

## **ALERTA CIUDADANA 01/2026 – CASOS CENTINELA**

**Nudos críticos de acceso efectivo a diagnóstico y tratamiento oncológico (2025–2026)**

**Dirigido a:**

Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los Avances de los Resultados en la Prevención y Control del Cáncer del Congreso de la República del Perú

**Presidenta:**

Congresista Mery Eliana Infantes Castañeda

**Elaborado por:**

Observatorio Ciudadano Oncológico SENTIR Perú  
Voces Ciudadanas

**Fecha:**

febrero de 2026

**Lugar:**

Lima, Perú

Documento de carácter técnico elaborado por la Iniciativa Regional Voces Ciudadanas para conocimiento, fiscalización y adopción de medidas en el marco de la implementación de la Ley N.º 31336 – Ley Nacional del Cáncer, su Reglamento (DS N.º 004-2022-SA) y la Norma Técnica de Salud aprobada por RM N.º 876-2024-MINSA.



## Prólogo

### “El tiempo, la vida y la responsabilidad de un sistema”



Hay momentos en la vida de una sociedad en los que sus leyes dejan de ser palabras y se convierten en una pregunta moral. No una pregunta jurídica, ni administrativa, sino una pregunta esencial: **¿qué valor tiene la vida humana cuando el sistema que la protege llega tarde?**

Toda política pública nace de una promesa. No es solo un conjunto de normas, presupuestos o procedimientos. Es un pacto simbólico entre el Estado y las personas, un acuerdo civilizatorio mediante el cual la comunidad decide que nadie será abandonado frente a aquello que amenaza su existencia. En ese sentido, la política pública de cáncer no es únicamente una estrategia sanitaria: es una expresión concreta de lo que una sociedad decide ser frente a la vulnerabilidad.

Pero el cáncer introduce una dimensión que desafía profundamente la arquitectura del poder: el tiempo. Porque en oncología, el tiempo no es una variable administrativa. Es una dimensión biológica, emocional, existencial. Es el espacio donde habitan la esperanza y el riesgo.

Cuando el sistema sanitario no logra actuar dentro del tiempo que la propia norma reconoce como necesario, no estamos solo ante una falla operativa: estamos ante una fractura ética.

Esta ALERTA 01-2026 Observatorio Oncológico ciudadano SENTIR Perú, nos enfrenta a esa fractura.

Nos muestra que el problema no es la ausencia de ley, ni de conocimiento médico, ni de tratamientos aprobados. El problema es más profundo: es la distancia entre la decisión de cuidar y la capacidad real de hacerlo. Es el momento en que el tiempo administrativo derrota al tiempo clínico, y con ello, el sentido mismo de la política pública pierde su finalidad.

Estos puntos de dolor revelan algo más que descoordinaciones institucionales: revelan cómo las sociedades organizan sus prioridades. Porque cada demora tiene un significado simbólico. Cada expediente que espera, cada medicamento que no llega a tiempo, cada tratamiento que se interrumpe comunica un mensaje silencioso sobre el lugar que ocupa la vida de las personas dentro del sistema.

Las instituciones también producen emociones. Generan confianza o generan abandono. Generan esperanza o generan resignación o indignación. Cuando una familia espera un



tratamiento que nunca llega, no solo enfrenta la enfermedad: enfrenta la incertidumbre de no saber si el sistema que prometió protegerla realmente existe.

El poder público no se justifica por su capacidad de producir normas, sino por su capacidad de hacerlas efectivas en el momento en que la vida depende de ellas.

La pregunta, entonces, es: **¿Puede una política pública cumplir su propósito si no llega a tiempo?...**

## **El Sentido de Nuestra Alerta SENTIR PERÚ**

Para Voces Ciudadanas esta Alerta no es solo un documento técnico. Es un espejo.

Nos muestra que el Perú ha avanzado en construir una arquitectura normativa robusta, que reconoce el derecho al diagnóstico oportuno, al tratamiento y a la continuidad del cuidado.

Pero también muestra que ese avance puede perder su sentido cuando la implementación se fragmenta, cuando la responsabilidad se diluye y cuando el tiempo del sistema deja de coincidir con el tiempo de la enfermedad.

No estamos ante una discusión sobre procedimientos. Estamos ante una discusión sobre coherencia ética.

Porque cuando el tratamiento existe, cuando el médico lo indica, cuando el Estado lo reconoce y, aun así, no llega a la persona que lo necesita, la política pública deja de ser un instrumento de protección y se convierte, involuntariamente, en un espacio de exclusión.

Sin embargo, esta Alerta no es un ejercicio de denuncia sin horizonte. Es, sobre todo, una oportunidad.

Una oportunidad para recordar que las instituciones pueden corregir su rumbo. Que los sistemas pueden aprender. Que la política pública puede reencontrarse con su propósito original: proteger la vida con dignidad, oportunidad y justicia.

Corregir no es reconocer debilidad. Es reafirmar el compromiso con aquello que da sentido al poder público.

Porque una sociedad no se define por la perfección de sus sistemas, sino por su capacidad de transformarlos cuando dejan de cumplir su propósito.

*Pilar Collantes*  
*Presidenta Iniciativa Regional Voces Ciudadanas*



## SÍNTESIS EJECUTIVA

### **ALERTA CIUDADANA 01/2026 – CASOS CENTINELA** **Observatorio Ciudadano Oncológico SENTIR Perú – Voces** **Ciudadanas**

Nudos críticos de acceso efectivo a diagnóstico y tratamiento oncológico (2025–2026)

#### **MENSAJE CENTRAL**

El Perú cuenta hoy con una Ley Nacional del Cáncer, su Reglamento y una Norma Técnica que establecen plazos obligatorios para garantizar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento oncológico. Sin embargo, los casos documentados en esta Alerta evidencian una ruptura estructural entre la decisión clínica válida y la capacidad del sistema para garantizar el acceso efectivo dentro del tiempo que la propia norma exige.

El problema identificado no es ausencia de tratamiento, ni de financiamiento, ni de sustento técnico. Es una falla de implementación que está generando pérdida de oportunidades terapéuticas, interrupciones de tratamiento y riesgo evitable para la vida de las personas con cáncer.

#### **HALLAZGOS CLAVE:**

##### **1. El sistema reconoce el tratamiento, pero no lo entrega dentro del plazo legal**

Los casos analizados muestran una secuencia repetida:

- El tratamiento es aprobado por instancias técnicas del Estado.
- El médico especialista lo indica conforme a norma.
- El financiamiento es reconocido o el medicamento existe en el sistema.

Sin embargo, el tratamiento no llega dentro del plazo sanitario obligatorio.

Esta situación constituye un incumplimiento de los estándares de oportunidad establecidos en la Ley N.º 31336, su Reglamento y la RM N.º 876-2024-MINSA.

##### **2. La fragmentación del abastecimiento está generando barreras de acceso incompatibles con la Ley Nacional del Cáncer**

Se ha identificado un patrón de desarticulación entre:



- Conducción sanitaria,
- Gestión logística y
- Ejecución operativa.

La fragmentación de los procesos de compra, programación y distribución contradice el modelo de gestión en red establecido en el Reglamento de la Ley Nacional del Cáncer y traslada al paciente las consecuencias de fallas administrativas que el sistema está obligado a prevenir.

### **3. La reevaluación administrativa de tratamientos ya aprobados está generando retrasos incompatibles con la evolución clínica del cáncer**

Tratamientos previamente evaluados, aprobados e incorporados a la práctica clínica institucional están siendo sometidos a nuevos procesos administrativos de validación, lo que introduce demoras innecesarias, incertidumbre terapéutica y riesgo de pérdida de oportunidad de tratamiento.

En oncología, este tiempo adicional no es neutro: afecta directamente las probabilidades de curación, control de la enfermedad o acceso a trasplante.

## **CONSECUENCIAS DIRECTAS**

### **1. Pérdida de oportunidad terapéutica y reducción de probabilidades de supervivencia**

Se han documentado casos en los que el tratamiento llegó fuera de la ventana terapéutica, cuando ya no podía administrarse o cuando la enfermedad había progresado irreversiblemente.

En estos casos, la consecuencia no es administrativa. Es clínica y vital.

### **2. Interrupción de tratamientos en curso y ruptura de continuidad terapéutica**

La ausencia o distribución tardía de medicamentos interrumpe esquemas terapéuticos que requieren administración en intervalos precisos, afectando la eficacia del tratamiento y comprometiendo el pronóstico de las personas.

### **3. Incumplimiento del mandato sanitario y vulneración del derecho efectivo a la salud**

Cuando el sistema no garantiza el acceso al tratamiento dentro de los plazos obligatorios establecidos por la normativa vigente, se produce una ruptura entre el marco legal y su implementación, afectando el derecho a la protección de la salud reconocido por el ordenamiento jurídico nacional.



## MEDIDAS URGENTES REQUERIDAS

### 1. Garantizar abastecimiento inmediato y continuo de tratamientos oncológicos en riesgo

Implementar, con carácter de urgencia, un plan nacional de abastecimiento que asegure:

- Disponibilidad efectiva de los tratamientos aprobados,
- Continuidad terapéutica de los pacientes en curso, y
- Acceso oportuno para nuevos pacientes con indicación médica vigente.

### 2. Establecer un mecanismo nacional articulado de programación, compra y distribución

Implementar un circuito único, coordinado y trazable de gestión logística dentro de la Red Oncológica Nacional, que impida la fragmentación operativa y garantice el cumplimiento de los plazos sanitarios obligatorios.

### 3. Formalizar la continuidad de tratamientos ya aprobados mediante un mecanismo normativo de homologación

Emitir un instrumento normativo que garantice la continuidad de terapias previamente aprobadas por el ente especializado, INEN, evitando reevaluaciones administrativas que generen retrasos incompatibles con la evolución clínica del cáncer.

## CONCLUSIÓN

Los casos documentados no requieren nuevas evaluaciones clínicas ni diagnósticos adicionales. Requieren decisiones de conducción sanitaria que permitan al sistema cumplir el mandato que la propia Ley Nacional del Cáncer ha establecido.

Una política pública cumple su propósito cuando el tratamiento llega a tiempo. Cuando no ocurre, la consecuencia no es administrativa: es humana y jurídica.



## ALERTA CIUDADANA 01/2026 – CASOS CENTINELA

### Observatorio Ciudadano Oncológico SENTIR PERÚ Nudos críticos de acceso efectivo a diagnóstico y tratamiento oncológico (2025–2026)

**Dirigido a:**

Mesa Multipartidaria de Cáncer del Congreso de la República

**Organización:**

Observatorio Ciudadano Oncológico SENTIR PERÚ – Voces Ciudadanas

En el Perú ya no basta con afirmar que existe una Ley Nacional del Cáncer. La pregunta que corresponde hacerse es si el sistema está cumpliendo el tiempo que la propia norma establece para salvar vidas.

Este Informe documenta situaciones verificables donde la decisión médica existió, el sustento técnico estuvo disponible, pero el acceso efectivo al tratamiento no ocurrió dentro del plazo legal.

No son errores aislados. Es un patrón. Cuando el tiempo administrativo derrota al tiempo clínico, la política pública pierde su finalidad.

### 1. Presentación del Observatorio Ciudadano Oncológico SENTIR PERÚ

#### OBSERVATORIO ONCOLÓGICO CIUDADANO "SENTIR Perú"

*Seguimiento, Evaluación, Transparencia e Incidencia para la Respuesta Oncológica Oportuna*

**SENTIR PERÚ** Acompaña a l@s Ciudadan@s tanto del sector público como privado. Somos el Observatorio Oncológico de la gente porque vigilamos que el tiempo del sistema no le gane al tiempo de la enfermedad.

El Observatorio Ciudadano Oncológico **SENTIR PERÚ** es una iniciativa de Voces Ciudadanas, con denominación registrada, orientada a documentar y visibilizar barreras reales de acceso al diagnóstico y tratamiento del cáncer en el país.

Trabajamos desde la experiencia directa de pacientes, familias y profesionales de salud, articulando evidencia social con información técnica, entendiendo que una política pública solo se justifica cuando logra responder de manera efectiva a las personas a quienes está destinada.

Nuestro propósito es alertar, de manera rigurosa y oportuna, cuando la implementación de la política sanitaria no se traduce en acceso real a la atención, especialmente en situaciones



donde la demora del sistema compromete la salud, la vida y las oportunidades terapéuticas de las personas.

## 2. Marco Normativo que Obliga al Estado

El Perú cuenta con un marco legal que no es declarativo, sino exigible:

- Ley N.° 31336 – Ley Nacional del Cáncer.
- DS 004-2022-SA – Reglamento de la Ley Nacional del Cáncer.
- RM N.° 876-2024-MINSA, que establece estándares y tiempos máximos para la atención oncológica.

### Plazos establecidos por la normativa:

- Referencia: hasta 72 horas
- Diagnóstico definitivo: hasta 28 días
- Primera atención oncológica: hasta 35 días
- Inicio de tratamiento: máximo 65 días
- En cáncer pediátrico: plazos más breves dada la urgencia terapéutica

Estos plazos constituyen estándares obligatorios de oportunidad sanitaria.

### 2.1. Implicancias jurídicas del incumplimiento de los plazos sanitarios

- El marco normativo vigente no configura orientaciones generales ni metas programáticas. Establece obligaciones concretas de actuación dentro de plazos definidos para garantizar acceso efectivo al tratamiento oncológico.
- Cuando la Ley N.° 31336, su Reglamento aprobado por DS N.° 004-2022-SA y la Norma Técnica aprobada por RM N.° 876-2024-MINSA fijan tiempos máximos para diagnóstico e inicio de tratamiento, dichos plazos se convierten en estándares exigibles de funcionamiento del sistema sanitario. No constituyen referencias administrativas. Constituyen parámetros de cumplimiento vinculados al derecho a la salud y a la continuidad del cuidado.
- En oncología, la oportunidad no es un elemento accesorio del servicio. Es parte del tratamiento mismo.

Por ello, cuando los procesos de adquisición, distribución o validación técnica se estructuran de manera incompatible con esos plazos, el sistema deja de ejecutar una política pública y pasa a generar una barrera de acceso contraria a su propia normativa.

- La organización administrativa del abastecimiento no puede anular la eficacia de una decisión clínica válida.

La Red Oncológica Nacional fue diseñada precisamente para evitar que la respuesta frente a enfermedades de alta complejidad dependa de gestiones fragmentadas entre instituciones.



- Transferir funciones operativas no traslada la responsabilidad de garantizar el acceso oportuno, que permanece en los niveles de conducción sanitaria definidos por la normativa.

Es fundamental tener presente que cuando el tiempo administrativo excede el tiempo sanitario fijado por la propia norma, se produce una ruptura entre regulación y ejecución que afecta directamente la finalidad de la política pública.

### 3. Primer Nudo Crítico del Sistema

#### Reevaluación de tratamientos ya aprobados y utilizados en práctica clínica

Se ha configurado un circuito administrativo en el cual tratamientos oncológicos que ya habían sido evaluados, aprobados e incorporados a la práctica clínica institucional vuelven a ingresar a nuevos procesos de evaluación, generando una ruptura innecesaria en la continuidad de la atención. Estos tratamientos fueron reconocidos mediante:

- **Resolución Ministerial N.º 862-2019-MINSA**, que permitió la incorporación y utilización de terapias oncológicas en establecimientos especializados del país.
- **Resolución Ministerial N.º 191-2023-MINSA**, que reafirma el rol del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) como ente especializado y consolida decisiones clínicas sustentadas en evidencia y experiencia en vida real.

En ambos casos, las terapias ya habían sido aplicadas a pacientes peruanos, con sustento técnico, evaluación institucional y resultados observados en práctica clínica. No se trataba de tecnologías experimentales ni de decisiones aisladas, sino de intervenciones ya integradas al funcionamiento del sistema oncológico público. Al respecto podemos decir **“la medicina no vuelve a empezar cada vez. La burocracia sí lo está haciendo”**.

Sin embargo, la exigencia posterior de nuevos procesos administrativos de evaluación ha generado:

- Retrasos en los procesos de adquisición.
- Incertidumbre en la continuidad terapéutica.
- Duplicación innecesaria de evaluaciones técnicas ya realizadas.
- Desarticulación entre la decisión clínica y la capacidad operativa del sistema para sostenerla.

**La medicina no vuelve a empezar cada vez que cambia un procedimiento administrativo.** Cuando el sistema reabre decisiones ya adoptadas por sus propios órganos técnicos, el tiempo que se introduce no es neutro: es un tiempo que corre en contra de la enfermedad y de las personas que esperan tratamiento.



Este nudo crítico explica, en parte, la repetición de situaciones donde el tratamiento está indicado, validado y reconocido por el propio Estado, pero no logra traducirse en acceso efectivo dentro del plazo que la normativa sanitaria exige.

## 4. CASOS CENTINELA

### 4.1 Metodología: ¿Qué entendemos por “Caso Centinela”?

Un caso centinela es un evento cuya ocurrencia revela fallas del sistema que requieren revisión inmediata, no por su excepcionalidad, sino porque anticipa riesgos que pueden repetirse si no se corrigen y porque, principalmente pone en riesgo la salud y la vida humana.

Los casos presentados en este Informe se seleccionaron porque permiten observar con claridad cómo decisiones administrativas, tiempos de gestión o desarticulaciones operativas impactan directamente en el acceso efectivo al tratamiento.

El objetivo de analizarlos es identificar nudos críticos del sistema para evitar su repetición y alertar el riesgo de las vidas y el bienestar de los ciudadan@s.

### 4.2. Cáncer Infantil – Blinatumomab

#### 4.2.1. Menor fallecida: M.P.A.C.CH.

##### Línea de tiempo

- 13 mayo 2025: indicación médica formal.
- 16 mayo 2025: solicitud del medicamento.
- 25 agosto 2025: medicamento llega a CENARES cuando ya no podía administrarse.
- **28 agosto 2025: fallecimiento.**

**Tiempo real de espera:** >100 días

**Plazo normativo permitido:** 15 días (leucemia pediátrica)

El tratamiento llegó tarde. La niña había muerto.

#### 4.2.2. Pacientes que perdieron oportunidad de recibir Tratamiento

##### Siglas de la menor B.M.S.Y. – INSNSB

La paciente contaba con todas las condiciones clínicas para recibir Blinatumomab:

- aprobación para trasplante,
- donantes identificados,
- enfermedad mínima residual positiva.

La demora en el acceso al medicamento produjo la **pérdida de la ventana terapéutica**, quedando excluida de la opción de tratamiento y actualmente en manejo paliativo.

##### C.P.M.– INSNSB

Ante la imposibilidad de seguir esperando la disponibilidad del medicamento, el equipo médico administró una quimioterapia adicional con bajo impacto esperado sobre la



enfermedad, decisión adoptada únicamente como medida de contención frente a la progresión clínica.

Según refieren los familiares. Aquí el tratamiento indicado no fue reemplazado por una mejor alternativa, sino por una opción subóptima ante la ausencia del medicamento.

#### **4.2.3. Pacientes que siguen siendo candidatos y se encuentran en riesgo INSNSB**

- **J.J.C. siglas de la menor.**

Aprobado recientemente por Comité Farmacoterapéutico (03.02.2026).

Requiere inicio oportuno del tratamiento.

#### **INEN**

- **N.P.S.**

Inició tratamiento el 30.12.2025 y culminó primer ciclo el 27.01.2026.

Debía iniciar segundo ciclo el 11.02.2026, pero solo quedan 6 unidades en stock.

Existe riesgo real de no completar el esquema necesario para acceder a trasplante.

- **F.H.Q.** Evaluada el 20.01.2026.

Si se confirma la posibilidad de trasplante haploidéntico, requiere iniciar Blinatumomab de manera inmediata.

- **J.Y.M.**

Culminó estudio de histocompatibilidad y se encuentra en espera de consulta hematológica para definición terapéutica.

- **S.E.A.**

Recibía quimioterapia convencional, presentó progresión y actualmente cumple criterios para Blinatumomab.

Solicitud presentada en diciembre de 2025 sin acceso hasta la fecha.

#### **4.3. Procesos de compra fragmentadas:**

##### **INEN haría la adquisición para 9 pacientes proyectados al primer semestre 2026**

- Proceso iniciado: 15.11.2025
- FISSAL reconoció financiamiento: 12.12.2025
- A la fecha no se concluye.

##### **CENARES adquiriría 180 unidades en 2025 para cubrir la demanda del INSNSB.**

- Proceso iniciado: 18.11.2025
- El INSNSB no ha recibido respuesta efectiva.

#### **Lo que este caso revela**

- El medicamento está aprobado.
- El financiamiento fue reconocido.
- Los institutos especializados identificaron a los pacientes.



- Los procesos de compra se iniciaron.
- La provisión no se concretó a tiempo.

El sistema activó trámites, pero no garantizó el acceso dentro del tiempo clínico necesario.

En leucemia pediátrica, el tratamiento no puede esperar al cierre de un expediente administrativo. Cada retraso modifica la posibilidad de trasplante, de remisión sostenida o de curación.

Además de los plazos generales establecidos para la atención oncológica, la Norma Técnica aprobada por la **RM N.° 876-2024-MINSA** fija un estándar reforzado para población pediátrica, reconociendo la naturaleza crítica y evolutiva de estas enfermedades.

En niñas, niños y adolescentes con diagnóstico oncológico, el inicio del tratamiento debe producirse en un plazo máximo de **15 días**, dada la urgencia terapéutica y la necesidad de evitar la progresión de la enfermedad o la pérdida de oportunidad de curación.

Este plazo no constituye una recomendación clínica, sino un mandato sanitario que obliga a que los procesos administrativos, logísticos y de abastecimiento se organicen en función del tiempo clínico y no al revés.

#### **4.4 Cáncer de Mama HER2+ – Fallas de abastecimiento y de distribución que interrumpen el tratamiento**

##### **4.4.1 Situación en el MINSA / INEN: ausencia total de stock para pacientes con indicación vigente**

###### **60 ciudadanas en riesgo**

Mediante Informe N.° 000037-2026-DF-DISAD/INEN (16 de enero de 2026), el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas —ente especializado y referente técnico en oncología del país— comunica que **no cuenta con stock** de Trastuzumab-Deruxtecán (Enhertu), requerido para **60 pacientes** con cáncer de mama HER2+ metastásico, con indicación aprobada por Comité Farmacoterapéutico (Acta 182-CFT-2025).

La situación pone en riesgo a **60 ciudadanas mujeres** y la necesidad asciende a **2,800 unidades** del medicamento.

El ente especializado cumplió su rol clínico: evaluó, aprobó e identificó a las pacientes. La falta de disponibilidad no responde a controversia médica, sino a un quiebre en la gestión de abastecimiento que debía garantizar el sistema.

Dado que este tratamiento se administra **cada 21 días**, la ausencia de provisión oportuna rompe la continuidad terapéutica en un contexto donde la RM N.° 876-2024-MINSA fija un máximo de **65 días para iniciar tratamiento oncológico**.



El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) —ente rector técnico y especializado en oncología en el país— ha realizado la evaluación clínica, la aprobación farmacoterapéutica y la identificación de la necesidad asistencial, cumpliendo el rol que la política nacional del cáncer le asigna como órgano de referencia científica.

La ausencia de disponibilidad del medicamento no responde a una controversia médica ni a falta de sustento técnico, sino a un quiebre en los procesos de gestión, adquisición y abastecimiento que deben garantizar las instancias responsables de la implementación.

Cuando el sistema llega después del tiempo clínico, la decisión médica pierde eficacia. Y cuando eso ocurre, no estamos ante un trámite pendiente, sino ante una oportunidad terapéutica perdida por falla en la implementación.

En tratamientos administrados en intervalos fijos —como Trastuzumab Deruxtecán, cuyo esquema es cada 21 días— la disponibilidad no puede gestionarse como suministro eventual.

La interrupción o postergación no constituye una demora logística: altera la secuencia terapéutica diseñada para controlar la enfermedad.

Pasa de “problema de stock” a **problema de garantía terapéutica**.

En términos de los derechos de los pacientes/usuarios/ciudadanas peruanas, la situación descrita no puede leerse como una demora de gestión.

Cuando el Estado ya evaluó, aprobó y reconoció que un tratamiento es necesario, tiene la obligación de hacerlo accesible en el tiempo en que ese tratamiento puede salvar o prolongar la vida.

**En el caso de estas 60 mujeres, el sistema no está fallando en un trámite: está dejando sin protección efectiva el derecho a la salud que la propia ley reconoce. La indicación médica existe. La validación técnica existe. La política pública existe. Lo que falta es que esa decisión se convierta en tratamiento real dentro del tiempo en que todavía puede hacer diferencia.**

***En oncología, el tiempo forma parte del cuidado.***

***Si el sistema llega tarde, no llega igual: llega cuando el daño ya ocurrió.***

#### **4.4.2 Situación en ESSALUD: desarticulación en la distribución del medicamento**

De acuerdo con la información remitida por la propia red asistencial de ESSALUD (cuadro de situación de Trastuzumab Deruxtecán – Enhertu):

- **Stock total disponible en la red:** 184 unidades.
- **Pacientes continuadoras identificadas:** 20.
- **Pacientes nuevas registradas para inicio de tratamiento:** 7.
- **Establecimientos reportando stock disponible:** algunos nodos centralizados.



- **Establecimientos con necesidad terapéutica inmediata: con stock 0.**

El cuadro evidencia que el medicamento **sí existe dentro del sistema**, pero no se redistribuye oportunamente hacia los establecimientos donde están las pacientes que deben recibirlo.

Estas 7 pacientes corresponden a:

- Essalud de Cusco se registra una paciente nueva.
- Essalud Almenara se registra una paciente nueva.
- Essalud Piura se registra dos pacientes nuevas.
- Essalud Arequipa se registra dos pacientes nuevas.
- Essalud Tacna se registra una paciente nueva.

***En total son 7 mujeres que no están recibiendo el tratamiento a pesar de existir en stock.***

Esto genera una ruptura en la continuidad terapéutica, especialmente grave si se considera que:

- Enhertu se administra en ciclos **cada 21 días**, sin posibilidad clínica de postergación.
- La NTS aprobada por RM N.º 876-2024-MINSA fija estándares de oportunidad que obligan al sistema a garantizar acceso efectivo dentro de plazos definidos.

Aquí la barrera no es presupuestal ni técnica. Es una falla de articulación operativa entre:

- Programación.
- Gestión logística y
- Conducción de red.

**A tomar en cuenta:**

- En ESSALUD el problema adopta otra forma, pero produce el mismo resultado: las pacientes no reciben el tratamiento cuando lo necesitan.

La información disponible muestra que el medicamento se encuentra en determinados puntos de la red, mientras establecimientos con pacientes que deben iniciar tratamiento reportan stock cero.

- Esto significa que el medicamento existe dentro del sistema, pero no llega a quienes lo requieren.

La consecuencia no es organizativa: es humana. Son mujeres que, teniendo indicación médica vigente, ven interrumpida o postergada una terapia que debe administrarse cada 21 días para mantener su eficacia.

- Cuando un sistema de salud permite que un tratamiento esté disponible en almacenes y ausente en el lugar donde la paciente lo necesita, no estamos ante un problema de inventario.



- Estamos ante una falla en la garantía del acceso efectivo que el Estado —a través de sus instituciones— está obligado a asegurar.
- **El derecho a la salud no se cumple con registrar un medicamento en stock. Se cumple cuando la persona lo recibe a tiempo.**

#### **4.5 Hepatocarcinoma – pérdida de oportunidad terapéutica por incumplimiento del tiempo de acceso**

En la Red Oncológica Nacional, el establecimiento especializado cumplió con su función clínica.

El paciente de iniciales **A.S.S.**, residente en Huancayo (Junín), fue evaluado por su especialista en el IREN Centro, quien indicó en agosto de 2025 el tratamiento con inmunoterapia (Atezolizumab + Bevacizumab), terapia reconocida como estándar para hepatocarcinoma avanzado.

La decisión médica no estuvo en discusión. El tratamiento estaba aprobado, sustentado técnicamente y correspondía iniciar los procedimientos para su provisión.

La familia, ante la falta de acceso efectivo, ingresó comunicaciones formales dirigidas a DPCAN y CENARES solicitando la gestión correspondiente. Las respuestas administrativas confirmaron la tramitación del requerimiento, pero no garantizaron la entrega oportuna del medicamento. Aquí se produce el quiebre.

La **RM N.º 876-2024-MINSA** establece que el inicio del tratamiento oncológico no debe exceder **65 días calendario** desde la referencia registrada en el establecimiento de destino.

Sin embargo:

- La indicación terapéutica se realizó en **agosto de 2025**.
- febrero de 2026 han transcurrido **más de 180 días** sin inicio del tratamiento.

Es decir, el plazo sanitario máximo fue excedido casi **tres veces**:

- No se trató de una controversia médica ni de falta de evidencia científica.
- Se trató de una cadena de gestión que no logró convertir una decisión clínica válida en acceso real dentro del tiempo que la propia norma exige.
- Hoy, según refiere la familia, el paciente ha perdido la oportunidad de recibir la terapia indicada, no por evolución inevitable de la enfermedad, sino porque el sistema no actuó dentro del tiempo que él mismo definió como obligatorio.

#### **4.6 Cáncer de pulmón – cuando la Reevaluación administrativa bloquea oportunidades de tratamientos ya utilizados en práctica clínica y con buenos resultados**



La situación observada en cáncer de pulmón reproduce el mismo nudo crítico identificado en los otros casos:

- Decisiones clínicas válidas, sustentadas por el ente especializado, que luego quedan atrapadas en procesos administrativos que vuelven a revisar lo ya aprobado y utilizado.
- En el caso de **Osimertinib**, medicamento indicado para cáncer de pulmón con mutación EGFR, su uso ya había sido incorporado en la práctica clínica institucional bajo resoluciones ministeriales previas que permitieron su aplicación con evidencia en vida real en pacientes peruanos.

Sin embargo, la exigencia posterior de nuevos procesos de evaluación y validación — desvinculados de la continuidad asistencial— generó un escenario de incertidumbre en la adquisición y provisión, trasladando al plano administrativo una discusión que ya había sido resuelta en el plano clínico.

Aquí nuevamente el ente especializado cumple su rol:

- Identifica al paciente.
- Define la indicación terapéutica.
- Sustenta técnicamente el tratamiento.

Pero la cadena de implementación se interrumpe al exigir nuevas validaciones o rutas de compra que no dialogan con la necesidad clínica inmediata. **El problema no es técnico. Es de coherencia del sistema.**

Debemos tener presente que nos referimos a un tratamiento que: ya fue aprobado por órganos técnicos, ya se utilizó en pacientes con muy buenos resultados, ya forma parte de guías internacionales y de la práctica regional.

¿Volver a colocarlo en un circuito de reevaluación mejorará la calidad de la decisión?: En la práctica vemos que **solo introduce demora, incertidumbre y riesgo de discontinuidad**. Ese tiempo administrativo adicional no existe en la evolución de la enfermedad y juega en contra de l@s pacientes.

#### **4.6. Relación con lo ya advertido por Voces Ciudadanas**

Este escenario fue advertido formalmente a la DPCAN- MINSA (noviembre 2025), al señalar la necesidad de un **Decreto Supremo o RM, que homologue y garantice la continuidad de los tratamientos ya aprobados**, evitando que nuevas revisiones generen retrocesos en el acceso efectivo.

La ausencia de ese mecanismo de homologación es lo que permite que el sistema vuelva a abrir debates ya cerrados, mientras los pacientes siguen esperando.

#### **5. Patrón estructural identificado por SENTIR Perú:**



## La fragmentación del abastecimiento contradice el mandato de la Red Oncológica Nacional

- La responsabilidad no se diluye trasladando la carga operativa a cada establecimiento.
- El Reglamento establece gestión articulada de abastecimiento dentro de la Red.
- La conducción es nacional.
- Los casos analizados —cáncer infantil, cáncer de mama, hepatocarcinoma y cáncer de pulmón— no constituyen fallas independientes.
- Evidencian un mismo quiebre en la implementación de la política pública: la ruptura entre decisión clínica válida y capacidad del sistema para garantizar el abastecimiento oportuno.

En todos los casos se repite la misma secuencia:

- El tratamiento está aprobado por instancias técnicas del Estado.
- El médico especialista lo indica conforme a norma.
- El sistema conoce la demanda real (pacientes identificados).
- Sin embargo, el medicamento no llega dentro del tiempo clínico necesario.

Esto no describe una falta médica ni científica. Describe una falla de conducción del proceso de abastecimiento que la propia normativa ordena gestionar de manera articulada.

### 5.1. El Reglamento de la Ley Nacional del Cáncer establece un modelo de gestión en red, no de compras aisladas

- El **Reglamento de la Ley N.º 31336**, aprobado por **DS 004-2022-SA**, define que la Red Oncológica Nacional debe operar mediante procesos misionales articulados con procesos de soporte administrativo, incluyendo expresamente la gestión de abastecimiento.
- Es decir, el abastecimiento no es un acto logístico accesorio. Es un componente estructural del funcionamiento de la Red.

Asimismo, el Reglamento dispone que los establecimientos integrantes:

- Informen permanentemente sobre los stocks y consumos de productos farmacéuticos

El sistema, por tanto:

- Conoce el consumo.
- Conoce la demanda proyectada.
- Conoce los pacientes que requieren tratamiento.



Cuando existe información de stock y consumo, la ausencia de abastecimiento oportuno no puede atribuirse a desconocimiento, **es un problema de gestión del sistema.**

Darle la tarea de hacer compras a cada hospital **no solo es encarecer la adquisición, es prolongarla y además dar tareas adicionales** que no están descritas ni son mandatarias según el Reglamento de la ley de cáncer vigente.

## **5.2. La fragmentación de la compra traslada la carga operativa, pero no traslada la responsabilidad**

La práctica observada -derivar la adquisición a cada hospital o ejecutar compras aisladas- rompe el modelo de red previsto en el Reglamento. Al fragmentarse la adquisición:

- La planificación se dispersa.
- Los tiempos administrativos se multiplican.
- La respuesta deja de ser sanitaria y se vuelve procedimental.
- **¿Quién asume el resultado final sobre la vida del paciente?**

***Pero la norma no permite esa dilución.*** La Red Oncológica Nacional fue diseñada precisamente para evitar que cada establecimiento resuelva por separado enfermedades de alta complejidad y alto costo. **Cuando la gestión se atomiza, la responsabilidad no desaparece: se desordena.**

## **5.3. El efecto real: el tiempo administrativo sustituye al tiempo clínico**

En oncología, el tratamiento no puede esperar a que los procesos administrativos se alineen. Los casos documentados muestran que:

- Medicamentos aprobados no se entregan dentro de los plazos sanitarios.
- Tratamientos que deben administrarse cada 21 días se interrumpen.
- Terapias puente a trasplante llegan fuera de la ventana terapéutica es más llegan cuando el paciente (niña) ha fallecido.
- Decisiones clínicas válidas pierden eficacia por demora sistémica.

Aquí se produce la contradicción central: **El sistema sanitario reconoce el tratamiento como necesario, pero el sistema administrativo no logra hacerlo posible.**

## **5.4. La consecuencia no es administrativa: es clínica**

Cuando el abastecimiento no se gestiona como parte del cuidado oncológico, la historia se cuenta sola:

- La enfermedad progresa.
- Se pierde la oportunidad terapéutica.
- Se reducen probabilidades de curación.
- Se obliga a tratamientos paliativos evitables.



**No estamos ante trámites pendientes. Estamos ante intervenciones que llegan tarde.**

### 5.5. Lo que estos casos revelan

- Los tres niveles del sistema —normativo, clínico y logístico— no están actuando como una red, sino como compartimentos.
- El Reglamento ordena integración. La práctica observada muestra fragmentación.
- Esa distancia entre diseño normativo y ejecución real es el nudo crítico que explica la repetición de los casos documentados.

### 6. Patrón identificado

Los casos expuestos no corresponden a fallas aisladas, sino a un mismo problema de implementación. Los tres casos demuestran que:

- La norma existe. El tratamiento está aprobado. El médico lo indica. El sistema no lo entrega a tiempo.

Esto revela un fenómeno de dispersión de la responsabilidad:

- Cuando la compra se fragmenta, la planificación se traslada y la ejecución se atomiza, ningún nivel asume el resultado final.
- Pero la NTS establece que la responsabilidad es sistémica y debe ser conducida. Las autoridades y funcionarios deben tener en cuenta que **la responsabilidad no se diluye por fragmentación administrativa.**

### 7. Exigencias inmediatas al sistema sanitario

Los hechos documentados no requieren nuevas evaluaciones ni mesas adicionales de diagnóstico. Requieren decisiones de conducción sanitaria que restablezcan la oportunidad del tratamiento y eviten la repetición de los eventos descritos.

Las siguientes medidas que solicitamos son de carácter inmediato y se sustentan en las obligaciones ya vigentes en la Ley Nacional del Cáncer, su Reglamento (DS N.° 004-2022-SA) y la Norma Técnica aprobada por RM N.° 876-2024-MINSA.

#### 7.1 Medidas urgentes de contención (72 horas – 7 días)

##### a) Abastecimiento pediátrico – Blinatumomab

Presentación de un plan de abastecimiento con trazabilidad completa:

- Stock disponible.
- Procesos de compra en curso.



- Fechas ciertas de entrega.
- Activación de un mecanismo de contingencia nacional que garantice continuidad terapéutica de los pacientes actualmente en riesgo.
- Identificación nominal de los responsables de programación, adquisición y distribución.

El sistema no puede repetir un escenario donde el medicamento llegue después de la ventana terapéutica. ¡¡¡Es decir, cuando la niña ha fallecido!!! (Eso es inaceptable jurídica, y éticamente).

#### **b) Cáncer de mama HER2+ – Trastuzumab Deruxtecán (Enhertu)**

- La adquisición inmediata del tratamiento para las 60 pacientes cómo lo solicitó el INEN.
- Emisión de una directiva operativa inmediata que permita redistribución del stock existente entre establecimientos. (ESSALUD y MINSA).
- Programación logística semanal acorde al intervalo clínico del tratamiento (cada 21 días).
- Prohibición de esquemas de asignación cerrada que impidan iniciar tratamiento a nuevas pacientes con indicación vigente.

Cuando el medicamento existe, pero no llega a quien lo necesita, **la falla es de gestión, no de evidencia.**

#### **c) Hepatocarcinoma – Atezolizumab + Bevacizumab**

- Informe técnico que explique el incumplimiento del plazo máximo de 65 días establecido en la RM N.º 876-2024-MINSA.
- Identificación de los tramos administrativos que generaron la demora.
- Medidas correctivas que garanticen acceso efectivo a nuevos pacientes sin repetir el circuito fallido.

## **7.2 Medidas estructurales de corrección (hasta 15 días)**

### **a) Emisión del Decreto Supremo de homologación terapéutica**

Se requiere formalizar —mediante Decreto Supremo— la continuidad de los tratamientos previamente aprobados por el ente especializado (INEN) y utilizados en práctica clínica con buenos resultados, evitando su reevaluación administrativa reiterativa.

Volver a evaluar lo ya evaluado:

- No mejora la calidad técnica.
- Consume recursos públicos.
- Introduce demoras incompatibles con la evolución del cáncer.

### **b) Reconocimiento operativo del INEN como ente especializado**



El INEN debe conducir la validación clínica de terapias oncológicas dentro de la Red Oncológica Nacional, evitando duplicidades que fragmentan la implementación.

**c) Alineamiento entre tiempos clínicos y procesos de compra**

Los procedimientos de adquisición deben adaptarse a los plazos sanitarios obligatorios definidos por la Norma Técnica, no al revés.

La gestión pública no puede estructurarse con tiempos que hagan imposible cumplir el sentido, el corazón de la propia norma sanitaria que está centrada en los derechos de l@s pacientes.

**d) Mecanismo nacional de articulación logística**

Se requiere un circuito único de programación, compra y distribución que impida la dispersión de responsabilidades entre:

- DPCAN,
- CENARES,
- Redes asistenciales.

La fragmentación administrativa no puede trasladarse al paciente como barrera de acceso y además debe cumplir la ley y reglamento que está por encima de cualquier otra directiva.

**8. Consideraciones finales: cerrar la distancia entre la norma y la vida**

El corazón de la política pública del cáncer no está en sus decretos, ni en sus manuales, ni en sus procesos administrativos. Está en la persona que espera. Está en la niña cuyo tratamiento no puede esperar al cierre de un expediente.

Está en la mujer cuyo ciclo terapéutico no puede interrumpirse sin consecuencias irreversibles. Está en cada familia que deposita en el sistema no solo una solicitud, que está enmarcada en sus derechos como ciudadanos y ciudadanas sino en su esperanza de vivir.

Es la oportunidad de cerrar la distancia entre lo que el Estado promete y lo que las personas reciben. Es el momento de alinear el tiempo del sistema con el tiempo de la vida.

Es el momento de recordar que la política pública existe para servir a la vida, no para retrasarla.

***“Una política pública cumple su propósito no cuando se aprueba, sino cuando llega a tiempo. Porque cuando el Estado llega tarde, no solo pierde eficacia: pierde sentido.*”**

***Cerrar la distancia entre la norma y la vida es, hoy, la medida más concreta del compromiso del Estado con el derecho a la salud y con la dignidad de las personas”***

