiere dos medicamentos. Ahora, supongamos que, gracias a la innovación, podemos reducir estos dos medicamentos intravenosos a solo uno, y que este sea subcutáneo. Aunque el precio del medicamento sea el mismo, ahorramos en varios aspectos.

Ahorramos en los costos del medicamento porque, al no tener dos, dejamos de fraccionar. Al ser subcutáneo y no intravenoso, ahorramos en el material que se utiliza, como las cánulas. Además, ahorramos en personal.

Esto no significa que vayamos a despedir a alguien; simplemente, en un sistema saturado como el que tenemos, liberamos recursos. Esto permite mejorar la atención de los pacientes, ya que un medicamento administrado de manera subcutánea demora menos tiempo en aplicarse, requiere menos supervisión y libera otras capacidades del sistema de salud.

La quimioterapia, al ser intravenosa, implica que un paciente ocupe un sillón en la sala del hospital, utilizando infraestructura. Si uno desea expandir el tratamiento, no solo requiere adquirir más medicamentos, sino también contar con más infraestructura. Este ejemplo de supuesta innovación podría liberar esos recursos. Además, y quizás lo más importante desde mi perspectiva (no soy médico, pero he sido paciente), es considerar los costos para el paciente: su tiempo, comodidad, seguridad y la posibilidad de decidir.

La innovación puede reducir todos estos costos, no solo uno. Y este ejemplo no es hipotético; es algo que hemos analizado y que ya existe. En Perú, aún aplicamos el tratamientos intravenosos con dos fármacos y no el subcutáneo.

Espero que este análisis sea publicado pronto. Sería ideal que se compartiera en una revista internacional. Pero este n

o es el único ejemplo. Deberíamos considerar todos los casos y decidir en consecuencia. Sin embargo, hay situaciones en las que la innovación sí resulta más costosa para el sistema de salud.

Para los médicos presentes, cuando discutan este tema, les sugiero que muestren el siguiente estudio realizado para el Reino Unido. Se analizó cuánto se ahorraría con la prevención del cáncer, no solo con el tratamiento temprano.

Los resultados indican que, por prevenir cánceres evitables, se ahorrarían 78,000 millones de libras. Lo sorprendente es que el 90% de estos ahorros no provienen del sistema de salud, sino del paciente y de la economía.

Aunque pueda parecer costoso para el sistema de salud si lo vemos de forma aislada, desde una perspectiva social, invertir en el tema del cáncer es rentable. No es un gasto, es una inversión. Es esencial entender esto y buscar los recursos necesarios, demostrando que es una inversión.

La innovación puede ser una excelente inversión. Presentamos un estudio que hicimos en APOYO específico para cáncer de mama HER2+ en Perú, con datos peruanos, que presentamos en una conferencia de ISPOR (Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados) que es quizás la entidad mundial más importante en economía de la salud.

Según el estudio, si nos apejáramos a estándares regionales, no a los de Suiza, y promoviéramos la detección temprana de pacientes con diagnóstico de este cáncer, logrando aumentar la cantidad de pacientes diagnosticados en estadios tempranos, el sistema de salud ahorraría 32 millones de soles, solo en ese tipo de cáncer.

Eso representa un ahorro directo para el sistema de salud. Imaginen cuánto estaría ahorrando la economía y cuánto estaría ahorrando el paciente. Aunque no lo cuantifiquemos en dinero, esto se traduce, para las pacientes con este tipo de cáncer, en más de 780 años de vida saludable, solo por tratamiento temprano.

La liberación de recursos, que es crucial, nos lleva a dos cuestiones discutidas anteriormente: ¿cómo conseguir más recursos y cómo hacer que los recursos actuales sean más eficientes? Esta mayor eficiencia puede ser reinvertida. Podemos invertir en pacientes que son diagnosticados más tarde o en áreas en las que actualmente no invertimos. Por ejemplo, podríamos invertir en tratamientos paliativos, que evidentemente tendrían un costo, pero representan una inversión necesaria para la sociedad.

En ciertos subsistemas de salud en Perú, el cáncer de ovario solo se trata con quimioterapia, sin ningún fármaco aprobado específicamente para ello.

El cáncer de pulmón se trata con medicamentos de primera generación, cuando ya existen tratamientos de tercera generación en el mundo. Adoptar esta innovación tendrá un costo, pero también traerá beneficios para el paciente y la economía.

Entonces, ¿hacia dónde debería dirigirse la innovación?

No se trata simplemente de adoptar cualquier innovación que surja en laboratorios de países como Estados Unidos o Alemania. Debemos tener un objetivo claro.

Personalmente, me ha sido útil considerar el concepto de la "triple meta". Es un enfoque que sugiere que, a través de la innovación, podemos

- reducir los costos de atención por paciente,
- mejorar la salud de la población y
- mejorar el cuidado del paciente.

Para alcanzar esta triple meta, debemos enfocarnos en tres conceptos clave: innovación, negociación y evaluación. La evaluación, como explicaba la doctora Aliaga (*Presidenta del Comité Farmacoterapéutico del INEN*), es fundamental para determinar qué innovaciones nos ayudarán a alcanzar estos objetivos. Y, por supuesto, no podemos demorarnos en este proceso.

En otro estudio que realizamos, observamos que desde la aprobación del TRASTUZUMAP en Estados Unidos hasta su adquisición masiva en Perú, transcurrieron 18 años. No podemos permitirnos esperar 18 años. ¿Cómo nos asiste la ley del cáncer? ¿Cómo ha facilitado el proceso? La ley del cáncer es, en realidad, excelente. Sin embargo, que algo esté en la ley no garantiza su implementación, ni que se haga correctamente.

Para impulsar la discusión durante estos días, quiero abordar tres puntos específicos y reflexionar sobre cómo concretar lo estipulado en esta ley. ¿Cómo cerramos estas brechas? ¿Qué hacemos en términos de negociación?

Para ilustrar, les hablaré sobre una situación en México, un poco al norte de Chiclayo. En México, implementaron una estrategia de negociación diferenciada para la adquisición de medicamentos. El BID evaluó los resultados. En México, desarrollaron herramientas específicas para la negociación, estableciendo qué y cuándo negociar, y bajo

qué parámetros. Además, establecieron un cronograma de prioridades y formaron una comisión encargada, integrada no solo por directores de hospitales y el Ministerio de Salud, sino también por el Ministerio de Economía. Como resultado, México logró ahorrar más de 400 millones de dólares en un año, simplemente mejorando su estrategia de negociación.

En cuanto a la evaluación, actualmente contamos con diversos agentes, cada uno con sus propios criterios de evaluación. Como mencionaba la doctora Aliaga, los umbrales pueden variar, lo que puede resultar en conclusiones diferentes entre instituciones.

Esto, a su vez, puede generar inequidades en el sistema. Por ejemplo, un paciente con SIS y otro con EsSalud podrían tener acceso a tratamientos diferentes según su aseguramiento, creando, en la práctica, ciudadanos de segunda categoría en el país, al menos en el ámbito de la salud.

Esto es inaceptable. Una solución potencial está en la RENETS, que, aunque aún tiene aspectos por mejorar, debería ser la entidad encargada de establecer los parámetros de evaluación.

¿Cómo evaluamos y aseguramos que todos los peruanos tengamos acceso a las mismas innovaciones? Y, por último, la adopción oportuna: no podemos demorarnos.

¿Qué sucede con los umbrales? A veces, es una discusión técnica, pero es una conversación que no hemos sostenido como sociedad. Es importante porque establecer un umbral no es sencillo. ¿Cómo procedemos cuando evaluamos tecnologías de alto costo, aquellas que pueden representar una inversión significativa?

Si establecemos un umbral muy bajo, evidentemente cuidaremos nuestro presupuesto, pero ¿a qué costo? No adquiriremos nada. Si el umbral es bajo, tendremos bajos costos, pero también bajos beneficios. Por otro lado, si el umbral es muy alto, obtendremos más beneficios, pero a un costo que podría hacer insostenible el sistema.

Si trazamos una línea que conecte todas las posibles combinaciones de costos y beneficios, probablemente obtendremos una curva. En algún punto de esa curva, encontraremos un umbral óptimo, donde la decisión maximiza el beneficio y minimiza los costos del sistema.

Esta es una discusión que aún no hemos tenido. Y debido a que no la hemos sostenido, nos demoramos cuando alguien presenta una evaluación y dice: "Esto te proporcionará 1,000 años de vida saludable y te costará un millón de soles". No sabemos si tomar esa decisión porque pensamos en el costo, pero también sopesar el beneficio en términos de vidas salvadas. No lo tenemos claro, y es una conversación que debemos tener.

Con esos puntos, concluyo mi presentación.

Comentarios

Dra. Rocío Cisneros Tipismana

Departamento de Oncología IREN Norte

Les voy a ofrecer mi perspectiva desde el punto de vista del médico tratante. Soy la jefa del Departamento de Oncología Médica del IREN del Norte. A raíz de la Ley del Cáncer, nosotros, los oncólogos, hemos identificado una oportunidad para mejorar la cobertura, el acceso oportuno y el financiamiento de los tratamientos oncológicos de alto costo para los pacientes del IREN del Norte.

Promovemos la atención integral del paciente oncológico. Sin embargo, también reconocemos la necesidad de fomentar la descentralización de la atención oncológica. En este sentido, la Red Oncológica Nacional, liderada por el INEN, es esencial para nosotros.

Es indispensable poder ofrecer un diagnóstico y un tratamiento personalizado. Sin embargo, actualmente carecemos de pruebas genéticas y moleculares esenciales para proporcionar un tratamiento personalizado, el cual sabemos que puede ofrecer el mayor beneficio a los pacientes.

En cuanto al financiamiento, es evidente que los sistemas de salud están fragmentados y no hay equidad entre las IAFAS públicas: ESSALUD, MINSA, Fuerzas Armadas y Policiales. En el Instituto Regional del Norte, atendemos al 90% de pacientes con aseguramiento SIS, al 15% de ESSALUD y al 15% de Salud Policial. Sin embargo, observamos que, con la Ley del Cáncer, algunos pacientes del Ministerio pueden acceder a medicamentos de alto costo para ciertas patologías, mientras que otros pacientes de ESSALUD y Salud Policial no pueden, y viceversa.

Esto demuestra una falta de equidad en la cobertura de estas tecnologías de alto costo y en el acceso a ellas, dependiendo de la institución donde el paciente reciba atención.

Actualmente, el IREN Norte ya cuenta con una ruta de acceso para la evaluación de estas tecnologías de alto costo. Mientras que el INEN ya contaba con su Unidad Funcional de Evaluación de Tecnología Sanitaria desde hace años, nosotros, a raíz de la Ley del Cáncer y con la implementación de RENETSA, hemos comenzado a enviar expedientes de pacientes. Estos pacientes están en espera de que sus evaluaciones nos proporcionen una recomendación. Hemos participado en reuniones de coordinación con RENETSA y reconocemos la necesidad de capacitarnos como especialistas oncólogos."

Debemos tener en cuenta que no deberíamos duplicar esfuerzos en estas evaluaciones de tecnologías sanitarias de alto costo. Las recomendaciones o dictámenes que se emitan deben ser efectivos para todas las instituciones.

Además, es esencial buscar maneras de agilizar el proceso para que, cuando se dé una recomendación sobre un medicamento de alto costo reciente por RENETSA, se facilite su adquisición a través de diversos escenarios. En el caso de medicamentos ya incluidos en el petitorio, es crucial acelerar el flujo para que los institutos regionales puedan atender sus requerimientos de manera oportuna.

En el IREN del Norte, hemos estado participando en reuniones lideradas por el INEN, y DIGEMID (*Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas*) para definir el perfil más adecuado de paciente que podría beneficiarse más con estas tecnologías de alto costo.

A partir de lo mencionado por los expositores anteriores, considero que en nuestras instituciones y unidades ejecutoras, es esencial capacitar a los actores administrativos en la Ley de Contratación del Estado. Es fundamental que estén al tanto de la normatividad vigente y que puedan hacer un uso adecuado de los mecanismos diferenciados de adquisición, especialmente en productos oncológicos.

Hay que tener en cuenta el tiempo que transcurre desde la presentación del expediente a RENETSA hasta la emisión de la recomendación, y aún más, el tiempo que los pacientes deben esperar para la adquisición de su medicamento.

Además, como médicos especialistas oncólogos, necesitamos capacitación en la metodología de evaluación multicriterio de estas tecnologías sanitarias de alto costo. Esto nos permitirá tener una participación más efectiva y una mejor toma de decisiones en las reuniones con RENETSA.

También consideramos conveniente implementar las disposiciones complementarias que faciliten el desarrollo de estos mecanismos diferenciados de adquisición, con el objetivo de mejorar el acceso de nuestros pacientes.

Para concluir, quiero resaltar que es un derecho de nuestros pacientes oncológicos ser atendidos en su lugar de residencia, en su entorno familiar, con el mejor tratamiento disponible en la actualidad. No deberían enfrentar gastos de bolsillo y deberían tener financiamiento total para su tratamiento, incluso si es de alto costo. Deben ser tratados en la institución pública que les corresponda y recibir atención en las condiciones óptimas que, por ser pacientes oncológicos, merecen.

Muchas gracias."

Mg. Miguel Figallo Brero

Gerente de Proyectos de Apoyo consultoría

Lo que hemos observado, y en esto coincido con lo expuesto por el viceministro, es que los medicamentos con mecanismos diferenciados de adquisición son una excelente propuesta. Son beneficiosos porque nos permiten realizar compras de manera más costo-efectiva.

Básicamente, contamos con dos mecanismos: uno es el descuento por volumen, es decir, si compras más, te sale más barato, algo similar a una oferta de 2x1 pero a gran escala. Este sería el mecanismo más sencillo de aplicar y, posiblemente, el que se implemente primero.

Sin embargo, en la práctica, no es tan simple. En la mesa anterior, la doctora Philips mencionaba las dificultades que a veces surgen con CENARES en las compras centralizadas. Si ya enfrentamos obstáculos en las compras centralizadas, será aún más complicado aprovechar los descuentos por volumen que nos ofrece la ley.

Si cada hospital comienza a comprar tecnología nueva de forma independiente, el volumen adquirido será reducido, y el beneficio de este mecanismo será limitado. Por lo tanto, un requisito esencial para maximizar los beneficios de este mecanismo es mejorar y agilizar las compras centralizadas. Así, tendremos un mayor volumen y podremos acceder a mejores financiamientos.

Por otro lado, están los mecanismos diferenciados relacionados con descuentos basados en resultados. Básicamente, es un sistema de "te pago si funciona". Si un proveedor está seguro de que su innovación beneficiará al paciente y prolongará su vida, entonces se le pagará una vez que se vean esos resultados, no antes.

Aunque este sistema suena prometedor, también presenta desafíos, muchos de los cuales el viceministro ya detalló. Un aspecto crucial es determinar no solo cómo implementarlo, sino cómo hacerlo de la manera más eficiente y sencilla.

Aunque ya contamos con una ley y hay consenso entre los actores sobre la utilidad de estos mecanismos, es esencial definir cómo llevarlos a la práctica. Con las condiciones actuales, enfrentamos varias limitaciones que dificultan su implementación, y estoy de acuerdo con el viceministro en ese aspecto.

Sin embargo, esto no significa que debamos quedarnos de brazos cruzados. Es esencial identificar y abordar estas limitaciones rápidamente. Cuanto más rápido actuemos, más tecnologías coste-efectivas y potencialmente salvadoras de vidas tendremos a nuestra disposición."

Mecanismos diferenciados de adquisición

Dr. Erick Peña Sánchez
Viceministro de Salud

Bueno, trataré de sintetizar un tema que es vasto y muy extenso, pero perfectamente alineado a la pregunta de nuestra moderadora. Primero, habría que entender qué son los mecanismos diferenciales de adquisición o, dicho de otra manera, los acuerdos de riesgo compartido. Antes de hablar sobre aspectos puntuales, porque tengo un tiempo limitado, creo que es necesario hacer un disclaimer: lo que voy a presentar obedece a una revisión de la literatura y a un análisis personal y no representa la posición oficial del Ministerio de Salud al cual represento. Por lo tanto, estoy haciendo el disclaimer correspondiente.

El tema de las tecnologías innovadoras, ya sea un producto farmacéutico o un dispositivo médico, es ofrecer un beneficio adicional a lo que ya existe. Si hablamos de un medicamento, una tecnología innovadora para patologías como el cáncer debe demostrar no solo seguridad, partiendo del principio de "primero no hacer daño", sino que también debe mostrar un beneficio adicional en desenlaces clínicamente relevantes. Esto significa que el beneficio debe traducirse en un efecto sobre desenlaces duros, como la supervivencia global. Aquí vamos a ver algunos detalles sobre lo que se denomina desenlaces sustitutos y la importancia de ser minucioso en el análisis cuando se evalúan tecnologías basadas en estudios pivotaes que tienen como desenlaces o "outcomes" estos desenlaces sustitutos.

Primero, hay que entender que cuando se introduce una nueva tecnología existen muchas incertidumbres.

Estas incertidumbres pueden ser vistas desde el punto de vista del financiador, que tiene que cuantificar la eficacia de esta nueva tecnología y determinar cuánto beneficio adicional se le va a ofrecer al paciente.

Luego, está el tema del financiamiento. En países de ingresos medios como Perú, siempre debemos considerar el impacto que tendrá la introducción de una nueva tecnología en la sostenibilidad del sistema de salud.

Entonces, ¿cuánto estamos dispuestos a pagar por ese beneficio demostrado científicamente? La implementación de esta nueva tecnología no depende solo de su cobertura financiera, sino también de todos los costos agregados relacionados con su implementación.

Por otro lado, está la perspectiva de la industria farmacéutica. La incertidumbre que enfrenta la industria es si esta tecnología, en la que se va a invertir tanto en desarrollo como en estudios clínicos y preclínicos, asegurará un retorno financiero después de su introducción."

"Incluso en otros países, existen mecanismos que estimulan a las industrias para que, mediante ciertos esquemas especiales, faciliten los procesos reguladores, es decir, de aprobación por los entes reguladores. De esta forma, se promueve el desarrollo de tecnologías en áreas específicas de la salud.

Como consecuencia, surge la incertidumbre de si realmente es rentable hacer tal inversión. Además, está la incertidumbre del acto médico: el médico y el paciente deben determinar si existe un balance adecuado de riesgo-beneficio con esta nueva tecnología y si hay evidencia científica sólida que respalde los beneficios.

No solo es necesario revisar la evidencia, sino también hacer una revisión crítica de ella. Parte del proceso de evaluación de tecnologías implica esto.

Entonces, esas son las perspectivas. Para definir rápidamente, los acuerdos de riesgo compartido son esquemas de financiación. Estos esquemas vinculan el precio de la nueva tecnología a una serie de variables, objetivos y resultados previamente acordados entre las partes.

El pago final no solo se determina por la cantidad de producto adquirido, sino también por la consecución de objetivos previamente establecidos relacionados con efectividad, eficiencia o impacto presupuestario. La idea

principal de este mecanismo diferenciado de adquisición es reducir la incertidumbre de los diferentes actores mencionados.

Implementar un mecanismo de este tipo no es solo un asunto procedimental; es necesario asegurar que todo el entorno permita su uso adecuado para maximizar su beneficio.

Hay abundante evidencia científica que documenta procesos de este tipo en varios países, muchos de los cuales han obtenido excelentes beneficios, mientras que otros no tanto, debido a la falta de un sistema adecuado de implementación. Esto implica la recolección de datos para documentar beneficios basados en desenlaces clínicamente relevantes y desarrollar reembolsos basados en resultados. Se requieren estos sistemas de información.

En cuanto a los acuerdos basados en resultados, hay acuerdos centrados en resultados financieros y acuerdos basados en resultados clínicos, como se describió anteriormente. Hablando de los resultados financieros, su objetivo es hacer un uso eficiente de los recursos, basándose en acuerdos de precio-volumen, por ejemplo, o acuerdos de participación en el mercado.

En los últimos años, ha surgido un creciente interés en acuerdos basados en resultados clínicos, donde el pago se establece según los resultados del producto en cuestión al ser aplicado en pacientes en situaciones reales. Se vincula el precio de la innovación a las mejoras en salud y al beneficio clínico. El financiador y la compañía farmacéutica acuerdan resultados de salud esperados, reflejados en el precio de venta unitario.

Es importante destacar que actualmente existen patologías muy complejas. Las terapias dirigidas y las terapias inmunológicas son tecnologías avanzadas que requieren el desarrollo de estudios complejos y costosos. En estos, se debe demostrar la eficacia a través del examen de varios desenlaces, lo que en el contexto del desarrollo de ensayos clínicos para demostrar esta evidencia es un reto."

"Un ejemplo típico son las enfermedades raras. Para probar una tecnología en una enfermedad rara, es complicado tener suficiente poder en los estudios para reducir la incertidumbre del estimador del efecto, del beneficio. Entonces, la incertidumbre es mayor en estos casos.

En lugar de que el financiador asuma completamente esta incertidumbre del beneficio, se comparte entre el financiador y la industria. Así, tenemos la cobertura condicional y los reembolsos vinculados a resultados.

En cada uno de estos tipos, los resultados pueden ser desenlaces clínicos, como en el caso del cáncer sobre vida global, medidas de costo-efectividad, razón costo-efectividad o razón de costo-efectividad incremental basados en medidas de carga de enfermedad a partir del uso de umbrales.

Esto ha generado toda una corriente de estudios de economía en salud que requieren una masa crítica de profesionales entrenados para poder hacer este tipo de análisis, que es completamente necesario.

Entonces, de eso hablamos cuando existe esta necesidad de tener un entorno. Por ejemplo, hay tecnologías que siguen un mecanismo simplificado y acortado para generar resultados de estudios pivotales en enfermedades cuyos desenlaces duros implican un seguimiento de muchos años. Y para tener resultados en menos tiempo de estas nuevas tecnologías, se utilizan desenlaces surrogados, intermedios, no finales.

Entonces, tener certeza sobre el beneficio pasa por tener certidumbre sobre la correlación entre el desenlace intermedio y el desenlace final. Si no hay evidencia aún, se condiciona el pago a la generación de esta evidencia. Ese es un tipo de acuerdo de riesgo compartido.

Estos acuerdos basados en cobertura condicional, los acuerdos basados en resultados clínicos, implican pagar por el beneficio. Si no hay beneficio en el paciente, no se paga. Y, obviamente, si la industria tiene completa y absoluta confianza en la tecnología que ha desarrollado, tendrá resultados óptimos en este tipo de acuerdos.

Pero, nuevamente, la idea de estos acuerdos es compartir la incertidumbre. Por eso se llama riesgo compartido. Esta es la tendencia de los estudios que han documentado la implementación de estos nuevos acuerdos, y cada vez es mayor. Y estos son los diferentes tipos. La CED son "Conditional Evidence Development", que quiere decir acuerdos condicionados a la generación de evidencia. Están los diferentes tipos basados en resultados

financieros, otros son basados en resultados clínicos, y algunos esquemas híbridos. Hay bastantes, y esto da cuenta de un creciente interés en este tipo de acuerdos.

¿Qué ventajas tiene este tipo de acuerdo?

Tiene ventajas no solo para el financiador, sino también para la industria y para los pacientes. Para la industria, es facilitar y acelerar el acceso a tecnologías que, en el contexto de recursos limitados de países como el nuestro, no tendrían forma de acceder. Disminuyen el riesgo de inclusión de innovaciones sanitarias que, aún teniendo beneficios clínicos, no resultan coste-efectivas. Cuando uno trata de probar el impacto financiero de nuevas tecnologías, debe pensar en qué tan sostenible seguirá siendo el sistema si introduce una de estas nuevas tecnologías.

Utilizando estos riesgos, reduce ese impacto, teniendo un mayor control sobre el riesgo de estos acuerdos. Incentivan a las compañías a introducir mejoras en sus productos para que estos evidentemente entren a estos mecanismos."

Incluso, puede suponer un incentivo en la realización de estudios de vida real, de fase 4 o post-comercialización. Obviamente, la empresa proyecta una imagen de mayor compromiso al utilizar estos acuerdos. Para el financiador, como ya hemos mencionado a lo largo de la presentación, permite financiar ciertos medicamentos que, de otra manera, serían inaccesibles. Facilita el uso eficiente de recursos y traduce en una ventaja política para los financiadores públicos, especialmente en relación al tratamiento de enfermedades como el cáncer.

Sin embargo, es esencial llevar a cabo un proceso transparente, objetivo y científicamente riguroso. Y ahí radican los beneficios para los profesionales de salud e incluso para el paciente, en relación con el acceso a estas tecnologías innovadoras.

¿Existen desventajas? Sí, las hay.

Requieren sistemas de información robustos. Lo que nos falta es un sistema de historia clínica electrónica universal que permita la interoperabilidad en todos los sistemas de información del sistema de salud. Este es uno de los ejes de gestión del actual ministro de salud. La digitalización del sistema es un esfuerzo complejo que se ha intentado durante varios años, pero estamos avanzando en ese sentido. El Seguro Integral de Salud ha hecho un aporte significativo con la digitalización del FUA, que se está implementando en una proporción importante de establecimientos de salud y que permitirá la trazabilidad no solo de las atenciones y prestaciones, sino también de las tecnologías involucradas en la prestación.

Dentro de la complejidad de su implementación, es necesario establecer indicadores claros y garantizar transparencia en el proceso de identificación de desenlaces, especialmente en tratamientos cuyos efectos solo pueden observarse a largo plazo. Esto implica un riesgo de sentar precedente como una vía alternativa. En más de una ocasión, he tenido la oportunidad de discutir ampliamente sobre la necesidad de hacer una adecuada diferenciación del proceso y asegurarnos de que realmente represente un mecanismo que facilite el acceso a nuevas tecnologías que hayan demostrado un beneficio.

Es esencial contar con un marco legal claramente definido, lo que implica un trabajo multisectorial, incluso con el legislativo. Para concluir, las recomendaciones son que los costos derivados de la implementación de estos acuerdos pueden superar los beneficios. Por lo tanto, es esencial limitar su utilización a determinadas tecnologías, lo que implica un análisis específico.

Es necesario definir claramente el problema objeto del acuerdo e identificar el perfil del paciente al que está dirigido. Se debe establecer de manera clara y objetiva qué se persigue con estos acuerdos y definir qué se entiende por éxito terapéutico.

Además, es fundamental simplificar el proceso para que no constituya una carga adicional para nuestro ya sobrecargado sistema de salud. Los requisitos para estos acuerdos deben considerar que las tecnologías sean verdaderamente innovadoras, de alto costo, con pocos pacientes, una necesidad no cubierta, un vacío terapéutico y una población acelerada con poca evidencia.

Gracias.

Gestión de salud descentralizada

Ing. Vlado Castañeda
Consultor en descentralización

Buenos días a todos y todas. Quiero agradecer a los organizadores por la invitación y también a la Universidad del Señor de Sipán por su hospitalidad, en especial a la licenciada Liliana La Rosa. Agradezco a todos los que han decidido participar en este evento un día sábado.

Voy a abordar un tema relevante debido a las características del estado peruano en su forma de gobierno: la descentralización. En el contexto de la descentralización, discutiré cómo gestionar de manera descentralizada. Y, aunque no soy especialista en temas de cáncer, me atreveré a hablar sobre cómo podría ser la atención en los servicios oncológicos. Agradezco haber estado presente todo el día de ayer escuchando las diferentes conferencias, ya que me permitieron tener una perspectiva diferente.

Llegué con una idea de presentación, pero a lo largo del día la fui modificando. De hecho, hasta la última reunión que tuve ayer, la estuve cambiando. Recién ahora se las he entregado a los organizadores, así que espero que podamos abarcar todos los puntos que ya se discutieron de alguna manera. Eso es lo que intentaré expresar en lo que les explicaré a continuación.

Mientras preparan la presentación, quiero hablar sobre la descentralización. La descentralización, en términos prácticos, implica compartir poder entre los diferentes niveles de gobierno. En el caso peruano, tenemos tres niveles: nacional, regional y local. Se comparte poder político, administrativo y económico. En esta charla, me centraré en el poder administrativo, es decir, en la distribución de competencias. Hay tres tipos: exclusivas, compartidas y delegables. La salud es una competencia compartida entre todos los niveles de gobierno, incluido el local. No debemos olvidar el nivel local, ya que también juega un papel crucial en la gestión de la salud.

He notado que se ha hablado mucho a nivel regional, y felicito a las autoridades regionales presentes por su participación. Me pareció particularmente interesante la intervención del gobernador de Lambayeque. Actualmente, asesoro a dos gobiernos regionales, por lo que comprendo las dinámicas y desafíos que enfrentan.

En resumen, en materia de salud, una de las principales líneas de intervención es la lucha contra el cáncer. En Perú, esta lucha es compartida entre todos los niveles de gobierno. Es esencial recordar esto. Además, otro aspecto crucial es el poder económico, es decir, la gestión de los recursos públicos.

El poder de asignación, distribución y uso de los recursos públicos es crucial. Sin una adecuada gestión financiera, es complicado gestionar. No obstante, no solo se requieren recursos presupuestales o financieros para gestionar, como se dejó claro en varias exposiciones ayer. Primero, es necesario saber cómo gestionar. Por ejemplo, si te proporciono 20,000 millones de dólares ahora para la lucha contra el cáncer, ¿cuánto de ese monto realmente se gastará? El desafío no radica solo en los recursos, sino también en la capacidad de gestionarlos.

Y quiero enfatizar, como docente en política pública, que cuando hablamos de "recursos", no solo nos referimos al dinero. Hay cuatro tipos de recursos esenciales: normativos, presupuestales o financieros, humanos, y materiales o logísticos, dentro de los cuales se incluyen los tecnológicos. Es fundamental considerar estos cuatro tipos de recursos.

La descentralización tiene tres dimensiones: política, que define las atribuciones de presidentes, gobernadores, consejeros, alcaldes y otros cargos; la distribución de competencias, que si no está claramente definida puede llevar a duplicidades o superposiciones; y la competencia compartida, que aunque compleja, considero que es la mejor. ¿Por qué? Porque un gobierno local conoce mejor la realidad de su territorio, un gobierno regional puede articular mejor su territorio, y el gobierno nacional puede comprender las diversas realidades de un país tan diverso y heterogéneo como el nuestro.

He tenido el privilegio de trabajar en descentralización y recorrer casi todo el país. De las 196 provincias, he visitado 184, y aún me quedan 12 por conocer. Lo que he observado es la increíble diversidad y heterogeneidad de nuestro territorio. En medio de esta complejidad, debemos luchar contra el cáncer.

Quizás se pregunten, ¿para qué sirve la descentralización? Sirve para promover un desarrollo integral, armónico y sostenible. Esto significa que todas las partes de la sociedad y todo el territorio deben desarrollarse de manera equilibrada, sin que haya zonas o sectores que avancen más que otros.

El desarrollo no será uniforme en todos los territorios, y no pretendo engañar a nadie con esa afirmación. Cada territorio y sociedad tiene sus particularidades. Algunos, como Arequipa, tienen la ventaja de contar con minería, mientras que otros, como Cusco, tienen gas. En Lambayeque, aunque no hay minería ni gas, existe la agroexportación. En el distrito de Olmos, por ejemplo, se generan 700 millones en IGV debido a sus tierras ricas en agroexportación, donde trabajan 60,000 personas que requieren servicios públicos, incluida la salud. De esta población, ¿cuántos estarán en riesgo de padecer cáncer? Según las estadísticas presentadas por especialistas, el número es significativo. Entonces, ¿cómo está el servicio de salud en Lambayeque? Aquí es donde la descentralización juega un papel crucial.

Antes de discutir la gestión descentralizada, es esencial comprender la gestión territorial. En el ámbito del cáncer, es crucial tener claridad sobre los servicios requeridos. He tenido la oportunidad de reunirme con colegas del INEN y del MINSA, y gracias a mi experiencia trabajando en el MINSA y asesorando a cuatro ministros de salud, tengo un entendimiento profundo de la realidad. Es vital identificar todos los servicios, desde la prevención y detección temprana hasta los cuidados paliativos. La cuestión es cómo se están proporcionando estos servicios.

El estado puede ofrecer servicios de dos maneras: desconcentrados, donde se brindan desde el centro pero aún se gestionan centralmente, y descentralizados. Algunos servicios, debido a economías de escala, deben ser desconcentrados para garantizar eficiencia. A menudo, la teoría nos dice que los recursos son limitados mientras que las necesidades son infinitas. Sin embargo, en la práctica, si te proporciono 1,000 millones de soles para el cáncer y solo gastas 800, no puedo darte más porque no estás utilizando eficientemente lo que ya te he dado. A veces, la centralización es necesaria para actuar de manera desconcentrada. Sin embargo, en la gestión territorial, también debemos considerar la descentralización.

Precisamente en Lambayeque, la descentralización es esencial. ¿Por qué? Porque en este contexto descentralizado, el director regional de salud tiene la responsabilidad de gestionar la salud en el departamento. Es la autoridad regional en salud. Antes, algunos servicios estaban bajo la jurisdicción nacional, pero ahora están a cargo del gobierno regional. A menudo escucho a personas referirse a sus servicios como "MINSA", incluso en gobiernos regionales. Sin embargo, un establecimiento en un departamento del país no pertenece al MINSA; es administrado y gestionado por el gobierno regional. Eso lo convierte en un servicio descentralizado.

Por ejemplo, el SIS es un servicio desconcentrado, mientras que las postas, centros de salud y hospitales regionales están bajo la jurisdicción del director regional de salud y del gobierno regional, lo que los hace descentralizados. En la lucha contra el cáncer, algunos servicios, como el financiamiento a través del SIS, se gestionan de manera centralizada y desconcentrada. Sin embargo, las unidades prestadoras de servicios de salud oncológicos, como el hospital regional de Lambayeque, son descentralizadas.

A pesar de esta descentralización, no significa que cada gobierno regional pueda actuar a su antojo. El gobierno peruano, aunque descentralizado, sigue siendo unitario, como lo establece el artículo 43 de la Constitución. Esto implica una dirección y coherencia unificadas en las intervenciones. El INEN ahora tiene la gran responsabilidad de liderar la política nacional del cáncer y es el responsable técnico del programa presupuestal de lucha contra el cáncer. Por lo tanto, los gobiernos regionales y locales deben alinearse con esta política nacional.

Para gestionar eficazmente estos servicios, tanto desconcentrados como descentralizados, es esencial la convergencia y sinergia. Sin ellas, cada entidad podría actuar de manera descoordinada, y el principal perjudicado sería el usuario. El propósito principal del estado es servir a los ciudadanos y a la sociedad. Si no se logra esta finalidad, el estado no está cumpliendo su propósito. Además, es crucial que los servicios sean idóneos, es decir, que se adapten a la realidad y condiciones específicas de cada región.

Dada la diversidad y heterogeneidad de nuestras realidades, las estrategias de intervención no pueden ser uniformes. No solo me refiero a la diversidad entre departamentos, sino también a la variabilidad dentro de las

regiones. Por ejemplo, en Lambayeque, hay personas que hablan quechua, lo cual es una sorpresa para muchos que asumen que solo en la sierra se habla este idioma. Esta interculturalidad no debe ser pasada por alto en nuestras intervenciones.

La idoneidad es esencial, así como el uso eficiente de los recursos. Ayer se presentaron estrategias valiosas para optimizar este uso. Aprendí mucho, especialmente de la presentación del viceministro de salud sobre mecanismos diferenciados de adquisición. La idea de "pago por resultados" me parece innovadora. Estoy ansioso por aprender más sobre esto.

El objetivo principal es generar un mayor beneficio para el usuario, independientemente de cómo lo llamemos: cliente, beneficiario, contribuyente, etc. Para mí, es el destinatario de la acción del estado.

Para gestionar de manera descentralizada, es vital comprender el "ciclo de producción". Esto implica tener claridad sobre los impactos y resultados deseados en la población, cómo se prestará el servicio, y cómo se gestionarán las diferentes fases. Además, es crucial definir los roles y responsabilidades de cada entidad estatal.

En el ámbito de los servicios oncológicos, y considerando las recientes modificaciones legales, el nivel nacional tendrá un rol, al igual que el regional. Si se desarrolla una estrategia adecuada, incluso se podría aprovechar la capacidad del gobierno local, por ejemplo, para realizar tamizajes. Un doctor del INEM me comentó sobre un estudio realizado en Guadalupe, mi tierra natal, relacionado con el tamizaje para el cáncer de cuello uterino. Los resultados fueron interesantes, pero es esencial coordinar con el nivel local. Otro ejemplo es el análisis realizado en Alto Trujillo, que ahora es un distrito, debido a su alta incidencia de casos. Sin la colaboración del nivel local, sería difícil implementar estas intervenciones desde Lima.

¿Cómo, desde Lima, vas a conocer todo el territorio en un día o en un fin de semana? Es imposible. Por ello, es esencial trabajar con el gobierno local. No necesariamente para que realice intervenciones especializadas, sino para obtener un mejor conocimiento de la realidad. Lo que a menudo falta es claridad sobre lo que cada nivel de gobierno debe hacer, cuáles son sus roles y responsabilidades. Técnicamente, esto se logra teniendo claros los procesos de gestión y distribuyendo roles y responsabilidades según las competencias y funciones que la ley otorga a cada nivel de gobierno.

Para gestionar adecuadamente, hay que recordar cinco palabras clave: planificar, organizar capacidades y recursos, dirigir, controlar y mejorar continuamente. Si uno quiere gestionar eficazmente, debe dominar estas cinco acciones. Y es el recurso humano el que moviliza estas acciones. Si el personal no tiene las competencias necesarias para estas tareas, no podrá gestionar adecuadamente, independientemente de los recursos presupuestales que se le proporcionen.

Además, dado que estamos hablando de niveles de gobierno con poder político, la coordinación es esencial. No se puede actuar de manera descoordinada o desarticulada; es necesario actuar de forma concertada.

A menudo, el estado actúa de manera muy centralizada y no siempre cubre todas las necesidades porque no se enfoca en las necesidades básicas insatisfechas. Recientemente, se ha comenzado a trabajar con un enfoque de pobreza multidimensional. La salud tiene una ventaja en este aspecto. El enfoque debería ser abordar las necesidades básicas insatisfechas incorporando la salud. Esto implica considerar los determinantes sociales de la salud, lo que significa que la política de salud es multisectorial. Los problemas de salud están relacionados con las condiciones de vivienda, el nivel educativo y las condiciones laborales, entre otros factores. Todos estos elementos deben tenerse en cuenta, así como la satisfacción de la población.

Por lo tanto, para gestionar de manera descentralizada, es esencial construir modelos. Si no desarrollamos modelos y solo nos basamos en la intención de quienes gestionan, no tendremos protocolos de actuación claros. En el sector salud, hay una ventaja en este aspecto, ya que, cuando se aborda en otros sectores, suele ser más complejo.

La salud cuenta con modelos establecidos. Permíteme mencionar uno que opera de manera autónoma, sin requerir la intervención de autoridades: la referencia y contrarreferencia. Un paciente puede ingresar por una posta y terminar en el INEM sin que sea necesario que la presidenta hable con el gobernador, el alcalde, o incluso los gerentes y viceministros. Esto es posible gracias a un modelo estructurado.

En el contexto de la lucha contra el cáncer y considerando la red oncológica nacional, es esencial establecer un modelo claro. Sin embargo, debido a la diversidad y heterogeneidad del país, no podemos aplicar un modelo uniforme en todas partes. Si intentamos hacerlo, estoy convencido de que fracasará. Por lo tanto, necesitamos modelos diferenciados que se ajusten a un estándar general. El estándar debe ser uniforme, pero la implementación debe adaptarse a las realidades locales.

Ahora bien, ¿tenemos una comprensión clara de la realidad nacional para establecer un modelo estandarizado? Aunque no contamos con toda la información, sí disponemos de experiencias previas, como el Plan Esperanza y el inicio del programa presupuestal. Estas experiencias nos han mostrado la necesidad de adaptarnos a realidades cambiantes, especialmente después de eventos disruptivos como la pandemia de COVID-19, que reveló las deficiencias y fragmentación de nuestro sistema de salud.

Por lo tanto, propongo que, mientras trabajamos en un estándar general para la gestión descentralizada de los servicios oncológicos, implementemos pilotos para comprender las complejidades específicas de cada región. Esta combinación de estándares y pilotos nos permitirá adaptar los modelos a las realidades locales, logrando una gestión más eficiente y efectiva.

Esta no es una posición dogmática, sino una propuesta basada en mi experiencia de 20 años en gestión pública. He trabajado en todos los niveles de gobierno y he colaborado directamente con presidentes. Con base en esta experiencia, creo que el INEN, gracias al Plan Esperanza y a los programas presupuestales, tiene el conocimiento necesario para establecer un estándar inicial y, a través de pilotos, adaptarse a la diversidad territorial.

Actualmente, asesoro a dos gobiernos regionales, lo que me brinda una perspectiva aún más amplia sobre estas cuestiones.

Uno de los gobiernos regionales no cuenta con canon, mientras que el otro sí. Uno dispone de amplios recursos financieros, mientras que el otro no. Esta diversidad demanda diferentes capacidades de gestión. No solo se trata de la diversidad inherente a las necesidades de la población, sino también de la capacidad de gestión. Si solo implementamos un modelo sin fortalecer la capacidad de gestión, el modelo podría no ser efectivo.

Existe una teoría en política pública de Harvard conocida como la "teoría de la caja negra". Esta teoría sugiere que, cuando algo falla, puede ser debido al diseño o a quienes lo operan. En este contexto, debemos preocuparnos tanto por el diseño del modelo como por quién lo gestionará. No queremos encontrarnos en una situación donde, una vez que el "avión" ya esté en el aire, nos preguntemos dónde está el piloto.

Basándome en lo que he escuchado, especialmente del Dr. Berrospi y otros expertos, creo que la solución es un modelo estándar complementado con pilotos que retroalimentan dicho modelo. El objetivo es adaptarlo lo mejor posible a la realidad peruana.

Quiero aclarar que, aunque pueda sonar teórico, todo lo que he mencionado está respaldado por normativas. Existe un decreto supremo, el 121-2022, que retoma la gestión descentralizada. Este decreto, emitido por la PCM en el marco de su rectoría de descentralización, es de cumplimiento obligatorio para los tres niveles de gobierno.

Además, hay instrumentos que no se utilizan con frecuencia, como los convenios de gestión, que la salud solía emplear. Estos convenios, que establecen responsabilidades mutuas entre entidades, son esenciales para garantizar una gestión efectiva.

Para concluir, veo una gran oportunidad en la gestión descentralizada de los servicios oncológicos en Perú a través de la RON (Red Oncológica Nacional), y no me refiero al licor.

La Red Oncológica Nacional (RON) representa una gran oportunidad para nosotros. Debemos aprovecharla y, desde nuestras respectivas posiciones, esforzarnos para que su implementación sea exitosa. Sería fácil culpar al INEN de cualquier fallo, pero no es su responsabilidad exclusiva garantizar el éxito de la RON. Y lo digo desde una perspectiva académica, ya que soy docente en universidades públicas y privadas.

Me enteré ayer que esta facultad de medicina cuenta con 6,500 estudiantes. Hablé con el decano, un viejo amigo, y me lo confirmó. Con esa capacidad movilizadora, podrían contribuir significativamente, no solo realizando investigaciones, como mencionó el Dr. Berrospi, sino también en la atención directa. Por ejemplo, la Universidad Cayetano Heredia tiene establecimientos de salud fuera de Lima, en la selva, como parte de su responsabilidad

social. Podríamos establecer alianzas estratégicas entre el INEN, los gobiernos regionales, las universidades públicas y los gobiernos locales. No debemos olvidar a los gobiernos provinciales y distritales, ni a la población y a las familias afectadas por el cáncer.

La buena noticia es que la estructura de la RON ya está definida en un reglamento, con funciones claras para cada actor involucrado. Si ya tenemos definidos los roles y responsabilidades y contamos con un líder como el INEN, reconocido a nivel nacional e internacional, entonces tenemos una base sólida para hacer realidad esta red. Lo que necesitamos es alinear esos roles y responsabilidades con la lógica de los servicios que se ofrecen.

Hay etapas y escenarios para implementar esto. Y quiero mencionar dos puntos importantes que se discutieron ayer. Primero, el enfoque de red no es algo nuevo con la RON. En el sistema de salud, se ha trabajado con lo que se denomina "redes integrales de salud". Sin embargo, y hablo con conocimiento de causa, estas redes no están implementadas en todo el país como deberían.

Como establece la ley y el reglamento de la RIS (Redes Integrales de Salud), sé que la Red Oncológica debe integrarse en ese enfoque general. Lo mencionaba el Dr. Berrospi ayer, y lo recuerdo claramente. Sin embargo, si esperamos que la RIS esté completamente implementada antes de poner en marcha la RON (Red Oncológica Nacional), muchas personas morirán de cáncer. La eficiencia de la ROM puede salvar vidas y proporcionar más años de vida saludable, como establece la política.

Creo que debemos establecer etapas para que todos los involucrados se incorporen gradualmente. Es más fácil empezar con el INEN y luego con los gobiernos regionales, ya que ya cuentan con servicios oncológicos. Podemos realizar pilotos en lugares con y sin RIS para comprender las diferencias y cómo podemos construir un desarrollo que no dependa exclusivamente de la implementación completa de la RIS.

Además, no debemos esperar hasta el final para incorporar otras entidades y organizaciones. Aunque sugiero comenzar con el INEN y los gobiernos regionales, también están EsSalud, las sanidades, y el sector privado. El modelo puede ser útil para todo el sector salud.

La ley específica que la política nacional es dirigida por el INEN y debe coordinarse con todas las instancias de los tres niveles de gobierno. En cuanto al financiamiento, se realiza a través del programa presupuestal, siendo el INEN el responsable técnico. También hay desarrollos en equipamiento e infraestructura, y es crucial no olvidar la prevención.

Debemos aprovechar también las prioridades políticas. Una de las prioridades del Ministro y de la Presidenta son los preventorios, que serán pilotos. Está en el discurso de la Presidenta del 28 de julio y en el del Ministro. En este contexto, hay un desarrollo en marcha.

Finalmente, mi última recomendación es que, dado que este es un trabajo que implica una estrecha colaboración con los gobiernos regionales, creo que deberíamos trabajar con el Dr. Berrospi y la ANGR para establecer algo similar a un observatorio. Esto nos permitiría monitorear la progresividad del proyecto. Aprovecho para hacer un llamado a los representantes de Arequipa y al Presidente de la ANGR presentes en esta reunión. También a la vicegobernadora y a la consejera: comuniquen al gobernador la importancia de trabajar juntos en este proyecto. Si se han dado cuenta, este modelo solo funcionará si todos colaboran y monitorean el progreso de la implementación de la red.

Gracias y disculpen la extensión.

Experiencia comparada con Chile

Dra. Andrea Martones

Asesora en Salud Pública Chile

A continuación, procederemos con la ponencia de la doctora Andrea Martones. Ella es abogada y asesora jurídica de diversas instituciones gubernamentales de salud en Chile. Además, es socia directora de Martones SPA. El tema que nos presentará esta mañana es la "Experiencia de la Descentralización Oncológica en Chile". Les pido que reciban con un fuerte aplauso a la doctora Andrea Martones.

Muchas gracias. Buenos días a todos. Primero, quiero expresar mi profundo agradecimiento a la universidad y a los organizadores por esta invitación. Como algunos saben, soy chilena, pero viví muchos años en Perú. Me formé en colegios peruanos, así que una gran parte de mi corazón es peruano. Estoy profundamente agradecida con este hermoso país que acogió a mi familia y a mí hace muchos años. Es un honor y un privilegio estar aquí.

Además, quiero felicitarlos por esta iniciativa. Creo que cuando nos unimos por un objetivo común, a pesar de nuestras diferencias, lo que nos une es el bienestar de las personas.

¿Cómo abordamos el desafío del cáncer en nuestros países?

Las personas con cáncer son mucho más que su enfermedad; tienen otras comorbilidades que deben ser atendidas. A menudo decimos que nuestros modelos están centrados en las personas, pero ¿realmente es así? ¿O son las personas las que se adaptan a los modelos que proponemos?

Lo que quiero compartir hoy, en relación con la descentralización, es cómo hemos avanzado en la construcción de macro redes para enfrentar el cáncer en Chile. No se trata de destacar lo que hacemos bien o mal, sino de compartir en qué nos hemos equivocado, qué nos ha costado y qué nos ha funcionado.

Nuestra historia en materia de cáncer se remonta a mucho antes de la Ley Nacional del Cáncer. En 2005, realizamos una importante reforma de salud. Transformamos centros de salud. Ahora están territorialmente desconcentrados bajo un servicio de salud. Los hospitales, que dependen de estos servicios territoriales, tienen facultades para desconcentrar funciones. Están dispersos dentro de una región y, al cumplir ciertos requisitos, se les otorga autonomía.

Además, nuestra atención primaria, que es esencial en salud, depende de los municipios, que son completamente autónomos respecto al gobierno central o regional. En este contexto de descentralización y desconcentración, enfrentamos un escenario complejo."

Sin embargo, la pregunta que debemos hacernos es: con lo que tenemos, ¿cómo lo hacemos?

Porque es realmente difícil cambiar todo. Entonces, en esta reforma, lo que se propuso fue priorizar sanitariamente la asignación de recursos. Se decidió abordar aquellas patologías que representan la mayor carga de enfermedad y cuyo tratamiento, diagnóstico y seguimiento sean costo-efectivos. De esta manera, se crearon las garantías explícitas en salud. La principal ventaja de estas garantías es que las patologías cubiertas aseguran calidad, cobertura financiera con límites máximos de gasto, garantizando que nadie se arruine debido a una enfermedad.

Se establecen estándares de calidad, se garantiza el acceso a centros de salud acreditados y, lo más importante para la población, se garantiza la oportunidad de atención. Por ejemplo, para el cáncer de mama, se define cuánto tiempo máximo puede esperar una persona desde la sospecha hasta el diagnóstico.

El sistema de salud se moviliza con la firma de un médico, ya sea para una indicación de examen o una receta. Por lo tanto, nos dirigimos a la codificación de los protocolos de atención. En estas garantías explícitas, se incluyeron todos los cánceres infantiles y se incorporaron varios tipos de cáncer a lo largo del tiempo. Lo que ayudó fue empoderar a la gente, haciéndoles saber que tienen derecho a estas garantías.

A pesar de la resistencia inicial en 2005, debido a preocupaciones sobre la tensión en las redes y la posible falta de recursos, la judicialización masiva prevista nunca ocurrió. De hecho, se creó un sistema de mediación en salud para abordar posibles litigios, pero la gente comprende las capacidades y limitaciones del sistema.

Creamos protocolos de atención, como el protocolo de atención para el cáncer de mama, y a partir de ahí, identificamos las redes disponibles para cumplir con estos protocolos. Se reorganizaron las macro redes, ya que es insostenible tener especialistas en todas partes del país.

Aunque tuviéramos todos los recursos financieros, hay otras consideraciones que pueden impedir que los médicos o enfermeras permanezcan en ciertas áreas. Por lo tanto, el objetivo era descentralizar y acercar la atención lo más posible a las personas.

Al igual que en Perú, en Chile también enfrentamos desafíos de traslado, especialmente en zonas aisladas. Mas si todos tuvieran que viajar a Santiago, por ejemplo, el viaje podría demorar una semana."

A partir del estándar y de la garantía, uno va tensionando el sistema, y este se va ordenando. Si comienzo al revés y espero tener todos los recursos ideales para poder ofrecer atención de salud, nunca comenzaremos. Y en esto, que fue un aprendizaje desde 2005.

Llegamos hasta la Ley Ricarte Soto, o ley de cobertura para diagnóstico y tratamientos de alto costo. En esta, nuevamente se incluyen cánceres, pero ahora con tecnologías de alto costo. Se crea esta segunda ley porque las garantías explícitas del 2005 priorizaban el uso de recursos según alta prevalencia, carga de enfermedad y costo-efectividad. Por lo tanto, quedaban fuera cánceres raros o enfermedades huérfanas. Se crea un nuevo mecanismo de priorización para que enfermedades como la de Morquio no compitieran con, por ejemplo, la artritis reumatoide. Estas leyes ofrecen una cobertura real a más del 98% de la población.

Para implementar esto, se crearon sistemas de información que comenzaron de forma modesta. Si esperamos que la gestión de redes dependa solo de una ficha clínica electrónica unificada, esperaremos eternamente, porque no existe un sistema unificado a nivel nacional. Lo que hicimos fue definir un mínimo común de datos requeridos en todas las redes. Cada hospital gestiona su propio sistema de ficha clínica electrónica, y el Ministerio define el "idioma" en el que ese sistema de información se comunicará para integrar toda la información a nivel central. Con este sistema, las personas pueden saber cuándo se están incumpliendo sus garantías y hay mecanismos de reclamo que no sobrecargan la red.

A partir de ahí, se comienza a articular las macro redes. Luego, la Ley Nacional del Cáncer surge por dos razones: una, la debilidad de la macro red, que es el desafío más grande en la implementación de cualquier política pública en salud. Lo más difícil es construir macro redes.

Esto significa que las personas, lo más cerca posible de donde viven, tengan una ruta definida que minimice los desplazamientos, que se considere integralmente la salud de la persona y que se puedan resolver sus problemas de salud en macro regiones.

Es complicado tener especialistas en todos lados. Cuando se ofrece a las personas la posibilidad de reclamar, el sistema se tensiona. Las macro redes, que se habían formado en la reforma del 2005, en realidad nunca se habían construido como tales. Funcionaban porque teníamos que cumplir con las garantías explícitas, pero eran macro redes formadas más por la práctica que por normativa.

Entonces, lo que la Ley Nacional del Cáncer establece es que, dado que en 2005 se crearon los centros de alta especialidad con un modelo distinto (que, por razones de tiempo, no puedo detallar), que consiste en otorgar facultades adicionales para que funcione la macro red con institutos nacionales, como el INEN, y quien coordina esa macro red y la distribución de los recursos, se crea esta ley con el propósito de incentivar y promover la creación de esta macro red.

Esta está ligada a tres factores esenciales: la formación de especialistas, la docencia y la investigación. Porque, de alguna manera, debemos definir, al establecer que el hospital de cierto lugar resolverá hasta cierto punto, cuál es nuestra brecha con respecto al protocolo de atención.

A partir de esa brecha, si, por ejemplo, faltan radiólogos y la especialidad de radiología dura tres años, podré, como red asistencial, resolver el tema radiológico en tres años. Eso implica formación y planificación. Por lo tanto, me uniré a esa macro red a partir del tercer año. Pero eso requiere planificación.

Quiero enfatizar que el mayor desafío es precisamente ese. Hoy en día, la tecnología, que es beneficiosa para las personas, nos permite estar mucho más cerca de ellas. Las quimioterapias son ambulatorias, es decir, solo requieren un sillón, y si hay quimioterapias orales disponibles para diferentes tipos de cáncer, nuestro desafío en Chile es cómo avanzar hacia esas tecnologías que ofrecen una mejor calidad de vida y el menor desplazamiento posible.

La pandemia y la telemedicina han sido herramientas valiosas para avanzar en este sentido. Actualmente, contamos con telemedicina, y es inaceptable hacer que los pacientes se desplacen desde lugares remotos hasta una ciudad o la capital del país cuando existen recursos, que no son costosos, para implementar la telemedicina. Y podemos empezar poco a poco."

La pandemia nos enseñó a organizar nuestras farmacias de manera diferente. Antes, nos decían: "No puedo despachar una receta a un paciente por 6 meses. Tengo que dársela cada mes porque si no, me quedo sin medicamentos". Sin embargo, con la pandemia, como las personas no podían acudir a los hospitales, tuvimos que despachar recetas por 6 meses. Y resultó que sí era posible. ¿Por qué vamos a hacer que los pacientes acudan mes a mes, especialmente en enfermedades crónicas, si pueden ir una vez al año si ya están en control?

Por ejemplo, en el caso oncológico, no tiene sentido hacer que la persona acuda todos los meses. Para eso está el protocolo de atención, que define cada cuánto es el seguimiento y dónde debe realizarse, permitiendo así reordenar y articular las redes.

Pero, créanme, para Chile, la articulación de la red sigue siendo una tarea pendiente. No está tan articulada como quisiéramos, desde la atención primaria hasta el nivel terciario. Hemos avanzado más en cáncer infantil porque lleva más años de implementación desde el GES y porque, por naturaleza, los pediatras suelen ser más ordenados que otras especialidades médicas. Además, los centros pediátricos a nivel nacional están más claramente definidos, lo que facilita las cosas.

Lo que quiero transmitirles es que si no empezamos por lo más simple y avanzamos hacia lo más complejo, así no progresamos. Son desafíos, y cuesta avanzar, pero los aprendizajes están ahí para ayudarnos a mejorar.

Quiero felicitarlos nuevamente por esta iniciativa.

La salud es un gran ecosistema, y no podemos regular solo un aspecto sin afectar al resto. La regulación es mucho más amplia de lo que les he contado. Solo quería compartir cómo hemos avanzado en este largo camino.

La Ley Nacional del Cáncer lleva dos años, pero en realidad, llevamos más de 15 años trabajando en la implementación de macro redes, y todavía enfrentamos desafíos. Hemos aprendido mucho, y también reconocemos lo que aún nos falta aprender.

Eso es lo que quería compartir con ustedes.

Muchas gracias por la invitación y espero que tengamos otra oportunidad de encontrarnos.

Comentario

Dra. Sofía Cuba Fuentes

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Buenos días a todos y a todas.

Voy a hacer una presentación después del break. Soy médica de familia, por lo que mi visión está orientada hacia la atención primaria y la medicina de familia. Creo que un paso fundamental en la construcción de cualquier sistema de salud es fortalecer la base del primer nivel de atención.

Hace cinco años tuvo lugar la reunión de Astaná, donde, 40 años después de Almatá, se establecieron algunos pilares sobre cómo construir salud y bienestar para las personas: participación comunitaria, primer nivel y gobernanza.

Estos son, tal vez, los tres aspectos en los que debemos enfocarnos. Y si hablamos de redes y del primer nivel, les invitaría a reflexionar sobre qué tipo de servicio desearían. Los expertos en atención primaria señalan que debe haber cuatro características para que cualquier servicio de salud basado en atención primaria funcione: acceso, longitudinalidad, integralidad y coordinación.

Esto implica que el ciudadano pueda acceder fácilmente sin barreras administrativas o culturales, que exista una relación de confianza entre el profesional de salud y el ciudadano, y que los establecimientos de salud puedan abordar la mayoría de las necesidades de las personas. En Perú, contamos con 8,000 establecimientos de primer nivel en el sector público. Sin embargo, la mitad de ellos no cuenta con un médico, y muchos carecen de infraestructura adecuada o de historia clínica informatizada.

Es esencial que estos establecimientos sean resolutivos y que no sea el ciudadano quien deba correr de un lado a otro, sino que el sistema trabaje para él. Estos cuatro pilares, que son esenciales para un sistema basado en atención primaria, son también fundamentales para la construcción de una red oncológica y para el cuidado integral de las personas, que más allá de su diagnóstico oncológico, pueden tener otras condiciones de salud como hipertensión, diabetes o problemas de salud mental.

Si solo nos enfocamos en una enfermedad, no estaremos dando una respuesta integral a todas las necesidades de la persona. Les invito a reflexionar sobre estos cuatro pilares.

Saludo e invitación para Arequipa

Rohel Sánchez Sánchez

Gobernador de Arequipa y Pdte. De la ANGR

Saludo a cada uno de ustedes, apreciados amigos. Reciban el saludo institucional de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales y, en particular, ¡de la República Independiente de Arequipa!. Es un placer saludarlos.

Para la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, actividades académicas como el Primer Congreso Internacional de Políticas Públicas y Cáncer son de suma importancia.

Vemos dos aspectos principales en las políticas públicas de nuestro país desde las regiones: políticas que no se concretan, que carecen de un enfoque territorial y que no se alinean con las políticas gubernamentales. En otras palabras, tenemos un conjunto de políticas que, al examinar las competencias de los tres niveles de gobierno, no muestran un trabajo conjunto. Esto se debe, en gran medida, a que el proceso de descentralización se ha estancado.

Este estancamiento es el principal problema que enfrentamos en las regiones y que afecta a nuestra ciudadanía. Si consideramos que muchas de estas políticas, en sectores como salud, educación, saneamiento, seguridad y programas productivos, no se concretan debido a las diversas realidades geográficas y culturales de Perú, es evidente que necesitamos un enfoque territorial.

En el ámbito de la salud y en el marco de la descentralización, podemos afirmar desde las regiones que no existe un sistema de salud consolidado en el Perú. Institucionalmente, contamos con entidades que dependen de diferentes ministerios y no del sector salud. Por ejemplo, ¿qué hace EsSalud bajo la jurisdicción del Ministerio de Trabajo? Además, hospitales administrados por las fuerzas armadas y policiales complican aún más el panorama.

La ley de descentralización tampoco ha logrado concretarse de manera efectiva, lo que dificulta la presencia estatal en salud. No contamos con una política clara de inversión en salud, ya sea en infraestructura, equipamiento o funcionamiento. Muchos proyectos de inversión pública relacionados con establecimientos de salud y hospitales están estancados debido a una ley de contrataciones obsoleta, que promueve la corrupción y la mala conducta funcional. Como resultado, tenemos hospitales en construcción paralizados y establecimientos de salud concluidos pero sin personal.

A esto se suma la falta de renovación de equipos y la conducta inapropiada de algunos profesionales del sector salud. En ocasiones, estos profesionales dañan intencionadamente los equipos y promueven la atención en lugares específicos, lo que debe ser señalado con transparencia.

Entonces, ¿qué necesitamos?

Por ejemplo, los proyectos de inversión pública orientados a salud no solo deben abordar infraestructura y equipamiento, sino que también deben incorporar en el proyecto un presupuesto para, al menos, los próximos 10 años. Esto garantizaría la gestión adecuada, permitiéndonos concluir la obra y gestionarla como corresponde.

En cuanto a las obras paralizadas, aprovecho la presencia de nuestra congresista, Kira Alcaraz, y espero que se presente un proyecto de ley efectivo que facilite la reanudación de estas obras. De esta manera, toda esta inversión, que asciende a miles de millones de soles, podría ser aprovechada por las instituciones, tanto gobiernos regionales como locales, para finalizar la infraestructura y ponerla en funcionamiento. Necesitamos una ley efectiva que proporcione ese marco legal adecuado.

Por otro lado, es crucial contar con un sistema unificado de salud que articule la planificación. ¿Qué esperamos para los próximos 50 años en materia de salud?

Hay una notable deficiencia de profesionales de la salud, especialmente en ciertas especialidades. Aquí radica un problema significativo: las universidades no trabajan en conjunto con los colegios profesionales de salud ni con los tres niveles de gobierno.

Deberíamos planificar la demanda de especialidades y la oferta académica. Sin embargo, en lugar de facilitar esto, existen numerosos obstáculos. Por ejemplo, en la Universidad Nacional de San Agustín, nuestros jóvenes estudiantes deben pagar a EsSalud por sus prácticas e internados. Estas situaciones no deberían ocurrir. Deberíamos reducir los costos para que nuestros estudiantes no enfrenten una carga económica tan pesada en sus carreras de salud. Por lo tanto, también necesitamos implementar un sistema de coordinación entre la academia, los colegios profesionales y las instituciones relacionadas con la salud.

Por otro lado, nos enfrentamos a políticas que no reflejan la realidad de las regiones. Por ejemplo, si consideramos el problema de "hambre cero" relacionado con la seguridad alimentaria, encontramos que en algunas áreas, la población tiene solo una o dos actividades económicas y su ingreso mensual promedio no supera los 180 soles. Con ese nivel de ingreso, ¿qué se puede hacer?

Y para empeorar las cosas, el Estado no llega a estas áreas. El enfoque tradicional ha sido realizar obras en lugares con alta densidad poblacional y no en áreas remotas con pocos electores. Esto debe cambiar. El Estado debe estar presente donde haya un ciudadano, una comunidad o un anexo, proporcionando los servicios que corresponden.

Eso también implica que debemos articular, en ese contexto, un plan de inversión pública orientado al cierre de brechas. Así, al abordar temas como educación, salud, agua, desagüe, y problemas vinculados a la pobreza, desnutrición y, sobre todo, la anemia que afecta cada vez más a nuestros niños, podremos enfrentar las serias consecuencias que esta enfermedad genera en la población.

Lo que necesitamos es una intervención integral que, bajo un enfoque territorial, nos permita construir y fortalecer el tejido productivo, garantizando así un desarrollo económico que incremente el ingreso de los hogares.

En cuanto a la lucha contra el cáncer, aunque no soy experto en el tema, sé que existe una ley general del cáncer y una ley del cáncer infantil que aún no se ha reglamentado completamente. Es esencial trabajar en una política de articulación que garantice inversión, profesionales capacitados y el equipamiento adecuado.

Si observamos casos como INEN, NEN sur, INEN norte e INEN centro, notamos deficiencias significativas. Aquí, por ejemplo, la doctora Ciliani Sánchez, directora del INEN sur, y nuestra vicegobernadora, la doctora Ana María Gutiérrez, pueden dar testimonio de la demanda creciente en toda la macrorregión sur y de la insuficiencia de espacios y recursos.

Además, enfrentamos sistemas burocráticos que dificultan las intervenciones necesarias. Por ello, es vital una política de estado clara en relación a la lucha contra el cáncer, en alianza estratégica con la empresa privada responsable, instituciones de la sociedad civil y la academia.

Como se ha mencionado, uno de los principales problemas en la atención del primer nivel es el acceso a la tecnología. Es fundamental dotar de internet a estas áreas para que los programas de telesalud y otros programas orientados al fortalecimiento de la atención primaria se hagan realidad.

Para concluir, invito a todos a sumarse a un trabajo más detallado y específico. Si así lo deciden, les esperamos en la región de Arequipa, y en particular en la ciudad, para que el **Segundo congreso internacional de políticas públicas y cáncer** se realice de manera coordinada con los organismos pertinentes.

Reitero mi saludo en nombre de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, felicito a los organizadores y estaré atento a las conclusiones y recomendaciones para ser parte activa en su implementación.

Muchas gracias, les deseo mucho éxito y buenos días.

Comentario

Dr. Víctor Palacios Cabrejos

Director de prevención del cáncer MINSA

Habiendo sido gerente regional de salud de Lambayeque hace unos meses, y no hace mucho tiempo, tuve que renunciar por problemas de salud del corazón. Esto me llevó a una profunda reflexión. Dentro del plan de trabajo, había contemplado una ruta. En esta ruta, que considero esencial a nivel regional y local, es trabajar en conjunto con el director de educación en las regiones.

Una de las cosas que discutíamos en las reuniones del directorio en el GORE era precisamente eso: ¿qué temas podríamos abordar? Hablábamos del dengue antes de que llegaran las lluvias y, eventualmente, el desastre en Lambayeque. Hablamos de la articulación con educación, y no solo me refiero a colegios, sino también a universidades. Todos estamos involucrados.

Una de las cosas que consideré interesante para trabajar en las escuelas es educar a los profesores. El profesor, al final del día, es quien imparte conocimiento. Debe hacerlo sin sesgos y con una perspectiva científica. Imagina si transmite ideas incorrectas a niños y adolescentes sobre sexualidad o alimentación.

Veía que el primer paso era educar a los profesores en los colegios. El siguiente paso, basado en nuestra experiencia con el VPH a nivel central, era implementar escuelas para padres. Al final del día, los padres son los principales responsables de las creencias de los niños. Las universidades también tienen un papel crucial. Muchas reciben jóvenes de 15 o 16 años que, lamentablemente, no tuvieron la formación adecuada durante su infancia y adolescencia.

Desde un punto de vista académico, se trata de transmitir conocimiento útil y que cuestione la realidad. Porque esto no lo soluciona solo el MINSA o un gobierno regional. La solución comienza en casa, con el padre, la madre y el hijo. La lucha contra el cáncer comienza cuando los padres se preocupan por las vacunas, por una buena alimentación, y cuando supervisan lo que sus hijos ven en internet o en sus celulares. Ahí es donde comienza el cambio."

Dra. Rocío Ramírez Tipismana

Directora del INREN Norte

Buenos días a todos. Justamente, es lo que conversábamos con el doctor Víctor sobre la necesidad de acercar los servicios a nuestra población y jurisdicción. Para ello, debemos establecer alianzas continuas con el sector educación. Ya hemos iniciado este proceso con la Gerencia Regional de Educación, sensibilizando a su equipo de gestión, docentes y directores, con el objetivo de que nos apoyen en la educación de la población.

Considerando que tienen acceso al grupo de padres de familia, podemos superar muchas dificultades en el acceso de la población a la salud. Si facilitamos este acceso a través de las instituciones educativas, lograremos una mejor prevención desde el núcleo familiar.

Estamos llevando a cabo tamizajes, ofrecidos por la Gerencia Regional de Salud, para los diferentes tipos de cánceres prevalentes en la región, directamente en las instituciones educativas. Esto se refleja también en la inmunización contra el virus del papiloma humano. Hemos observado las dificultades que enfrentan las enfermeras al abordar esta inmunización en los hogares y escuelas, y la falta de conocimiento sobre la importancia de esta vacuna entre los profesores.

Sin embargo, este año hemos notado que estamos vacunando a más niños de lo esperado, pero aún hay margen de mejora. Esta acción marcará la diferencia en la cantidad de casos de cáncer en futuras generaciones. Por ello, aprovecho la ocasión para invitarlos a todos a apoyarnos en esta lucha contra el cáncer.

Nuestro compromiso, desde la Gerencia Regional de Salud, es continuar facilitando estas actividades para que lleguen a toda nuestra población, y sensibilizar a todos para trabajar en equipo."

Promoción de la salud en Cáncer

Dr. Víctor Palacios Cabrejos

Director de prevención del cáncer MINSA

¡Hola! Buenos días a todos.

Gracias por darme la oportunidad de presentar esta ponencia.

Es fascinante observar la asignación presupuestal y notar que, desde la creación del programa presupuestal 024, que financia la prevención y control del cáncer en el MINSA, se ha logrado dar trazabilidad y visibilidad a cuánto se invierte en salud.

Sin embargo, al analizar cuánto de ese presupuesto se destina a la promoción de la salud, no supera el 1%. Como oncólogo clínico, abordar el tema desde la perspectiva de la promoción ha sido un desafío.

Preparar esta presentación ha sido aún mayor, ya que muchas veces no se articula adecuadamente la promoción de la salud con la prevención y control del cáncer, especialmente a nivel central.

La estrategia de promoción de la salud en la Ley Nacional del Cáncer es destacable. Le dedicamos un capítulo completo a la promoción de la salud. Sin embargo, lamentablemente, parece que nadie lo ha leído.

¿Alguien aquí ha leído el capítulo tres del reglamento de la Ley Nacional de Cáncer?

Es triste escuchar a personas que sugieren eliminar esta ley o derogar el reglamento sin haberlo leído. Ese reglamento es un logro de todos nosotros como peruanos, y es único en Latinoamérica. Deberíamos sentirnos orgullosos de él.

El problema de salud pública, o mejor dicho, el problema público, radica en los inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida. Según la Política Nacional Multisectorial de Salud para el 2030, los principales factores de riesgo que contribuyen a la carga de enfermedad en el Perú son el tabaco, riesgos dietéticos y el uso de alcohol.

Es preocupante que el alcohol, que está socialmente aceptado, esté promovido en medios de comunicación.

Además, la baja actividad física también es un factor de riesgo.

Estos factores conductuales explican cerca del 50% de la carga de enfermedad del país, lo que indica que es un problema tanto de salud individual como pública.

La OMS recomienda consumir más de 400g de frutas y verduras al día, es decir, cinco porciones. Sin embargo, según la ENDES (*Encuesta Nacional de Salud*) solo el 11% de los peruanos cumple con esta recomendación. Esto significa que el 89% no está comiendo adecuadamente, y aún así, esperamos prevenir el cáncer."

La OMS señala que el consumo de carnes procesadas, como hot dogs, jamonadas, hamburguesas, jamón y chorizo, incrementa la posibilidad de desarrollar cáncer.

¿Cuántos de nosotros consumimos estos productos en la mañana?

Cada porción de 50g de embutidos que se consume diariamente aumenta el riesgo de cáncer de colon y recto en un 18%. Y nos preguntamos, ¿por qué hay tanto cáncer en el Perú? Todos somos responsables.

El Ministerio de Salud no resolverá este problema por sí solo; depende de todos nosotros. En el Perú, el consumo anual de carne procesada por persona es de 2.2 kilos. Según la ENDES, el 29% de los peruanos consume comida chatarra al menos una vez a la semana, y el 87% consume comida con frituras al menos una vez a la semana.

Comemos mal y queremos prevenir el cáncer. ¿Cómo podemos reducir la incidencia del cáncer?

La OMS recomienda entre 150 a 300 minutos de actividad física aeróbica moderada o intensa por semana para adultos, y 60 minutos diarios para niños y adolescentes. Sin embargo, aunque el 79% de los peruanos considera que es importante, solo el 39% realiza actividad física. Las principales razones son la falta de tiempo (50%), la ausencia de infraestructura deportiva (32%) y el desinterés (31%).

El alcohol es otro factor de riesgo. Aunque el consumo de alcohol está socialmente aceptado, está vinculado a varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de mama. En el Perú, el 4% de las personas mayores de 15 años consume alcohol.

A pesar de los riesgos asociados, no se observan publicidades en el país que adviertan sobre el vínculo entre el alcohol y el cáncer, a diferencia de lo que ocurre con el tabaco. El alcohol es causante de varios tipos de cáncer, incluidos el cáncer de mama, cavidad oral, esófago y laringe. De hecho, el riesgo de cáncer de mama aumenta con el mayor consumo de bebidas alcohólicas.

Las razones del incremento en la incidencia del cáncer de mama incluyen el sedentarismo, la obesidad y el consumo de alcohol, que, aunque es socialmente aceptado, no ha sido cuestionado lo suficiente.

Además, hemos presenciado un aumento en el uso de cigarrillos electrónicos, que exponen a nuestra juventud a la nicotina, sustancia más adictiva que la cocaína. La prevalencia del tabaquismo es del 1.4% en mujeres y del 2.3% en hombres.

En una fiesta, más del 50% de las personas consume alcohol, y nuestra juventud aún más. ¿Así es cómo pretendemos controlar el cáncer en el país? No nos engañemos.

La obesidad es una corresponsabilidad entre el sector público y privado. En las instituciones educativas, desde colegios hasta universidades, se venden alimentos con alto contenido calórico.

Solo el 32.6% de las mujeres en edad fértil tienen un peso normal. Cerca del 30% padece obesidad. Y la obesidad está relacionada con 13 tipos de cáncer, siendo mi mayor preocupación el cáncer de mama y el de colon y recto.

El Decreto Supremo 017-2017-SA, que reglamenta la Ley 30021, define a los ácidos grasos trans como perjudiciales para la salud. Sin embargo, seguimos consumiendo alimentos con grasas trans, cuando deberían estar prohibidos. Estas grasas están vinculadas a cánceres como el de colon, recto, próstata, ovario y mama. Pero, ¿por qué se permite su uso? Porque hay poderosos intereses económicos detrás. La salud queda en segundo plano.

Se nos insta a promover la salud, pero ¿cómo lo hacemos? Cambiando nuestras conductas y promoviendo estilos de vida saludables. Esto implica un cambio en el entorno social, una acción intersectorial con participación ciudadana y equidad. Es necesario crear espacios donde las comunidades sean escuchadas y puedan responder a sus necesidades de salud.

El Plan Nacional de Cáncer, nuestro tercer plan, al igual que el reglamento de la Ley Nacional de Cáncer, pone énfasis en la promoción de la salud. Su primer objetivo es reducir la prevalencia de factores de riesgo de cáncer en la población.

Es necesario cambiar aquellas conductas que son inadecuadas y promover estilos de vida saludables. Sin embargo, esto implica múltiples desafíos. No es un tema unifactorial; es multifactorial y tiene un componente social.

Implica cambiar el entorno en el que las personas interactúan y abordar todos los puntos de contacto. Requiere una acción intersectorial con participación social y equidad. Es esencial generar espacios donde las comunidades puedan participar, ser escuchadas genuinamente y responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades.

El Plan Nacional de Cáncer, nuestro tercer plan en esta materia, al igual que el reglamento de la Ley Nacional de Cáncer, enfatiza la promoción de la salud. De hecho, el primer capítulo del reglamento se centra en este tema.

Asimismo, el primer objetivo del Plan Nacional de Cuidados Integrales para el Cáncer es reducir la prevalencia de factores de riesgo asociados al cáncer en la población. Esto subraya la importancia de la promoción de la salud.

Es crucial enfocarse en promover estilos de vida saludables, intervenir en las determinantes sociales y asegurar el acceso a agua de calidad, que escasea en esta región.

Además, es vital identificar y comunicar los riesgos laborales relacionados con sustancias cancerígenas. Cabe destacar que más del 74% de la actividad económica de esta región, y del país en general, es informal, y muchos trabajadores están expuestos a elementos cancerígenos."

Es esencial cumplir con la vacunación contra el VPH y la hepatitis B. El reglamento de la Ley Nacional de Cáncer, para que lo sepan, se articula con el Plan Nacional de Cáncer. Su objetivo es dinamizar, operativizar y fortalecer. Ambos están conectados y no desconectados. Es una de las pocas situaciones que no se observa en otras partes del mundo, donde se busca conectar ambas partes. Insisto, les pido que lo lean, aunque sea un momento.

En resumen, el modelo conceptual que adopta el reglamento de la Ley Nacional de Cáncer es promover una cultura de salud mediante el autocuidado y prácticas saludables. En este reglamento, se busca que el individuo, la comunidad y la institución, a través de una buena alimentación y actividad física, y reduciendo la exposición a factores de riesgo, mejoren la salud de las personas.

Es interesante que se agregue un hito: disminuir la exposición a factores de riesgo en el ámbito territorial. Por primera vez, el reglamento hace explícito el control de pesticidas y lugares con contaminación cancerígena. Pero, lamentablemente, nadie lo ha leído.

¿Qué propone el reglamento?

- **Primero**, solicita y prioriza la inclusión de la lucha contra el cáncer en el plan de desarrollo, alineándose con lo que hace Chile. Se busca articular esto con los comités multisectoriales de salud en gobiernos regionales y locales, implementando salas municipales donde se identifiquen factores de riesgo y se priorice el seguimiento de personas expuestas a cancerígenos.
- **Segundo**, se busca articular la promoción de la salud con la prevención primaria y secundaria, construyendo una cultura de salud centrada en el autocuidado. Se promueve la vacunación y la educación en salud, así como la identificación de síntomas y signos de alarma de cáncer.
- **Tercero**, se reconoce a las instituciones educativas como puntos clave para cambiar estas conductas. Todo esto está en el reglamento de la Ley Nacional de Cáncer, que, lamentablemente, no hemos leído.
- **Cuarto**, el alcohol y el tabaco son factores de alto riesgo para el cáncer. Así que no nos dejemos engañar por la publicidad. El alcohol produce cáncer, punto. No hay discusión al respecto. El uso de grasas trans debe ser eliminado en el país, le guste o no a la Sociedad Nacional de Industrias. Y nosotros debemos luchar por ello.
- **Quinto**, las autoridades locales y regionales deben identificar y mapear todo su ámbito territorial para determinar dónde hay exposición a agentes cancerígenos. ¿Acaso no sabemos que en los grifos, la persona que despacha la gasolina está expuesta a sustancias cancerígenas? ¿Por qué queremos ignorar la problemática real?
- **Sexto**, la promoción de la salud debe fortalecer las intervenciones de prevención primaria y secundaria.
- **Séptimo**, las instituciones educativas son cruciales. Quizás de ellas surja la iniciativa para modificar y mejorar las conductas en nuestro país. Una excelente iniciativa del INEN, por ejemplo, es el programa "Semillas", que busca fomentar estilos de vida saludables.

Por último, y esto es esencial, especialmente para los jóvenes estudiantes presentes, es vital promover la investigación cualitativa. ¿Por qué? Porque la problemática es social y tiene un contexto cultural, social y económico propio de nuestra región. Ayer, por ejemplo, estuve supervisando varios lugares y, en un centro de salud, me advirtieron sobre la inseguridad. Esta es la realidad de nuestro país. Pero también observamos la vulnerabilidad de nuestros niños, adolescentes y mujeres.

Si me preguntan qué quisiera cambiar, diría que deseo evitar que más personas mueran por cáncer. Pero eso comienza por prevenir el desarrollo del cáncer.

Mientras esperaba, un amigo me escribió diciendo que le habían diagnosticado cáncer renal metastásico. Es un amigo cercano. Así que, para que vean, esto es real. No es una mentira. Esto le puede suceder a cualquiera de nosotros.

Pero si realmente queremos ayudarnos como peruanos y no simplemente culpar al gobernador, al ministro o al director del hospital, debemos entender que la responsabilidad es de todos. Si realmente queremos un cambio real en la lucha contra el cáncer, comienza con el autocuidado.

Gracias.

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.

RELATORÍA DE PONENCIAS

I CONGRESO INTERNACIONAL
**POLÍTICAS PÚBLICAS
Y CÁNCER**
Special Edition

2024

REVISTA CIENTÍFICA
EPISTEMIA

e-ISSN: 2708 - 9010



Universidad
Señor de Sipán Escuela de
Posgrado

