

LA OTRA  
LUCHA CONTRA  
EL CÁNCER



JUSTICIA FISCAL POR LA SALUD DE LAS MUJERES

ROBERTO LÓPEZ LINARES  
CAMILA GIANELLA MALCA  
EDSON MEZA CORNEJO



## La Otra Lucha contra el Cáncer

Justicia Fiscal por la Salud de las Mujeres.

Primera edición: Febrero de 2019

Tiraje: 500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2019-01739

ISBN: 978-612-47775-6-1

### **Autores:**

Roberto López Linares

Camila Gianella Malca

Edson Meza Cornejo

### **Cuidado de Edición:**

Red Peruana por una Globalización con Equidad (RedGE)

### **Diseño, diagramación e impresión:**

Se terminó de imprimir en febrero de 2019 por Dibet Graf, Calle Las Perlas 1830 Urbanización Las Flores, San Juan de Lurigancho, Lima - Perú

© Oxfam

© Oxfam América

Equipo de Políticas y Campañas de Oxfam en Perú

Calle Diego Ferré 365, Miraflores, Lima - Perú

Teléfono: (511) 616 2554

 : oxfamenperu

 : @oxfamenperu

©Acción Internacional para la Salud (AIS)

Av. General Garzón 938, tercer piso, Dpto. C, Jesús María, Lima - Perú

Teléfono: (511) 723 3310

<http://www.aisperu.org.pe/>

Las opiniones vertidas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores.

# Contenido

<b>Introducción: Cáncer, mujer y justicia fiscal</b>	5
Roberto López Linares	
<b>Exploración de las barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama en el Perú y su relación con la inversión pública</b>	17
Camila Gianella Malca	
Antecedentes	17
Marco de análisis OPERA	22
Paso 1: Resultados	24
Paso 2: Políticas	26
Paso 3: Recursos	42
Paso 4: Evaluación	44
Bibliografía	46
<b>Exoneración de aranceles e impuesto para medicamentos oncológicos 2016 – 2017</b>	49
Edson Meza Cornejo	
Introducción	49
Objetivos del estudio	50
Metodología	51
Resultados	57
Discusión	67
Conclusiones	74
Recomendaciones	74
Bibliografía	76
Anexos	77



# CÁNCER, MUJER Y JUSTICIA FISCAL

Roberto López Linares<sup>1</sup>

## Un escenario preocupante: El cáncer sigue matando

El cáncer es una enfermedad temible. Cada año alrededor de 43 mil nuevos casos son detectados en el Perú y las mujeres son las más afectadas. Se estima que del total de casos registrados en los últimos cinco años el 38.1% corresponde a varones y el 61.9% a mujeres. El cáncer de mama y de cuello uterino están entre las cuatro neoplasias más comunes en el Perú, concentrando el 30.7% del total de casos registrados en el 2016.

El cáncer es la segunda causa de muerte representando el 18% de todas las muertes reportadas. Se estima que cada año mueren 26 mil personas por cáncer. La detección temprana y la instalación del tratamiento correspondiente garantizan la curación en la mayoría de los cánceres más comunes. Sin embargo hasta ahora la aparición de un caso de cáncer en una familia significa un impacto no solo emocional sino que hasta puede llevarla a la quiebra económica.

Un plan nacional para la prevención y el control del cáncer requiere importantes recursos financieros. En principio la prevención y la detección temprana requiere por un lado planes de educación e información que deben llevar a la población a hábitos saludables de vida y aprender a detectar las señales tempranas de la enfermedad. Por ejemplo, la obesidad predispone a la aparición de ciertos tipos de cáncer, así como el consumo de ciertos alimentos, el tabaco y la exposición a ciertos químicos; de otro lado, los exámenes periódicos son esenciales para la detección. El control del cáncer no solo compromete al sector salud, sino a muchos sectores públicos. Es tarea de todos y todas.

La detección temprana, pilar esencial de toda política de lucha contra el cáncer, exige no sólo la existencia de equipos e insumos adecuados en los establecimientos de salud, sino también personal capacitado para hacer las pruebas y para comunicar efectivamente mensajes útiles para la prevención. Las poblaciones pobres y en pobreza extrema, particularmente aquellas de las zonas rurales, no tienen un contacto regular con establecimientos de salud y con frecuencia no encuentran un trato amigable en ellos, además de los costos que significa en zonas rurales trasladarse al establecimiento. Algunas pruebas para detectar tempranamente ciertos tipos de cáncer (colón, estómago, por ejemplo) no son baratas y lejos de las grandes ciudades es poco probable encontrar establecimientos de salud con el equipo y recursos profesionales correspondientes.

---

<sup>1</sup>Director Ejecutivo de Acción Internacional para la Salud (AIS).

## Las brechas se mantienen

Uno de los estudios contenidos en esta publicación realizada por Camila Gianella Malca<sup>2</sup> y apoyada por OXFAM resalta la existencia de importantes brechas en la prevención, detección y tratamiento del cáncer, particularmente en el cáncer de mama y cuello uterino. En primer lugar falta mucho en términos de comunicar información relevante a la población femenina sobre las causas del cáncer cervical. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 51.5% de la población entre 15 y 59 años conoce que el virus del papiloma humano (VPH) puede causar cáncer uterino. En Lima, ese porcentaje llega al 57.7 %, pero en la sierra sólo alcanza el 44.3%. Esto puede crear obstáculos cuando se hacen planes para la vacunación a las niñas y jóvenes contra el virus del papiloma humano (VPH).

El acceso a controles de prevención y detección temprana es todavía bajo. En el 2017 el 27.9% de las personas entre 30 y 59 años se habían hecho algún examen para descartar cáncer en los últimos 24 meses. En Lima metropolitana fue de 34.8%, en la sierra 22.6% y en la selva 23.1%. En ese mismo año, sólo el 56% de las mujeres de las zonas rurales entre 30 y 59 años se habían hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años. En Lima, fue el 69.3%.

La prevención y detección temprana de cáncer de mama exige revisiones clínicas y otros exámenes. En ese mismo año sólo el 10.8 % de las mujeres de zonas rurales entre 30 y 59 años habían tenido un examen clínico de mama en los últimos doce meses; en Lima, ese porcentaje se elevaba a 31.6%. En cuanto a mamografías, que ya requiere equipos específicos, solo el 4.8% de las mujeres entre 40 y 59 años de las zonas rurales lo habían tenido en los últimos 24 meses. En Lima Metropolitana el porcentaje fue de 25.7% con un promedio nacional de 17.1%. La situación es clara: las mujeres de las zonas rurales acceden en menor proporción a exámenes que pueden iniciar un camino para salvarles la vida.

Cuando las pruebas están disponibles, gratuitamente o a costos que los sistemas de salud lo promueven (por ejemplo, el Papanicolaou y la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)), la cadena de atención que debe llevar desde la detección temprana hasta el tratamiento se interrumpe con mucha frecuencia y a veces las mujeres no se enteran de los resultados o se enteran mucho tiempo después de la toma de la muestra. No todas las mujeres que se realizan las pruebas reciben sus resultados. Del total de mujeres que se habían hecho la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años, el 83.3% conocían su resultado. En Lima se eleva a 87.8% pero en las zonas rurales 73.4% de las mujeres desconocen sus resultados. Así, los algoritmos diseñados no se cumplen, lo que es más grave en las zonas rurales. El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en el Perú y la primera en mujeres entre 15 y 44 años.

---

<sup>2</sup>Gianella, Camila (2018). Exploración de las barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del cáncer al cuello uterino y de mama en el Perú y su relación con la inversión pública en salud. OXFAM, Lima. La mayoría de los datos sobre cáncer en este documento provienen de este estudio.

## Tratamientos inalcanzables

Los tratamientos para el cáncer son caros, aun cuando la enfermedad pueda detectarse tempranamente. Los medicamentos, particularmente los biológicos, tienen precios prohibitivos. Una inyección de trastuzumab utilizado para un tipo de cáncer de mama o para prevenir su reaparición cuesta S/. 5,200 y un tratamiento de 18 ciclos puede llegar a costar 83,706.40 soles (90 remuneraciones mínimas vitales).

En el Estudio de Edson Meza Cornejo, que también es parte de esta publicación, se muestra que los precios de los medicamentos biológicos son muy caros como para ser asumidos por el gasto de bolsillo. Solo la dosis de inicio del tratamiento con algunos medicamentos seleccionados costaría 4 meses de trabajo de una persona que gana el salario mínimo vital y dos meses de trabajo para quien gana el salario promedio de Lima Metropolitana. En ambos casos no son ciclos de tratamientos completos sino dosis de inicio y tampoco se está considerando otros gastos que acompañan a la medicación principal.

El impacto económico puede ser devastador en las familias que no encuentran un establecimiento de salud cercano a su domicilio para la administración del tratamiento. Si el paciente tiene que trasladarse de un lugar a otro no bastan los recursos que puedan ser brindados por el sistema de salud sino que los gastos incidentales impactan de todas maneras sobre la economía de las familias. Los pobres y pobres extremos son los que sienten el mayor impacto de esta situación quienes con frecuencia y por esas circunstancias abandonan el tratamiento.

El costo de tratamiento también impacta gravemente sobre los sistemas de salud. Para 2018, el Seguro Integral de Salud (SIS) estima que se atenderán más de 7,400 casos de cuello uterino para lo que se requiere más de 54 millones de soles. El Ministerio de Salud (MINSA), el SIS y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) recibieron un poco más de 28 millones de soles para el tratamiento de ese tipo de cáncer. Le correspondería al Fondo Intangible de Solidaridad en Salud (FISSAL) proveer de fondos complementarios para ofrecer la atención programada, conociendo además que los fondos del FISSAL deben servir para todas las enfermedades de alto costo.

## Infraestructura insuficiente

En el Perú hay solo tres institutos especializados para el tratamiento del cáncer (Lima, Trujillo y Arequipa). Y no todos los hospitales, sean de EsSALUD o del MINSA tienen las competencias para el diagnóstico definitivo y el tratamiento de estas enfermedades; más aún en los tipos y estadios que requieren, por ejemplo, una cirugía específica. La falta de recursos humanos capacitados en todas las áreas -comunicacional, médica, enfermería, técnica, psicología, etc.- también hace que la respuesta al cáncer todavía sea insuficiente. No es difícil imaginar el drama de miles de mujeres y hombres viajando largas distancias para tener el diagnóstico definitivo y eventualmente el tratamiento que les corresponde.

El Perú ha avanzado en la lucha contra el cáncer aunque todavía hay mucho que hacer. En el 2009 el SIS empezó a ofrecer atención para el cáncer y el 2011 se crea el Programa de Prevención y Control del Cáncer. Un año después el programa se implementa con un presupuesto inicial de S/. 30.5 millones. El Plan Esperanza se creó en el 2012 cuando recibe un presupuesto de 125.8 millones, extendiéndose a las 25 regiones. Este plan está orientado a cubrir las poblaciones pobres y pobres extremos afiliadas al SIS por lo que se convierte en el seguro oncológico con el mayor número de afiliados. En la actualidad

cubre siete tipos de cánceres (cuello uterino, mama, estómago, colón, próstata, linfomas y leucemias)<sup>3</sup>. Los retos son enormes. Más de 16 millones bajo la responsabilidad del SIS incluyendo una de las enfermedades más caras en su tratamiento y cuya prevención y detección temprana exige condiciones que todavía no tiene el sistema público de salud y que convoca el concurso de otros sectores.

## Justicia Fiscal para enfrentar el cáncer

Por lo expuesto el Estado Peruano tiene que hacer un gigantesco esfuerzo político y financiero para promover la prevención del cáncer, la detección precoz y la administración de los tratamientos que correspondan. Este esfuerzo no se puede hacer con los exiguos fondos que se le asigna al sector salud en los presupuestos anuales, que representan el 2.40 % del PBI para el 2018 (o S/. 16,850 millones) La Organización Mundial de la Salud recomienda que los presupuestos de salud deben estar por encima del 6% del PBI. Más aún, el Presupuesto Institucional Modificado del MINSA para el 2018 se redujo en 4.6% con relación al 2017<sup>4</sup>. Necesario recordar que el cáncer no es la única enfermedad a la que debe responder el Estado sino que debe garantizar a todas las personas atención médica de calidad para cualquiera de sus dolencias.

Para ejecutar sus planes y programas, los Estados requieren de los ingresos que se generan a través de los tributos. La justicia tributaria se encuentra cuando cada uno aporta de acuerdo a sus ingresos. El que gana más, debe aportar más. En el Perú, la situación es injusta. Los impuestos indirectos que gravan bienes como alimentos, medicinas, vestido, etc. se aplican tanto para los ricos como para los pobres. Los impuestos directos – a las rentas, por ejemplo – están muy por debajo de lo esperado protegiendo las altas utilidades de las empresas, capitales, personas naturales y otros en desmedro de la recaudación fiscal. El trato privilegiado que reciben empresas y personas “es en realidad un subsidio que pagamos todos los demás contribuyentes”.<sup>5</sup>

La presión tributaria en el Perú fue en el 2015 de 17% del PBI, mucho más baja que el promedio de los países de América Latina y El Caribe, 23%, y de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 34%<sup>6</sup>. El Estado necesita una reforma tributaria que sea equitativa y asegure recaudar suficientes fondos para cumplir con sus mandatos. No habrá mejoras en salud, educación, programas de protección social y otros, si es que no se mejora la recaudación fiscal.

De otro lado, existen muchas maneras en que se deja de tributar al Estado. Las exoneraciones, incentivos y devoluciones tributarias son algunas de las formas legales que se utilizan y que restringen los aportes al fisco. Las deudas tributarias, basadas muchas veces en artificios legales, se producen a favor de empresas que se rehúsan a pagar impuestos. Y está la evasión y elusión tributarias. La evasión es un delito que cometen empresas o personas y que puede utilizar variedad de mecanismos; la elusión aprovecha los vacíos en la legislación tributaria para evitar el pago de tributos.

<sup>3</sup>Atenciones de salud financiadas por el SIS gratuito. Recuperado de <http://www.sis.gob.pe/portal/productos/sisgratis/sis-gratuito-aus/beneficios.html> visto el 23/10/2018

<sup>4</sup>Macara, Daniel (26 de febrero de 2018). ¿Cuánto dinero destina el Estado al sector Salud?. Diario El Comercio. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/dia-1/dinero-destina-sector-salud-noticia-500315>

<sup>5</sup>Grupo de Justicia Fiscal Perú GJF (2018). Exoneraciones e incentivos, Un pesado gasto tributario que subsidiamos los peruanos; Hoja Informativa No. 02. Oxfam America Inc.

<sup>6</sup>Arias, Luis (2018). El Perú hacia la OCDE. La agenda pendiente para la política tributaria 2018-2021. Lima: Grupo de Justicia Fiscal Perú.



Se ha mencionado entre las exenciones tributarias a las exoneraciones, algunas de las cuales son justificadas, pues logran un beneficio para el país en su conjunto o a poblaciones específicas. Pero hay otras que no cumplen ningún papel para el desarrollo del país y sólo benefician a grandes grupos de poder económico. Por ejemplo las exoneraciones a las empresas de juegos de azar (casinos), que en el 2018 alcanzará los S/. 438 millones.<sup>7</sup>

Se estima que las exoneraciones llegan a 16,500 millones de soles anuales<sup>8</sup>, que equivale casi al doble del presupuesto anual del Ministerio de Salud del año 2018<sup>9</sup>. Tres grupos de medicamentos son exonerados del Impuesto General a la Venta (IGV) y derechos arancelarios: oncológicos, para el VIH y para la diabetes. ¿Cuánto deja de percibir el Estado peruano? ¿Los sistemas de salud y usuarios son beneficiados con estas exoneraciones o son otros los beneficiados?.

## Exoneraciones tributarias y cáncer

El Gobierno Peruano exoneró del pago de IGV y declaró inafectos a los derechos arancelarios a los medicamentos para el cáncer en el 2001 a través de la Ley 27450<sup>10</sup>; luego en el 2005 aprobó la Ley 28553 que incluye a los medicamentos e insumos que se usan para el tratamiento de la diabetes. En la actualidad, están liberados de los derechos arancelarios y del IGV, 124 medicamentos e insumos para el tratamiento del cáncer, 31 para VIH y 41 para diabetes.

No existió en la Ley 27450 ninguna “exposición de motivos” que justificara la norma. Solo se establece que “los alcances del dispositivo serán anualmente evaluados y actualizados (bajo responsabilidad del Ejecutivo) a fin de que los beneficios se destinen a la población comprendida en la presente ley”. ¿Qué beneficios podrían obtener de la aplicación de la ley las poblaciones afectadas por el cáncer, el VIH y la diabetes?. Podría argumentarse que la intención era reducir el precio de los medicamentos seleccionados mejorando el acceso sea cuando se pagan del bolsillo de los pacientes o cuando se administran en las instituciones de salud. Al momento de aprobarse no hubo estudios que permitieran medir el supuesto impacto beneficioso de las leyes mencionadas.

Investigaciones oficiales y también de ONG revelaron hace algunos años que esas exoneraciones no se traducían en una disminución de los precios finales de los medicamentos y que las exoneraciones e inafectaciones se convirtieron en un subsidio para las compañías farmacéuticas, incrementando sus márgenes de utilidad<sup>11</sup>. En el 2011, diez años después de la Ley 27450, se dio el Decreto Supremo N° 004-2011-SA creando

---

<sup>7</sup>Grupo de Justicia Fiscal Peru; op cit.

<sup>8</sup>Reyes, José (16 de mayo de 2018). Gobierno buscará reducir exoneraciones tributarias por S/ 9,000 millones. Diario Gestión. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/gobierno-buscará-reducir-exoneraciones-tributarias-s-9-000-millones-233807>.

<sup>9</sup>Ver en: <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

El presupuesto del MINSA en el 2018 es de 9,900 millones de soles, conforme a la consulta en la página web del Ministerio de Economía y Finanzas.

<sup>10</sup>Ley 27450 que exonera del pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios a los medicamentos para el tratamiento oncológico y el VIH/SIDA.

<sup>11</sup>MINISTERIO DE SALUD (2015). Situación de los productos oncológicos de mayor impacto económico en el sistema de salud. Anticuerpos monoclonales; Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos, Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos. Lima, Perú. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3419.pdf>

Meza, Edson (2010). Impacto de las exoneraciones arancelarias y tributarias en los precios de los medicamentos. Lima: Acción Internacional Para La salud (AIS) - Red Peruana por una Globalización con Equidad (RedGE).

una Comisión Multisectorial de “naturaleza permanente” para informar “anualmente al Ministerio de Economía y Finanzas el impacto de las medidas de liberación del pago del Impuesto general a las Ventas y de los derechos arancelarios a efecto de verificar si estos beneficios se han destinado a la población comprendida en los alcances de la Ley 27450<sup>12</sup> ... y poder adoptar las acciones a que hubiere lugar ...”. No se conoce ningún informe al respecto. Mientras tanto miles de pacientes con cáncer arrastran su drama por hospitales y Centros de Salud, en los que con mucha frecuencia no obtienen la atención oportuna y mucho menos los tratamientos que les corresponde. Cuando las exoneraciones no tienen impacto benéfico sobre el rumbo del país en general o sobre poblaciones específicas, todos perdemos.

Actualmente son 124 medicamentos oncológicos que no pagan los tributos mencionados arriba<sup>13</sup> y no se conocen los criterios que ha establecido el MINSa para incluir o excluir los medicamentos beneficiados con la exoneración.

Un estudio realizado por AIS-OXFAM en el primer semestre del 2018 da cuenta actual de los resultados de la exoneración e inafectación mencionadas. Se ha seguido sólo 12 - 7 biológicos y 5 de síntesis química - de los 124 medicamentos exonerados y se ha encontrado que la importación de estos medicamentos entre el 2016 y 2017 acumulan un valor de S/ 139,485,172.15. Todos son medicamentos indicados para el cáncer como el trastuzumab, bevacizumab, nivolumab, rituximab, pertuzumab, etc. El más conocido es el trastuzumab, usado en el tratamiento del cáncer de seno metastásico. Su precio unitario es uno de los más altos. El tratamiento con estos medicamentos es imposible de ser pagado con el bolsillo de los pobres; sus costos tienen efectos catastróficos en las finanzas familiares. El trastuzumab ha concentrado más del 50% del valor de las importaciones; su alto precio significa que las instituciones públicas que atienden cada vez más casos de cáncer sean impactadas por el esfuerzo financiero que tendrán que hacer para poder ofrecer dicho tratamiento a todas las mujeres que lo requieran.

Los medicamentos para el cáncer han sido liberados del pago de los derechos arancelarios e IGV, que en conjunto representan el 25% de la base impositiva. Sobre el valor de la importación se ha calculado el monto que el Estado ha dejado de recaudar por la exoneración llegándose a S/.34,982,881.18, por 11 medicamentos en un periodo de dos años; un monto cercano a todas las compras públicas de ese grupo de medicamentos en el mismo periodo según los registros del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE) (S/. 33,177,858.98).

El 92.7% del valor de las importaciones en el periodo estudiado ha sido realizado por RocheFarma(Perú) S.A. y Bristol Myers Squibb Perú S.A. Roche ha acaparado más de 114 millones de soles en importaciones y por lo tanto ha tenido una exoneración tributaria de más de 28 millones de soles, seguido de lejos por Bristol.

---

MINISTERIO DE SALUD; Impacto de las medidas de inafectación tributaria en los precios de los medicamentos para el tratamiento oncológico; Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Recuperado de: [http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/OPMSCMS/Archivos/13\\_Estudio%20Oncologico.pdf](http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/OPMSCMS/Archivos/13_Estudio%20Oncologico.pdf)

<sup>12</sup>“... Los alcances de dicho dispositivo serán anualmente evaluados y actualizados, bajo responsabilidad, a fin de que los beneficios se destinen a la población comprendida en la presente Ley”. Disposiciones complementarias y finales, Primera. Ley N° 28553. Esta frase también se encuentra en el Art. 3ro de la Ley 27450.

<sup>13</sup>Decreto Supremo N° 023-2016-SA.

Examinando los precios de adquisición por entidades públicas se encuentra que difieren ampliamente cuando se les compara con los precios con que entraron al país. El rango está entre 21% y 142%. Este es un asunto relacionado con los mecanismos de fijación de precios de los medicamentos que es uno de los secretos mejor guardados por la industria farmacéutica. El precio no guarda ninguna relación con los costos de producción y es fijado de acuerdo a lo que soporta el mercado de acuerdo a las leyes de la oferta y la demanda. Sin embargo, los medicamentos no son cualquier mercancía como un auto o un perfume. Están relacionados con un derecho fundamental, el derecho a la salud, y que tiene consecuencias graves cuando no están disponibles oportunamente.

Lo que muestra el estudio es sólo la punta del iceberg en tanto que se han quedado fuera del estudio no solo 112 oncológicos, sino también 31 para el VIH y 41 para la diabetes. Lo que se ha analizado es la exoneración a la importación de 12 de 196 medicamentos; solo el 6%. Si consideramos el conjunto de todos los medicamentos exonerados de los derechos arancelarios y del IGV se puede suponer con bastante plausibilidad que hay allí una abultada cantidad de dinero que el Estado deja de percibir desde hace muchos años. Por ejemplo, un solo medicamento para el VIH le costó a las instituciones públicas S/. 71,138,361 entre el 2011 -2014.<sup>14</sup> Y no pagaron impuestos. Esto exige una evaluación completa del Ejecutivo de cuánto ha dejado de percibir el Estado por los medicamentos liberados de tributos y los beneficios, si hay alguno, que ha recibido el país.

## Campeones de la sub tributación

Mientras los Estados de los países en desarrollo pugnan por mejorar sus leyes y otras regulaciones para aumentar la recaudación y brindar los servicios que requieren los ciudadanos, hay empresas que buscan formas de eludir el pago de impuestos. Grandes empresas farmacéuticas han sido analizadas en un estudio lanzado recientemente por OXFAM – “Receta para la Pobreza. Las empresas farmacéuticas: elusión fiscal, alza de precios y lobby feroz” – que muestra cómo las empresas farmacéuticas eluden el pago de impuesto en países desarrollados y en desarrollo.

Para una empresa cualquiera, un objetivo importante es la optimización de sus utilidades. Mientras más dinero se queda en caja, mejor. Por eso tratan de bajar sus costos, incluyendo los costos laborales, imponiendo precios altos a sus productos y servicios hasta donde puede aguantar el mercado y reduciendo el pago de impuestos.

El estudio de OXFAM ha analizado los movimientos financieros de cuatro grandes empresas farmacéuticas – Abbott, Johnson & Johnson, Merck y Pfizer – que con una primera e ingenua mirada cualquiera podría decir que no tendrían motivo para utilizar alguna artimaña para eludir impuestos. Tres de las empresas farmacéuticas analizadas figuran entre las 10 más grandes empresas por sus ingresos en el 2017. Veamos: Pfizer con 52.54 mil millones de dólares; Roche con 44.36 mil millones de dólares; y Johnson and Johnson con 36.3 mil millones<sup>15</sup>. Entre las tres, más de 133 mil millones de dólares que es casi tres veces (2.79) el presupuesto total del Perú para el 2018 (US\$ 47,623,862,924.54). Las cifras de ingresos son gigantescas.

<sup>14</sup>Public Citizen (2018). Licencia obligatoria para atazanavir. Documento técnico [Archivo PDF].Lima. Recuperado de <https://www.citizen.org/sites/default/files/atazanavir-technical-document.pdf>.

<sup>15</sup>Ellis, Monique (2018). Who are the top 10 pharmaceutical companies in the world?. PROCLINICAL. Recuperado de <https://www.proclinical.com/blogs/2018-3/the-top-10-pharmaceutical-companies-in-the-world-2018>.

El estudio mencionado ha llegado a determinar que para evitar el pago de impuestos en los países que operan y que tienen una tasa de impuestos importantes, las empresas trasladan parte de sus fondos a paraísos fiscales donde la tributación es menor o nula. Son países donde en general, las empresas no realizan la mayor parte de la venta de sus productos, sino que tienen beneficios tributarios que no tendrían en otros. Pfizer, Merck y Abbott se encuentran entre las empresas que tienen mayor número de filiales en paraísos fiscales. Johnson & Johnson no está muy lejos. En conjunto se ha llegado a establecer que esas cuatro empresas tenían 352,000 millones de dólares depositados fuera de Estados Unidos a fines del 2016.

La estrategia es aparentemente sencilla. La filial A ubicada en un paraíso fiscal factura a la filial B del mismo grupo y que está en un país con una política fiscal estándar, por venta de servicios, insumos u otros bienes y recibe fondos como contrapartida. Los paraísos fiscales hasta pueden ser las sedes de filiales donde se registran patentes o marcas registradas y desde donde se otorgan licencias para la producción o distribución de esos productos o marcas implicadas, lo que significa transferencias en forma de pagos del país B al país A. Todas las transferencias se cargan a los costos de la filial B y van a disminuir las utilidades donde opera, disminuyendo los montos objeto de gravámenes. Es una estrategia para drenar fondos de los países con tributación estándar hacia otros países donde la tributación es muy baja. No es ilegal, pero puede llegar a crear mecanismos artificiales para justificar o "legalizar" la transferencia de pagos de un país a otro. "Estos ingresos, considerados como royalties o un canon obligatorio, constituyen gastos deducibles fiscalmente en aquellos países con tipos impositivos estándar, mientras que el gravamen que les corresponde en el paraíso fiscal suele ser muy bajo o nulo". Esto es lo que se llama "minimización fiscal" o elusión tributaria. Un sistema perverso.

De esta forma, las grandes empresas farmacéuticas disminuyen tremendamente sus utilidades y por lo tanto sus márgenes de beneficio en los países en desarrollo y los más avanzados y aumentan sensiblemente esos márgenes en los paraísos fiscales. En los países en desarrollo alcanzan un promedio de margen de beneficio de 5%; en los países desarrollados, 7 %, mientras que en los paraísos fiscales sus márgenes llegan a un promedio de 31%.

Con los pocos datos disponibles en los siete países en desarrollo se ha logrado estimar que la "infra-tributación" anual (entre el 2013 y el 2015) de las cuatro empresas llega a 112,345,374 de dólares estadounidenses. "Johnson & Johnson podría haber pagado 55 millones de dólares anuales menos de los que debería; Pfizer, 22 millones de dólares; Abbot, 30 millones y Merck, 5 millones". Puede ser que estos montos no signifiquen mucho para las gigantes farmacéuticas; pero en los países en desarrollo son fondos importantes para la lucha contra la pobreza y la búsqueda de bienestar.

En el Perú las empresas que han tributado por debajo de lo que se esperaría son Johnson & Johnson y Pfizer. Entre las dos, la sub tributación llega a US\$ 3,804,986 según los datos de OXFAM. No obstante, las otras dos empresas estudiadas (Abbot y Merck) de acuerdo a la metodología empleada, aparentemente han efectuado contribuciones elevadas (US\$ 6,772,175) superior en US\$ 2,967,188 a la sub tributación de las otras dos compañías. Esta anomalía que escapa a la tendencia que OXFAM ha encontrado en 15 de los 17 países donde ha recogido información exige mayor información acerca de los niveles de beneficios promedio a nivel global y del nivel nacional, contando con una mayor transparencia financiera de las compañías.

Hacen lo mismo en los países desarrollados. Los paraísos fiscales sirven para ambos. Las cinco empresas farmacéuticas han minimizado en mayores niveles su contribución fiscal llegando a 3,700 millones de dólares en 9 países desarrollados<sup>16</sup>. “Johnson & Johnson va a la cabeza y se calcula que ha reducido en 1,700 millones de dólares anuales de lo que debería haber tributado, seguida por Pfizer con 1,100 millones de dólares, Merck con 739 millones y Abbot con 169 millones”.

La misma indignación con que se leen estos datos causa el saber que las gigantes farmacéuticas gastan ingentes cantidades de dinero para influir y debilitar el sistema político democrático. El lobby de BigPharma es pesado en todas partes del mundo y Estados Unidos se convierte en un vocero de sus intereses. También en los países en desarrollo su actuación es muy visible particularmente cuando quieren mantener privilegios monopólicos u obstaculizar regulaciones que permitirían a los gobiernos y sus poblaciones a obtener medicamentos a precios más convenientes para los sistemas de salud y para las personas. “Año tras año, las empresas farmacéuticas invierten más que ningún otro sector en actividades de lobby para influir sobre el gobierno estadounidense, con cifras que superan los 200 millones de dólares”<sup>17</sup>. Las cuatro compañías escrutadas en el estudio de OXFAM donaron un total de US\$ 43.9 millones en el periodo 2010 y 2016 a los candidatos al Congreso de los partidos Demócrata y Republicano.

La gran industria farmacéutica coopta e influye a los gobiernos de los países en desarrollo cuando estos se proponen políticas soberanas que quieren acercar los medicamentos a los bolsillos de la gente y a sus instituciones sanitarias. Es conocido en Perú cómo las presiones -invisibles en apariencia- de multinacionales farmacéuticas hicieron que funcionarios de Economía, de Comercio y hasta de salud, pasando por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), se conviertan en defensores de una gran compañía farmacéutica (Bristol Myers Squibb), cuando se abrió un proceso para lograr una licencia obligatoria que implicaba romper el monopolio para tener precios más convenientes para el antirretroviral atazanavir.

Las grandes empresas farmacéuticas también usan artificios legales para judicializar el acceso a medicamentos costosos –a veces sin comprobación concluyente de sus beneficios o con alternativas existentes y más cómodas- utilizando organizaciones de pacientes financiadas por ellas. “Doce grandes empresas farmacéuticas, entre las que se encuentra Abbott, Johnson & Johnson, Merck y Pfizer, financian a más de 65 organizaciones de este tipo en América latina, así como a la confederación que las coordina, la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes”. Las alternativas genéricas y biosimilares a precios más bajos son desacreditadas por organizaciones de pacientes financiadas por multinacionales.

La condición monopólica que tienen con frecuencia productos de las empresas farmacéuticas multinacionales les permite imponer precios altos que van a contracorriente de los esfuerzos que hacen los gobiernos para favorecer el acceso a medicamentos que la población necesita. Además, la rentabilidad es lo que guía su agenda de Investigación y Desarrollo (I&D); investigan y desarrollan productos que les ofrecen alta rentabilidad en mercados solventes mientras que olvidan la investigación para enfermedades que afectan

<sup>16</sup>Australia, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Nueva Zelanda, España, Reino Unido, Estados Unidos.

<sup>17</sup>Cálculos de OXFAM basados en datos del Center for Responsive Politics, Industry Profile: Summary 2017, OpenSecrets.org.

desproporcionadamente a las poblaciones de los países en desarrollo; por ejemplo para la enfermedad de Chagas, la malaria multiresistente, la enfermedad del sueño entre otras y la investigación en vacunas para enfermedades que son conocidas hace muchas décadas como la chikungunya (1952) o el dengue (principios del siglo XX), presentes en nuestro país.

Los monopolios legales que logran las grandes empresas farmacéuticas para sus productos lo deben a un sistema de protección de la propiedad intelectual (patentes, protección de datos de prueba, etc.) que ha vinculado la investigación y desarrollo (I&D) al precio de los medicamentos. Afirman que las grandes farmacéuticas necesitan de esos precios altos y por lo tanto, grandes ingresos para invertir en I&D. Pero se conoce que las farmacéuticas invierten más en marketing que en I&D y también en dividendos a sus accionistas y sueldos de sus altos ejecutivos. “En la década entre 2006 y 2015, estas empresas destinaron 341,400 millones de dólares de sus 1.8 billones de ingresos (el 19%) a la recompra de acciones y el pago de dividendos”. Asimismo, “en el 2013, Johnson & Johnson gastó 17,500 millones de dólares en marketing, mientras que Pfizer alcanzó 11,400 millones de dólares”. “En cambio sólo destinaron 259,400 millones de dólares (el 14%) a I&D. Es más, los gastos en I&D son deducibles fiscalmente”.<sup>18</sup> Necesario enfatizar también que los Institutos Nacionales de Salud (INS) de Estados Unidos así como fondos públicos de los países de la Unión Europea son los mayores inversores en I&D. “Los 210 medicamentos aprobados en Estados Unidos entre 2010 y 2016 se habían beneficiado, directa o indirectamente, de investigaciones desarrolladas con financiación pública”.<sup>19</sup>

Las grandes compañías farmacéuticas no son organizaciones filantrópicas; mucho menos entidades mendicantes. Trabajan con una noción de optimizar sus utilidades, sin importarles el destino de las poblaciones ni de los planes de salud pública de los países. Pero sus conductas son dañinas cuando en los países en desarrollo privan a los gobiernos de los recursos para enfrentar los gigantescos desafíos para luchar contra las enfermedades y asegurar el bienestar de las poblaciones; además de imponer precios altos a sus productos y prevenir con el tráfico de influencias y el lobby la toma de decisiones que buscan el bienestar de las poblaciones pobres y pobres extremos.

El cáncer, la tuberculosis, la diabetes, el VIH entre otras enfermedades suponen una inversión sustancial de los gobiernos para su prevención y control. Sin embargo hemos descrito como a iniciativa de los mismos gobiernos se exonera de tributos a medicamentos sin evaluar o monitorear el correcto uso de estas exoneraciones. De otro lado, el estudio de OXFAM nos muestra la magnitud de recursos que las grandes empresas farmacéuticas drenan de los países con gravámenes aceptables para depositarlos en paraísos fiscales donde disminuyen los pagos de impuestos.

## Mucho que hacer

Lo dijimos al principio y lo ratificamos ahora. La justicia fiscal es esencial para lograr que todos y todas podamos ejercer plenamente nuestros derechos, particularmente el derecho a la salud y a la vida. Es una herramienta que permite redistribuir la riqueza

<sup>18</sup>US House of Representatives, Committee on Oversight and Government Reform, “Skyrocketing Drug Prices: Year One of the Trump Administration”, Democratic Staff Report, 11 de mayo de 2018 (citado por OXFAM).

<sup>19</sup>Ekaterina Galkina Cleary, Jennifer M Beierlein, Navleen Surjit Khanuja, Laura M. McNamee y Fred D. Ledley, “Contribution of NIH Funding to new Drug Approvals 2010-2016”. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS) 115, No. 10 (2018):2329-34. La financiación del NIH en este periodo ascendió a más de 100,000 millones de dólares. (Citado por OXFAM).



equitativamente, donde todos y todas aportan de acuerdo a sus ingresos y no se crean y/o se refuerzan privilegios a través de exenciones y devoluciones tributarias injustificables y se refuerzan las regulaciones para evitar la evasión y elusión tributarias. En esta perspectiva, hay pendientes importantes:

- Es urgente una **reforma tributaria**. Deben revisarse todas las liberaciones de tributos y devoluciones que el Estado peruano ha venido haciendo en desmedro del fisco y eliminar todas aquellas que no tienen ninguna relación con la promoción del desarrollo del país o el beneficio de poblaciones vulnerables, particularmente las mujeres y niñas. Aquellas exoneraciones como las aplicadas a medicamentos para el cáncer, diabetes y VIH tienen que ser evaluadas permanentemente para conocer su impacto sobre las poblaciones que necesitan esos medicamentos y sobre las instituciones que ofrecen los tratamientos respectivos. Las empresas que gozan de esas exoneraciones deben ser transparentes acerca de cómo llegan a fijar los precios finales de sus productos y evitar la imposición de precios altos abusando, en muchos casos de sus posiciones de dominio. Hay mucho en juego. Los montos exonerados que hemos mostrado es sólo un indicio de lo que está ocurriendo cuando se utiliza un beneficio tributario que se convierte en subsidio a empresas que no lo necesitan. Es mejor invertir específicamente en servicios, atenciones, equipos de salud e infraestructura en lugar de sólo subsidiar una industria que tiene importantes utilidades.
- **La justicia fiscal exige también que las asignaciones a los sectores como salud sean suficientes para responder a los retos que plantea.** Ciudadanos y ciudadanas se quejan diariamente del pésimo estado de muchos establecimientos de salud. Este año fueron declarados en emergencia 198 establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana, pues estaban en tal situación de deterioro que era imposible imaginarse que en esos lugares podría darse una atención de calidad. El resto del país está en similares condiciones, particularmente en las zonas rurales –cuando hay establecimientos de salud-. Esta situación no va a cambiar y vamos a seguir dando una pobre atención si es que no se aumenta por lo menos al doble los recursos fiscales al sector. Y para eso no hay otro camino que la reforma tributaria que planteamos.
- Pero no basta asegurar más recursos. Esto debe ir acompañado **de mejoras en la gestión de los fondos públicos en todos sus niveles para obtener buenos y tangibles resultados lo que exige desarrollar y/o fortalecer herramientas de gestión para que los beneficios de una mayor inversión lleguen a todos y a todas.** El ejercicio de nuestra ciudadanía para la vigilancia y el control de las inversiones públicas es una herramienta esencial.
- El poder legislativo, judicial y el ejecutivo tienen que cumplir las tareas que les corresponden en la búsqueda de la justicia fiscal. El legislativo debe revisar las leyes que liberan de tributos y abstenerse de aprobar otras que crean privilegios injustificables. El Ejecutivo tiene que implementar los gastos de manera responsable y transparente de acuerdo a los mandatos constitucionales, asumiendo en todo momento que los fondos son de todos los peruanos y peruanas. El poder judicial debe ser expeditivo en los procesos para que las y los funcionarios públicos no se desvíen de los mandatos que tienen y lo hagan ajustándose a las leyes y con total transparencia.

- Las empresas farmacéuticas, que aportan importantes tecnologías terapéuticas, tienen que ser transparentes para que los gobiernos, ciudadanas y ciudadanos conozcan realmente sus movimientos económicos financieros; lo que invierten en I&D, en lobby, y dejar de usar mecanismos artificiales para evitar contribuir al fisco en los países donde desenvuelven sus actividades principales. Aquellas empresas que gozan de exoneraciones tributarias deben ser muy transparentes en la forma como establecen los precios finales de sus productos y cuando se trata de multinacionales, abrir información acerca de los cargos que se hacen entre empresas de la misma compañía.

Lima 08 de Octubre 2018



# EXPLORACIÓN DE LAS BARRERAS PARA EL ACCESO OPORTUNO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA EN EL PERÚ Y SU RELACIÓN CON LA INVERSIÓN PÚBLICA

Camila Gianella Malca<sup>1</sup>

Este informe encargado por Oxfam Perú, presenta los resultados del trabajo de investigación “Exploración de las barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama en el Perú y su relación con la inversión pública en salud”. La consultoría se planteó como un trabajo de investigación que permitiera:

1. Generar evidencia empírica sobre los elementos del sistema de salud que están contribuyendo a las demoras en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de dos de los cánceres de mayor incidencia en el Perú: el de cuello uterino y el de mama.
2. Identificar el gasto de bolsillo, así como el déficit de inversión pública (bloqueo de sistema de salud de financiamiento) para el diagnóstico y tratamiento oportuno para la atención de cáncer en mujeres.

Se planteó para el estudio, un diseño de investigación cualitativo, que buscó de manera inductiva y a partir de la revisión de documentos, y entrevistas en profundidad con prestadores de salud y usuarias de los servicios de salud, mapear cuáles son las principales barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama en el Perú. Para contar con información de diferentes contextos, se optó por recoger información en dos contextos diferentes, en Lima Metropolitana y en Satipo, Junín (zona rural y urbana).

## Antecedentes

En el Perú, al igual que en el resto de América Latina, la prevalencia de enfermedades no transmisibles, como el cáncer, está experimentando un aumento gradual. El cáncer es ya la segunda causa de muerte en América Latina. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), América Latina contribuye con el 45% de las muertes relacionadas al cáncer reportadas en el mundo (4).

Anualmente, el cáncer es la causa de 1 de cada 5 muertes registradas en el Perú (5, 6), siendo las mujeres las más afectadas por esta enfermedad (7, 8). Se estima que, en el país, al día se diagnostican 64 mujeres y 54 hombres con cáncer. Al igual que en otros países de la región, entre los tipos de cáncer de mayor prevalencia entre las mujeres están el cáncer de mama, el de cuello uterino y el cáncer de estómago (que también es de alta incidencia entre los hombres) (7).

---

<sup>1</sup>Investigadora Instituto Chr. Michelsen. Bergen, Noruega. Profesora ordinaria Pontificia Universidad Católica del Perú.

**Tabla 1: Mortalidad por cáncer**

País	¿Miembro OCDE?	Población	Muertes anuales	Muertes por cáncer	Porcentaje muertes por cáncer del total
Colombia	Invitado a ser parte	47,704,000	202,000	35,400	17.52
Chile	Miembro	17,465,000	94,000	24,200	25.74
España	Miembro	46,755,000	398,000	111,600	28.04
Francia	Miembro	63,937,000	554,000	170,500	30.77
México	Miembro	121,000,000	605,000	71,900	11.88
Perú	No es Miembro	29,988,000	132,000	26,300	19.92

Fuente: OMS, 2014

En el Perú, hasta hace unos años, la mayor parte de los costos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer eran asumidos directamente por los hogares. Esto limitaba el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno, ambos factores que contribuyen a la mortalidad por cáncer, y también a un aumento en el costo de tratamiento de la enfermedad (9).

Esta situación cambió radicalmente en el 2009, cuando el Seguro Integral de Salud (SIS), seguro de salud gratuito para personas viviendo en pobreza que no cuentan con otros seguros de salud, comenzó a ofrecer cobertura oncológica a sus asegurados y aseguradas. En un principio se planteó que el SIS, cubra los cinco tipos de cáncer de mayor incidencia y mortalidad en el país; es decir, el cáncer de mama, cuello uterino, próstata, pulmón y estómago.

La inclusión de estos cinco tipos de cánceres en la cobertura del SIS significó un cambio drástico en las necesidades de servicios oncológicos en el Perú. Siendo el SIS el principal asegurador del país (ver Tabla 2) y de la población que vive en situación de pobreza, incluir en él la cobertura oncológica implicó otorgar formalmente este derecho a la población más pobre del país. Si bien no se cuenta con muchos estudios sobre el impacto del SIS en relación a la detección temprana, se sabe que a nivel de la población que requiere servicios oncológicos, el SIS ha reducido el gasto de bolsillo ligado al tratamiento (ver Tabla 3).

**Tabla 2: Total de asegurados por asegurador (a junio 2018)**

	Asegurador	Población asegurada
Públicas	SIS	16 153 707
	ESSALUD	9 641 033
	FFAA y PNP	609 220
Privadas	EPS	823 450
	Empresas de Seguros	931 920
	Autoseguros	96 139
	Prepagas	972 137

Fuente: SUSALUD, junio 2018

**Tabla 3: Evolución de cobertura oncológica por el SIS entre pacientes atendidos en el INEN**

Categoría de ingreso	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	SIS cobertura básica			SIS cobertura total		
SIS (FISSAL + SIS)	17.20%	23.10%	31.40%	38.40%	63.70%	64.31%
Gasto de bolsillo + Fondo Ayuda INEN	58.10%	51.70%	42.70%	34.00%	8.20%	7.33%

Fuente: Plan Esperanza 2016

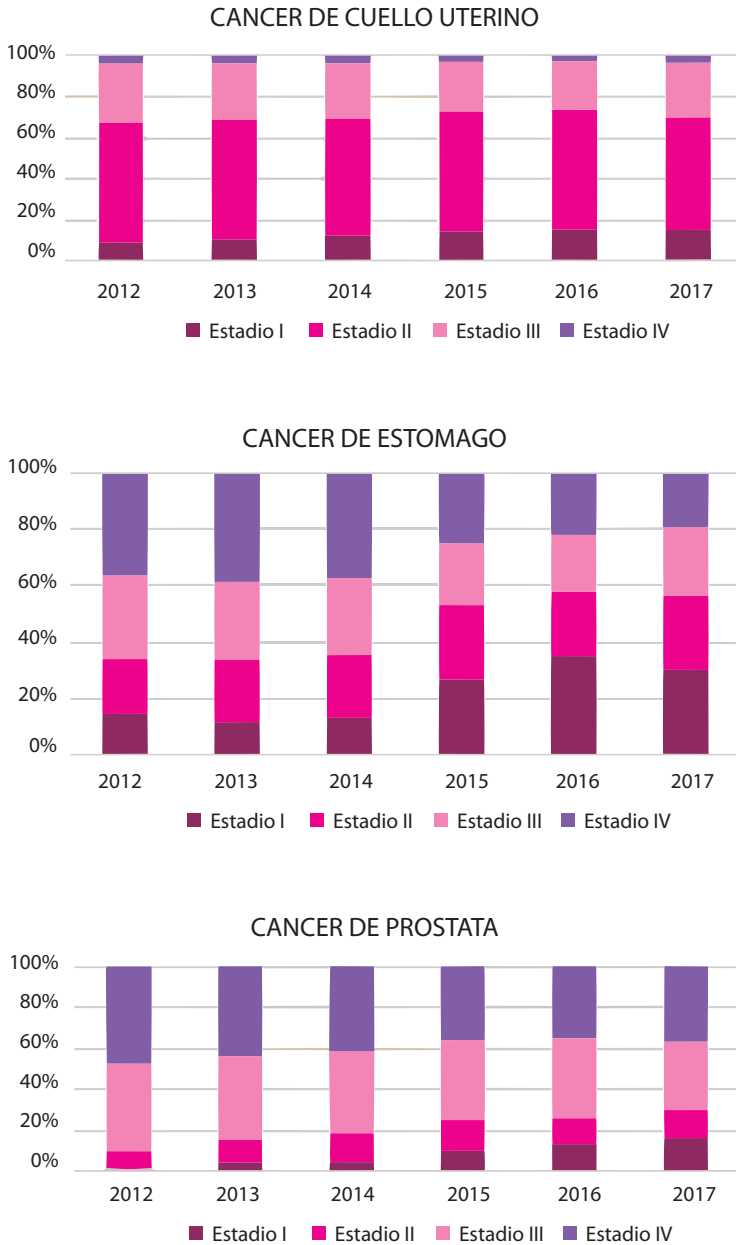
El aumento en la cobertura oncológica del SIS ha venido acompañado de un aumento del gasto público en servicios oncológicos. Desde el 2009 el Estado peruano viene invirtiendo en fortalecer la capacidad del SIS, y del sistema de salud público en general, para brindar atención oncológica. En el 2010 se creó el Programa Prevención y Control del Cáncer. Un año más tarde, en el 2011, el programa se implementó en diez regiones del país, con un presupuesto inicial de S/. 30.5 millones. En el 2012 se generó el programa presupuestal 0024 Prevención y Control del Cáncer. Ese año mismo año, el programa se extendió a las 25 regiones del país, asignándosele un presupuesto de S/. 125.8 millones (10).

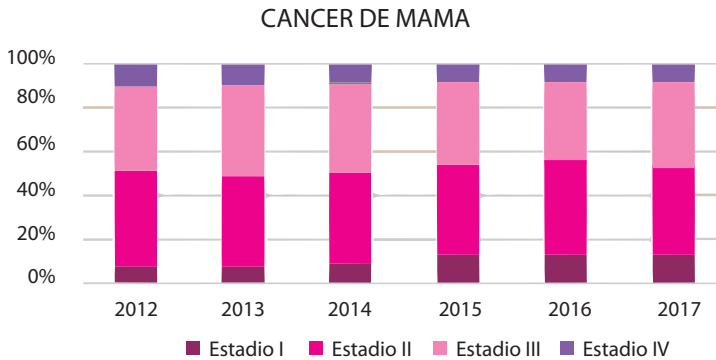
Sin embargo, pese a los esfuerzos desplegados para ampliar la cobertura de servicios de detección y tratamiento de cáncer, la mortalidad por esta enfermedad sigue siendo un problema en el Perú. El diagnóstico tardío (es decir, el diagnóstico de cáncer en un estado clínico avanzado<sup>2</sup>), junto con el abandono del tratamiento, son dos de los principales desafíos que enfrenta la lucha por el control del cáncer en el Perú (11, 12). Si bien la información de hospitales de Lima Metropolitana<sup>3</sup> muestra una ligera mejora en el diagnóstico temprano (es decir, más casos han sido diagnosticados en el estadio I), es preocupante que la mayoría de los casos de cáncer (75%) sigan siendo detectados en los estadios II y III (4) (7). Esta situación se da a pesar de que la prevención y diagnóstico temprano son pilares de la política de Prevención y Control del Cáncer en el Perú.

<sup>2</sup>Se habla de 4 estadios clínicos: I - II - III y IV. Lo ideal es conseguir diagnosticar la mayor parte de los casos cuando se encuentran en el estadio I.

<sup>3</sup>Datos de los años 2012 y 2017 enviados al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

Gráfico 1: Detección de casos nuevos de cáncer según estadio





Fuente: Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2018). ANEXO N° 2. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal. Programa Presupuestal 0024 Prevención y Control del Cáncer. p 16.

Información recabada por el Ministerio de Salud, muestra que, en el 2017, el 63.8% de los casos nuevos fueron detectados cuando las personas afectadas por la enfermedad acudieron a un establecimiento de salud por los síntomas ocasionados por el cáncer, es decir cuando ya había una presentación clínica con síntomas de la enfermedad. Los programas de tamizaje, o detección temprana de asintomáticos, sólo detectaron al 7.4 % de los casos nuevos de cáncer del 2017(3) .

Además del costo humano de la detección tardía del cáncer, el tratamiento del cáncer en estadios avanzados es más costoso para el sistema de salud (13, 14). En otras palabras, los recursos disponibles para enfermedades oncológicas podrían ser utilizados para atender a un número mayor de personas, si se lograra diagnosticar –a más personas– en estadios tempranos de la enfermedad.

Estos resultados deben llevarnos a cuestionar qué factores están causándolos. ¿Por qué, pese al aumento de la cobertura de la atención oncológica y a la ampliación de la inversión pública para ello, el Perú sigue mostrando indicadores pobres en la detección oportuna y éxito de tratamiento del cáncer?

Adoptando un marco de análisis de derechos humanos que permite examinar detalladamente la relación entre compromisos políticos y compromisos fiscales, esta investigación explora si existe una relación entre el gasto público en salud y la detección tardía y las tasas de mortalidad por cáncer en el Perú. Este análisis se basa en dos fuentes de información principales: documentos de políticas públicas y entrevistas con usuarias de servicios de salud y trabajadoras de salud (para mayor detalle ver Anexo Metodológico).

La investigación se enmarca en las discusiones y llamados que se están dando a nivel global para reducir la inequidad en el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer en el mundo (15).

A fin de brindar información detallada y un análisis riguroso, este estudio se centra únicamente en dos tipos de cáncer: el de cuello uterino (o cáncer de cérvix) y el cáncer de mama. Estos tipos de cáncer se han seleccionado por los siguientes criterios:

- *Importancia epidemiológica*, pues se encuentran entre las cuatro neoplasias más comunes en el Perú, representando el 30.5% del total de casos reportados en el 2017(3) .
- *Priorización por parte del Estado peruano*, ya que estos han sido priorizados por el Estado, haciéndolos parte del Plan Esperanza y, además, comprometiéndose a garantizar el acceso a pruebas de diagnóstico y tratamiento gratuitos para población en situación de pobreza. Por ejemplo, en el caso del cáncer de cuello uterino, se cuenta con herramientas diagnósticas de bajo costo (como el Papanicolaou y la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)), que se pueden implementar en el primer nivel de atención y que permiten la identificación de casos sospechosos.
- *Vulnerabilidad*, dado que son tipos de cáncer que atacan sobre todo a mujeres.

Además de presentar un análisis a nivel nacional, este estudio, adoptando enfoques de vulnerabilidad e interseccionalidad, presentará información específica sobre un grupo poblacional (el de mujeres indígenas amazónicas) que, por distintos factores estructurales, se encuentran en especial situación de vulnerabilidad.

La pobreza extrema es mayor entre la población indígena (8.68% vs. 3.57% en población no indígena) y, pese a que la mayoría de la población indígena peruana cuenta con un seguro de salud (80.48% vs. 76.07%), los indicadores de salud son peores. Por ejemplo, entre la población femenina, más mujeres indígenas que no indígenas presentan anemia (23.93% vs. 20.47%). Además, la mayor parte de la población indígena se encuentra asentada en zonas rurales. Vivir en zonas rurales en el Perú, junto con pobreza y etnicidad, son variables que se intersectan incrementando la vulnerabilidad. Un ejemplo de esto es la mortalidad materna. Si bien a nivel nacional ésta se redujo en un 49,7% entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 183 a 93 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, este promedio nacional oculta desigualdades persistentes que castigan a las mujeres más pobres (241.7 y 299.2 en los quintiles I y II, respectivamente), a aquellas que habitan en regiones amazónicas (183.0) y andinas (138.7), y a aquellas que viven en áreas rurales (192.1), como las mujeres incluidas en este estudio.

## Marco de análisis OPERA

OPERA<sup>4</sup> es una herramienta de monitoreo desarrollada por el *Center for Economic and Social Rights* que permite – a partir de datos cualitativos y cuantitativos – el análisis riguroso de los planes, niveles de implementación y cumplimiento por parte de los Estados, así como de sus responsabilidades y compromisos en materia de derechos económicos y sociales. El marco OPERA plantea 4 pasos de análisis (ver gráfico 2).

<sup>4</sup> Para más información sobre OPERA ver: <http://www.cesr.org/opera-landing>.

1. Resultados: evaluación del nivel de realización del derecho (*Outcomes*), análisis de indicadores, estadísticas de país en un determinado periodo de tiempo. Se busca data desagregada por lugar de residencia y, si es posible, por etnia.
2. Esfuerzos de políticas (*Policyefforts*): análisis de las políticas diseñadas e implementadas para atender el problema de salud, análisis de legislación nacional, obligaciones nacionales e internacional adoptadas. Análisis según principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, y calidad.
3. Recursos (*Resources*): asignación de recursos, % del PBI en comparación con otros sectores y la región.
4. Evaluación (*Assessment*): análisis de la información recabada en los pasos anteriores para determinar si el Estado está cumpliendo con sus obligaciones en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Se debe incluir un análisis del contexto político.

El marco ha sido utilizado para analizar compromisos en materia de derechos económicos y sociales en países como Angola, Egipto, Escocia, Guatemala, Kenia, Perú, y el Reino Unido, por lo que la herramienta ha demostrado su flexibilidad y aplicabilidad en diferentes contextos. Además, OPERA ha sido utilizada para analizar compromisos estatales en temas ligados al derecho a la salud, tales como la tuberculosis y la salud materna (16-18).

**Gráfico 2: Pasos OPERA**



Fuente: Elaboración propia a partir de Center for Economic and Social Rights (2012). The OPERA Framework Assessing compliance with the obligation to fulfill economic, social and cultural rights.

## **Análisis de las barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama en el Perú y su relación con la inversión pública en salud**

Como se ha sido señalado, este análisis se basa en dos tipos de cáncer: el de cuello uterino y el de mama.

El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix. La enfermedad se manifiesta a través de lesiones que son de lenta y progresiva evolución. Cuando las lesiones progresan, pueden pasar a convertirse en cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o en un cáncer invasor o infiltrante, que es cuando las células cancerosas traspasan la membrana basal del cérvix. El cáncer in situ, al ubicarse por encima de la membrana basal, en la que no hay vasos sanguíneos, no puede ramificarse por el organismo. En cambio, el carcinoma invasor o infiltrante, al disponer de vías sanguíneas y linfáticas, tiene la capacidad de extenderse hacia cualquier órgano y de generar metástasis. Normalmente las lesiones y los carcinomas in situ no dan síntomas, por lo que se les detecta a través de técnicas de diagnóstico precoz (como el Papanicolaou) que se aplica a personas aparentemente sanas.

El cáncer de mama, por su parte, se forma en los tejidos del seno (mama). Generalmente se origina en las células de los lobulillos (las glándulas productoras de leche) o en los conductos (es decir, las vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón). El cáncer de mama invasivo es el que se expande desde el sitio donde empezó, en los conductos mamarios o lobulillos, hasta el tejido normal circundante. Este tipo de cáncer se presenta tanto en hombre como en mujeres, aunque es menos frecuente en los primeros.

A continuación, se presenta el análisis de la situación de estos dos tipos de cáncer en el Perú.

### **Paso 1: Resultados**

El primer paso permite presentar el estado de la cuestión. En el caso de las dos enfermedades objeto de este estudio, se ha recopilado información relacionada a la morbilidad, mortalidad y cobertura de pruebas de detección y diagnóstico.

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en el Perú, con 1,573 casos nuevos detectados en el 2017 (20.9% del total de casos de cáncer reportados ese año) (3). Este cáncer es la primera causa de muerte por cáncer en el grupo de mujeres entre 15 y 44 años (19, 20). Las tasas de mortalidad del cáncer de cuello uterino en el Perú están por encima del promedio regional (ver Tabla 4). Según datos del Ministerio de Salud, alrededor de 3 de cada 10 de las mujeres diagnosticadas con esta dolencia (36%), mueren anualmente (2). Esta tasa de mortalidad está por encima de la que se registra en países de la región con niveles de ingreso similares, como Colombia (21). Además, la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú varía según lugar de residencia, siendo mayor en la zona rural que en la zona urbana (12.5 y 12 por 100 mil habitantes respectivamente) (20). La mortalidad es mayor también en la región de la selva que en la sierra y la costa (24, 12 y 10 por 100,000 habitantes respectivamente) (20), siendo los departamentos de Loreto, Huánuco, Madre de Dios y Ucayali los que presentan mayores tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país (20).



**Tabla 4: Mortalidad por cáncer de cuello uterino Perú (estimados para el 2012)**

	Perú	América del Sur	Mundo
<b>Número de muertes anuales</b>	1,898	19,374	265,672
<b>Tasa de mortalidad cruda</b> (Tasa por 100,000 mujeres)	12	9.5	7.6
<b>Tasa de mortalidad estandarizada según edad</b>	12	8.6	6.8
<b>Riesgo acumulado a los 75 años de edad</b> (Riesgo de los individuos de morir de la enfermedad entre 0- 74 años. Es expresado como el % de los recién nacidos proyectados)	1.3	0.9	0.8

Fuente: Bruni, L., et al. (2017). Human Papillomavirus and Related Diseases in Peru. Summary Report 27 July 2017., ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Infor). p 15.

Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, P. y. C. d. E. (2018). Análisis de las Causas de Mortalidad en el Perú, 1986-2015. Lima, Ministerio de Salud.

La alta mortalidad del cáncer de cuello uterino en el Perú es el resultado de una serie de factores estructurales, incluyendo algunos relacionados con el sistema de salud, como la falta de recursos humanos capacitados, la infraestructura inadecuada (pocos centros de tratamiento), las bajas coberturas de tamizaje y la demora en la entrega de resultados (2, 22).

Estos factores estructurales contribuyen al diagnóstico tardío y a las demoras en el inicio del tratamiento. Si bien ha aumentado el número de mujeres que acceden a tamizajes de cáncer de cuello uterino<sup>5</sup>, pasando de 55.3% en el 2014 a 62.8% en el 2017, aún estamos por debajo de países de la región con ingresos similares, como Colombia, donde esta proporción es de más de 70% (21). En el 2017, pese a ser el tamizaje de cáncer de cuello uterino un examen que se debe ofrecer de forma regular en los establecimientos de salud, sólo el 28.9% de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino del 2017 fueron detectados a través del tamizaje(3).

Al igual que en el caso de la mortalidad, existen diferencias regionales en el acceso a tamizajes de cáncer de cuello uterino. En el 2017, el 69.3% de las mujeres reportaba haberse realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años. En la zona rural, sólo el 56% lo había hecho. También es significativo el que no todas las mujeres que se realizan las pruebas reciban sus resultados. De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a nivel nacional, el 83,3% de mujeres que se ha realizado la prueba del Papanicolaou en los últimos tres años conoce su resultado. En el área urbana esta proporción sube a 85.4%, mientras que en el área rural el porcentaje alcanza el 73.4%(23).

Además, en el Perú, sólo el 10% de los casos son diagnosticados en el estadio I de la enfermedad, que es cuando la tasa de curación llega al 90% (2).

En el 2017 fueron detectados 726 casos de cáncer de mama en mujeres (3). Se estima que la tasa de mortalidad por esta neoplasia es de 9.2,(24) similar a la de países como Colombia. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, existen diferencias según región de residencia. Además, en el caso del cáncer de mama, la etnia también parece ser un

<sup>5</sup>Porcentaje de mujeres entre 30 y 59 años de edad que han pasado un examen de tamizaje en los últimos 3 años (Papanicolaou y la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)).

factor que influye en la mortalidad. Estudios demuestran que las mujeres indígenas de la selva están más propensas a sufrir más jóvenes de cáncer de mama, incluyendo las formas más agresivas de la enfermedad (como el cáncer de mama triple negativo) (25), lo que demuestra la necesidad e importancia de contar con información desagregada según grupo étnico.

La mamografía es la principal herramienta diagnóstica del cáncer de mama. En el 2017, 17.1% de las mujeres entre 40 y 59 años se había realizado una mamografía en los últimos 24 meses. Este porcentaje representa un aumento en relación a los dos años anteriores. En Lima Metropolitana, en el 2017, 25.7% de las mujeres entre 40 y 59 años se había realizado una mamografía en los últimos 24 meses, pero este porcentaje representa un descenso en función al 2016, año en el que el 29.6% de las mujeres reportó haber pasado por el examen. En el caso de la selva, esta proporción sólo llega al 9.4% y en la zona rural al 4.8%(23).

La baja cobertura de mamografía puede estar contribuyendo al diagnóstico tardío de la enfermedad. Se estima que, en el Perú, un 53.7% de los casos diagnosticados anualmente se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad (III y IV). En el 2017, sólo el 3.1% de los casos nuevos de cáncer de mama fueron detectados a través de mamografías de tamizaje(3).

La información disponible del Ministerio de Salud (MINSA) y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) permite concluir que, si bien se han alcanzado algunos avances en cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino y de mama, el Perú tiene que mejorar en su capacidad para el diagnóstico temprano y oportuno de estas enfermedades. Pese a que estudios señalan que la etnia, la situación de aseguramiento y el lugar de residencia son variables que influyen en el acceso al diagnóstico y al tratamiento, los datos producidos por estas instituciones (MINSA e INEI) no se encuentran desagregados según estas variables.<sup>6</sup> Los datos de morbilidad y mortalidad tampoco pueden ser desagregados según lugar de residencia (urbano/rural), etnia, ni tipo de aseguramiento. Para evaluar los avances en el control y prevención del cáncer, incluyendo el impacto del SIS y del Plan Esperanza, es importante que los datos producidos desde el Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadística Informática (como por ejemplo la ENDES) incluya este tipo de información, para poder cruzarla con datos como entrega de resultados, acceso a tamizaje, acceso a información sobre cáncer y virus de papiloma, entre otros. Las encuestas deberían, además, brindar información sobre dónde se han hecho las pruebas de tamizaje (proveedor de servicios de salud privado o público, así como tipo), así como si pagaron por los exámenes, para cruzar esta información con tipo de aseguramiento y/o lugar de residencia.

## Paso 2: Políticas

La sección de políticas inicia haciendo una descripción del marco legal peruano en relación al derecho a la salud y, en específico, a: 1) derecho de las personas con enfermedades oncológicas, y 2) derecho de los pueblos indígenas. La descripción de este marco legal es esencial para presentar las políticas en salud que deben estar alineadas con él.

<sup>6</sup>Ver, por ejemplo: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles Lima, o Boletines epidemiológicos producidos por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA.

Luego, se describe brevemente la organización del sistema de salud peruano, para después tratar el Seguro Integral de Salud (SIS), su organización y funciones. Incluir la descripción del SIS en este estudio no es casual. Como se verá más adelante, el SIS es el mayor asegurador de la población pobre en el Perú (ver Tabla 2) y es pieza clave en la implementación del Plan Esperanza, una de las políticas públicas más importantes para la prevención y atención del cáncer en el Perú. Justamente, la descripción de este Plan se introduce luego de la presentación del SIS, al desarrollar lo referido a las políticas de prevención y lucha contra el cáncer.

El análisis de todos estos elementos se hará según los principios de derechos humanos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, y calidad (26).

### **Marco legal**

La Constitución Política del Perú de 1993 se caracteriza por un desarrollo limitado de los derechos fundamentales. Reconoce el derecho a la identidad étnica y cultural como un derecho fundamental (Artículo 2) y establece la obligación del Estado de respetar la identidad cultural de las comunidades indígenas (Artículo 89), lo que brinda una base legal para solicitar la garantía de servicios de salud culturalmente apropiados.

Además, la Constitución de 1993 establece que los tratados internacionales forman parte de la legislación nacional (Artículo 55), brindándoles así un rango constitucional (27). La Cuarta Disposición Final y Transitoria establece que “las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos sobre las mismas materias ratificados por el Perú” (28).

A nivel internacional, varios instrumentos del derecho internacional reconocen el derecho a la salud. El párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala (en el párrafo 1 del artículo 12) que los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce en el artículo 10 el derecho a la salud.

En cuanto al derecho a acceder tratamiento oncológico, si bien no existe un pacto internacional dedicado específicamente a este tipo de enfermedades, la Observación General N° 14 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas establece que “la lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas”. Esto quiere decir que es responsabilidad de los Estados recabar información desagregada, y garantizar el acceso al tratamiento de enfermedades como el cáncer.

La Observación General N° 14 describe, además, cuatro elementos centrales del derecho a la salud: la disponibilidad, la accesibilidad (geográfica, financiera y a la información), la aceptabilidad y la calidad.

Sobre la exigibilidad del derecho a la salud, el Tribunal Constitucional peruano (TC) ha vinculado el derecho a la salud con otros fundamentales como el derecho a la vida y el derecho a la dignidad<sup>7</sup>. La jurisprudencia del TC ha establecido que el derecho a la salud contiene el derecho a gozar de salud física y mental, y que esto incluye intervenciones tanto para mantener la salud, como para recuperarla<sup>8</sup>.

La conexión entre el derecho a la salud y el derecho a la vida hecha por el TC a través su jurisprudencia, en la práctica convierte al derecho a la salud en un derecho fundamental, lo que permite su exigibilidad por la vía judicial (29).

En el campo de las regulaciones, la Ley General de Salud del Perú reconoce la protección de la salud como un elemento de interés público y responsabilidad pública del Estado (30).

### **Organización del sistema de salud peruano**

Como muchos sistemas de salud de América Latina, el sistema de salud peruano es un sistema fragmentado, compuesto por una serie de instituciones organizadas de acuerdo al estatus de empleo individual, y de la capacidad de pago de la población. Este sistema está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSA); el sistema de seguridad social (ESSALUD), destinado a personas con empleo formal y en planilla; los servicios de salud para la Policía y las Fuerzas Armadas; seguros y proveedores privados; y las instituciones sin fines de lucro.

El MINSA es el ente rector del sector, encargado del diseño de políticas y normas. En el 2013, en el marco de la reforma del sistema de salud, se creó la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), para supervisar a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas, así como a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas y mixtas. SUSALUD está adscrito al MINSA y el superintendente es designado por el MINSA.

En el caso de los servicios de salud destinados a atender a la población indígena amazónica, en el 2001, el Plan de Acción para los Asuntos Prioritarios establecido en el D.S. 15-2001-PCM, propuso la necesidad de “Construir un sistema intercultural de salud y ampliar la cobertura de la salud pública entre las comunidades nativas”. Con el objetivo de elaborar un Plan Integral de Salud, basado en el análisis situacional de la salud en poblaciones indígenas, en febrero del 2004 se estableció la Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica, presidida por el ministro de salud. La comisión elaboró un “Plan Nacional de Salud Para Pueblos Indígenas Amazónicos” que fue elevado al despacho ministerial. Entre otros puntos, este Plan planteaba “adecuar culturalmente el sistema de salud pública en estos pueblos, para mejorar los desfavorables indicadores de salud y nivelarlos al menos en relación al promedio nacional”. En el 2004 se creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y, con el cambio de la estructura del MINSA, las estrategias

<sup>7</sup>Ver, por ejemplo: STC-2002-2006 PC/TC.

<sup>8</sup>Decisiones 2945-2003-AA, STC-2002-2006 PC/TC.

pasaron a ser direcciones. A inicios del 2017, el MINSA al modificar su Reglamento de Organización y Funciones (ROF), eliminó la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios. Debido a las presiones desde la sociedad civil que llegaron a entablar una demanda,<sup>9</sup> el MINSA retrocedió en la decisión reincorporando en abril del 2017 la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. La Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios tiene a la fecha entre sus funciones formular las intervenciones estratégicas e implementar políticas de prevención, control y reducción de los riesgos y daños a la salud de esta población.

Sin embargo, la creación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y la posterior creación de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios no han conseguido generar, a la fecha, la adopción de un enfoque intercultural integral en los servicios de salud. Por ahora sólo se han desarrollado algunas guías de atención con enfoque intercultural para algunas enfermedades y condiciones de salud, sobretodo en el campo de la salud materna.

### ***El Seguro Integral de Salud***

El Seguro Integral de Salud (SIS) fue creado en el año 2002, en base a dos programas existentes: el seguro Escolar y el Seguro Materno Infantil. El objetivo original del SIS fue brindar protección financiera a la población que no contaba con un seguro de salud; en su mayoría, población pobre que suele utilizar los servicios de salud públicos de la red del MINSA.

La afiliación al SIS es gratuita y se hace a través del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), que permite identificar a población en situación de pobreza (es decir, a la población con derecho a acceder al SIS gratuito). Si las personas no se encuentran en situación de pobreza y no cuentan con otros seguros de salud, pueden acceder a otros esquemas ofrecidos por el SIS y que exigen un pago mensual (el SIS emprendedor, por ejemplo, para aquellos trabajadores que se encuentran registrados en la categoría 1 del Nuevo Régimen Único Simplificado, o el SIS independiente).

Pese a que algunos de los asegurados del SIS realizan pagos mensuales, es el Estado el que – con recursos ordinarios – financia la mayor parte del SIS (99% en el 2016). Esta distribución del financiamiento responde a la distribución de los asegurados. Por ejemplo, a octubre del 2016, el 99.3% de los afiliados al SIS estaba afiliado al régimen gratuito (31).

En el caso de los pueblos indígenas de la Amazonia peruana, hasta el año 2014, muchos indígenas no podían acceder ni al SIS ni a otros programas sociales gubernamentales, básicamente como consecuencia de barreras administrativas (por ejemplo, pedido de copias de partidas de nacimiento, certificados de residencia, entre otras). Para solucionar este problema, el gobierno peruano emitió en octubre de 2014 un paquete de decretos ejecutivos ordenando, entre otros puntos, que todos los habitantes de las comunidades indígenas amazónicas se clasificaran como población que vive en la pobreza extrema y, en consecuencia, como beneficiarios de programas sociales y del SIS.

---

<sup>9</sup>La Confederación Nacional Agraria (CNA), la Organización Nacional de Mujeres Indígenas, Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP), la Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO), la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana del Norte del Perú (Orpian-P)

## Funciones y Organización del SIS

El SIS es un Organismo Público Ejecutor (OPE) con autonomía económica y administrativa, pero que depende funcionalmente del Ministerio de Salud (MINSA). De acuerdo a la estructura del sector salud, el SIS es supervisado por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). El SIS es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública, pues fue creada con la misión de administrar los fondos de financiamiento de las prestaciones de salud. Según su Reglamento de Organización y Funciones, el SIS tiene entre sus funciones, brindar las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, así como aquellas atenciones referidas a las enfermedades de alto costo y a la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas y las que se establezcan por ley, correspondientes al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Para lograr esto, el SIS puede establecer convenios con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas (como ESSALUD), mixtas y privadas para la compra de servicios de salud. Como Organismo Público Ejecutor, el SIS establece las tarifas y métodos de pago, los cuales deben estar reflejados en los convenios con las IPRESS.

En cuanto a su organización, el SIS cuenta con una Alta Dirección, compuesta por la Jefatura del SIS y la Secretaría General. La jefatura concentra funciones, tales como la suscripción de convenios con las IPRESS, así como la de proponer al Ministerio de Salud normas relacionadas con el SIS. La Alta Dirección tiene bajo su jefatura órganos de defensa jurídica, asesoramiento, de apoyo, de línea y también órganos desconcentrados.

El SIS cuenta, además, con un Órgano de Control Institucional (OCI). Este órgano de control supervisa los actos y operaciones efectuadas por el SIS. En caso detecte fallas, puede indicar medidas correctivas, además de supervisar el cumplimiento de estas u otras medidas establecidas por la Contraloría General de la República.

## *El Plan Esperanza y la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer*

Desde inicios de los años 2000 se han venido desplegando en el Perú una serie de iniciativas destinadas a incrementar la cobertura de diagnóstico y atención de las enfermedades oncológicas. En el 2003, se elaboró un documento diagnóstico que identificaba la necesidad de descentralizar los servicios oncológicos en el país (10). En el 2006, la Coalición Multisectorial "Perú contra el Cáncer", en la que participa el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la Fundación Peruana de Cáncer, la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú, el Centro Médico Naval CMST, el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, entre otras instituciones, publicó su Plan Estratégico 2006-2016, colocando como visión lograr que para el 2016 el Perú esté libre de cáncer avanzado, y que se cuente en el país con servicios de calidad para el control del cáncer (32). En el 2007, siguiendo las recomendaciones del diagnóstico de 2003 y las observaciones del Plan Multisectorial, se inauguraron las sedes macro-regionales del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en La Libertad y Arequipa. Ese mismo año se aprobó el Plan Nacional para el Fortalecimiento y Control del Cáncer en el Perú.

---

y el Instituto de Defensa Legal del Ambiente y el Desarrollo Sostenible Perú (IDLADS Perú) presentaron una demanda de acción popular ante el poder judicial exigiendo la restitución de la dirección.

En el 2009, el Estado peruano decidió que el Aseguramiento Universal en Salud incluya la cobertura a los cinco tipos de cáncer de mayor incidencia en el país. En el 2012, con el objetivo de mejorar el financiamiento de las actividades de prevención, diagnóstico y atención del cáncer, el Ejecutivo declaró de “interés nacional” al tratamiento integral del cáncer (Decreto Supremo 009-2012-SA), medida que permitió la creación y financiamiento del Plan Esperanza ese mismo año. A la fecha, el Plan Esperanza es el mayor seguro oncológico del país, con 16,187,308 afiliados (asegurados del SIS). Este Plan se diseñó con el objetivo de mejorar a nivel nacional el acceso a la detección temprana y al tratamiento oncológico para la población más pobre. El Plan Esperanza es financiado a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) que da fondos adicionales al sector salud para brindar la atención de enfermedades de alto costo. Estos fondos permiten al Estado peruano financiar servicios “de consejería, prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, estudio de detección de enfermedad, tratamiento y cuidado paliativo (mejora de la calidad de vida) a nivel nacional para los afiliados al SIS” (33). Actualmente, cubre 7 tipos de cáncer de alta incidencia en el país: cuello uterino, mama, estómago, colón, próstata, linfomas y leucemias (33).

Además del Plan Esperanza, existen en Perú otros seguros, que brindan protección contra el cáncer. Entre estos desatacan el Seguro Social en Salud (ESSALUD), que cubre principalmente a aquellas personas con empleo formal (es decir en planilla de pagos), a las que les brinda una atención oncológica integral. Las Fuerzas Armadas (Ejército, Fuerza Aérea y la Marina) cuentan con seguros oncológicos contributivos (seguros complementarios ONCOEP, ONCOFAP y ONCONAVAL) para los dependientes de sus asegurados.

En el caso del sector privado, una de las aseguradoras privadas más importantes es ONCOSALUD (prepagas), que cuenta con unos 840,000 afiliados. De acuerdo a ONCOSALUD, en el año 2017 atendieron a 97,000 personas.

Todos estos seguros (públicos y privados) cubren los siete tipos de cáncer priorizados por el Plan de Aseguramiento Universal de Salud (es decir, de mama, cuello uterino, colón, próstata, estómago, leucemias y linfomas) y que también son cubiertos por el SIS. Sin embargo, la variedad de servicios que se ofrece a los asegurados depende de cada aseguradora, siendo ESSALUD y el SIS los que formalmente ofrecen los seguros más completos.

El límite de la cobertura de los seguros no es un tema secundario, sobre todo para una enfermedad como el cáncer que es considerada de alto costo. El impacto económico del cáncer es un tema de preocupación global. De hecho, desde hace varios años, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen que un objetivo de la cobertura universal en salud es garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios que necesitan (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), sin tener que correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento (34).

Se estima que, en Perú, el costo, sólo en medicamentos, del tratamiento con trastuzumab para el cáncer de seno HER avanzado y metastásico (18 ciclos) es de 83,706.40 soles (90 remuneraciones mínimas vitales). En el caso del erlotinib, medicamento utilizado para



tratar cáncer de pulmón (metastásico), el costo anual por persona (sólo medicamento) asciende a 79,967.85 soles (equivalente a 85 remuneraciones mínimas vitales).

Si bien la focalización del SIS en la población más pobre del país se basa en un principio de equidad, en el caso de cáncer, la falta de seguros públicos gratuitos y el alto costo de la enfermedad puede llevar a familias (en principio no pobres) a la pobreza. Además, la diferencia entre los seguros hace que muchas personas en el Perú se encuentren marginadas de los servicios y cuidados que, según el Plan Nacional para el Fortalecimiento y Control del Cáncer en el Perú, deberían recibir.

**Tabla 5: Diferencias en las coberturas de los seguros oncológicos**

Cobertura	SIS Gratuito	ESSALUD	ONCOSALUD PLUS	ONCOFAP	ONCOEP
Costo mensual	No	No, paga empleador	Depende de la edad, un niño de 4 años paga 30 soles al mes un adulto de más de 40, el costo está por encima de 100 soles al mes	10 soles grupo familiar	35 soles al mes por grupo familiar
Límite Edad Afiliación	No	No	60 años (Oncoplus Master 70 años)	Sí, hijos mayores de edad.	Sí, hijos mayores de edad.
¿Cubre transplante de médula osea?	Sí	Sí	Sí	No	No indica
¿Cubre cuidados paliativos?	Sí	Sí	Sí	No	No indica
¿Cubre transporte?	Sí	Sí	Sí (con límite, 1 pasaje aéreo al año para el paciente)	No indica	No

### **Implementación de la Política de Prevención y Control del Cáncer bajo los principios de derechos humanos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad**

De acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la Dirección de Prevención y Control del Cáncer de la Dirección General de Intervención Estratégicas en Salud Pública es el órgano encargado de la conducción del Programa Presupuestal 0024 "Prevención y control del cáncer". Este programa presupuestal debe garantizar la entrega de los recursos necesarios para la implementación de la política nacional de prevención y control del cáncer, incluyendo los servicios contemplados en las guías y protocolos de atención creados por el Ministerio de Salud.

El programa presupuestal 0024 contiene cuatro tipos de actividades que, en conjunto, garantizan la implementación del programa integral de Prevención y Control del Cáncer. Estas son: promoción y prevención primaria, detección temprana y tamizaje, diagnóstico, estadiaje y tratamiento; y cuidados paliativos. A continuación, se analiza la implementación de cada uno de estos tipos de actividades.

## **1. Promoción y prevención primaria**

Tienen como objetivo reducir o eliminar la exposición a los factores causantes de cáncer, que incluyen los carcinógenos ambientales y los factores de estilo de vida relacionados con la nutrición y la actividad física. En este rubro se incluyen actividades referidas a la inmunización, al tratamiento de los agentes infecciosos que causan ciertos tipos de

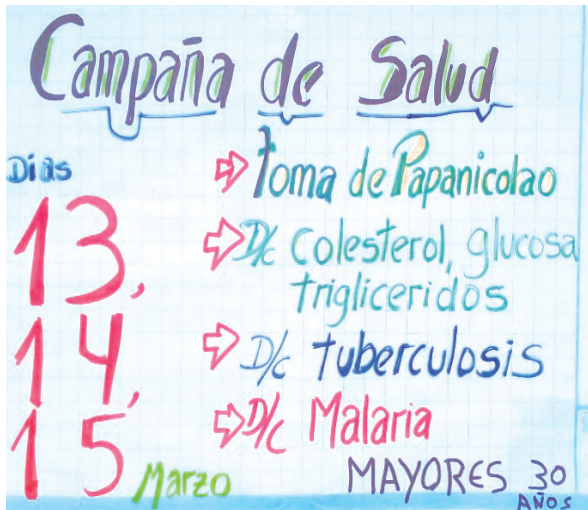


cáncer, al uso de los programas de control del tabaco, a la reducción del consumo excesivo de alcohol, a la intervención nutricional y la intervención farmacológica (4).

En el caso del cáncer de cuello uterino, además de las campañas de información, la promoción y prevención primaria incluye también la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, que es la aplicación de una vacuna tetravalente para los tipos VPH 16, 18 (que causa la mayoría de casos de cáncer cervical en el Perú) y la VPH6, 11, que se asocia a verrugas genitales. Estas vacunas son distribuidas de manera gratuita desde el 2011 por establecimientos de salud públicos de todo nivel. Sin embargo, los profesionales de salud reconocen que no se entrega información adecuada a todas las usuarias. Por ejemplo, en el caso de las campañas, la consejería se hace de forma grupal, y cuando las atenciones son individuales, el personal de salud no suele verificar que la usuaria haya comprendido.

Sobre la cobertura de vacunación, no hay datos desagregados sobre las brechas de vacunación, ni sobre cuántas niñas reciben las dosis completas<sup>10</sup>. Pese a que la vacuna se entrega de forma gratuita desde el 2011 a niñas de nueve años a más, la ENDES no recoge información sobre cobertura de vacunación. Por otro lado, la información del MINSA muestra datos globales de cobertura según departamento<sup>11</sup>, pero no tiene información sobre cuántas niñas han recibido las dosis completas, ni información desagregada por lugar de residencia, condición de aseguramiento, o etnia.

Información del Ministerio de Salud (35) muestra que las actividades que tienen que ver con información, trabajo de consejería y acciones extramurales (como, por ejemplo: municipios saludables que promuevan la prevención de cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, pulmón, recto hígado, leucemia, linfomas, piel y otros; o familias saludables, con información para prevención de cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, pulmón, recto hígado, leucemia, linfomas pile y otros) presentan bajos niveles de ejecución.



**Cartel en Comunidad del Río Tambo, Satipo, Junín, mostrando el tipo de campañas de salud organizadas por el personal de salud.**

Crédito de la fotografía: Ana Luisa Burga

<sup>10</sup>A partir de enero del 2018 son 2 dosis en lugar de 3.

<sup>11</sup>Ver: <http://apps.salud.minsa.gob.pe/vacunometro/vph/mapa/mapvacunaregion2.aspx>

La información recogida en los establecimientos de salud de Lima y Satipo confirman estos resultados. En general, las actividades de promoción y prevención primarias, como charlas informativas y consejerías no son priorizadas por el sector salud. En los establecimientos de salud, los trabajadores y trabajadoras perciben que este tipo de acciones no son importantes, o que no requieren de mucha competencia, dejándose la responsabilidad, en muchos casos, en el personal técnico o de enfermería. No existen indicadores sobre la calidad de la información entregada, ni sobre los niveles de comprensión de dicha información.

Uno de los factores que puede explicar, al menos parcialmente, estos resultados, es la dinámica que se ha insertado en el sistema de salud, y que los trabajadores de salud describen como una “necesidad” y/o “presión” por responder a metas e indicadores numéricos, lo que lleva en muchos casos a que se opte por sacrificar la calidad de la atención.

*“La gran mayoría de los profesionales de las estrategias nos hemos avocado en las metas que cumplir y estamos pensando en números, números, números que tengo que llegar a cumplir, y nos hemos olvidado un poco de trabajar la parte más de calidad, del paciente, de concientizar” (Entrevista a personal de salud, Satipo, abril de 2018).*

Existe en el personal de salud la presión por cumplir con las metas, pues son éstas las que se usan para evaluar su desempeño, con lo que – a fin de cuentas – son indispensables para conservar su puesto de trabajo.

*“El no cumplimiento de esas metas, si eres personal contratado, nombrado... lamentablemente te dicen hasta aquí nomás” (Entrevista a personal de salud, Satipo, abril de 2018).*

Para el personal de salud, la exigencia del MINSA de llenar muchos formularios (es decir, la carga administrativa), hace que se termine sacrificando la atención. Hemos encontrado casos en los que esta carga ha obligado a que el personal de salud opte por cerrar un día la atención al público (y sólo dejar la atención de emergencias).

La falta de personal de salud (es decir, la disponibilidad de recursos humanos capacitados), se ha mencionado también como un factor que limita el trabajo en la comunidad (o extramural). Estas condiciones laborales crean frustración entre el personal de salud, que siente que – desde las autoridades – se les exige priorizar lo administrativo por encima de la atención a las personas.

*“Muy poco personal, sí. Porque hay veces, cuando se baja la entrega de información, se queda un personal o dos. No se le puede dar la calidad de atención que la población necesita, porque no te alcanza el tiempo, porque ahora se ha vuelto más administrativo que la atención al paciente” (Entrevista a personal de salud, Satipo, abril de 2018).*

La responsabilidad de informar a la comunidad sobre las campañas de salud recae sobre todo en el personal de salud técnico y en los promotores.

En general, hemos encontrado que no existe un sistema que permita medir la calidad de la información sobre el cáncer y que garantice el acceso a actividades de promoción y

prevención. Para el Ministerio de Salud, la limitada y no estandarizada oferta de servicios de salud preventivos; es decir, la pobre oferta de servicios (disponibilidad), constituye una barrera para el acceso a la información y para el tratamiento adecuado.

Pese al limitado trabajo de información y educación en las comunidades, hemos encontrado que - tanto en las comunidades de zonas rurales, como en las zonas urbanas - las mujeres cuentan con cierta información sobre la necesidad de hacerse de forma regular exámenes como el Papanicolau, e identifican la importancia de la detección temprana del cáncer de mama.

*“Cáncer de mamas cuando está de principio hay, pero cuando está avanzado ya no puedes, morir te espera tu muerte”. (Entrevista grupal a usuarias de servicios de salud, Satipo, abril de 2018).*

**Facilitador: “Y ustedes, ¿en algún momento han sospechado que pueden tener enfermedades de transmisión sexual, o han escuchado alguien que dice me está doliendo, voy a ir, no vaya ser que me haya contagiado o mi esposo me ha contagiado?”**

*Participantes: “Nosotros nos vamos a la posta cada año para hacer un Papanicolaou”*

**Facilitador: “¿ustedes se han hecho todas Papanicolau? ¿y qué han salido el resultado?”**

*Participantes: “Si nos vamos todas, nada, algunos salen negativo, algunas tienes infecciones”*

**Facilitador: “¿todas las mujeres van?”**

*Participantes: “Solo los que están en una lista, ellas se van, por ejemplo, yo cuando voy y me examina y estoy normal, y no tengo nada, si no estamos con heridas” (Entrevista grupal usuarias de servicios de salud, Satipo, abril de 2018).*

No encontramos en nuestras visitas a los establecimientos de salud en las zonas rurales que exista información en lengua asháninca. La gran mayoría del personal de salud que trabaja en la zona rural del Río Tambo no habla la lengua de las usuarias y tampoco ha sido capacitada en aspectos relacionados a un enfoque intercultural. Las mujeres perciben que el personal de salud rechaza y desprecia el conocimiento indígena con respecto a las enfermedades y sus tratamientos.

## 2. Detección temprana y tamizaje

El objetivo principal de este tipo de intervenciones es la detección de un cáncer en una etapa en la que el tratamiento curativo sea posible, para así reducir la mortalidad por cáncer. Estas intervenciones incluyen el acceso a procedimientos diagnósticos eficaces.

En el caso del cáncer de cuello uterino, la detección temprana se hace según la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino, a través del Papanicolau (PAP), Inspección visual con ácido acético (IVAA) o Pruebas moleculares de

VPH. Una de las mayores barreras para la aplicación de las pruebas es la falta de personal capacitado. Un estudio realizado en Lima con médicos trabajando en el Servicio Rural y Urbano marginal de Salud (SERUM), muestra que sólo el 56.7% de los SERUM en establecimientos del MINSA se siente capacitado para realizar un IVAA, que es la prueba menos invasiva y más barata (36). De hecho, según datos del MINSA, existe una brecha de 4,563 profesionales de salud en el nivel I-2 a I-4 para el tamizaje con IVAA (2), aunque hay que señalar que esta brecha se calcula en base a totales poblacionales y no considera factores como la accesibilidad geográfica, ni tampoco toma en cuenta la necesidad de capacitación e información en enfoque intercultural. La falta o escasez de insumos y equipos es otra barrera para que el personal de salud realice las pruebas de tamizaje (2).

La ausencia de un sistema para el recojo de muestras y entrega de resultados hace que exista gran disparidad en el acceso a las pruebas y resultados (sobre todo en el caso de Papanicolaou) entre zonas urbanas y rurales. El sistema actual depende y pone la responsabilidad en el personal de salud y su capacidad de transportar las muestras al laboratorio. El Ministerio de Salud no brinda las condiciones adecuadas para el traslado de las muestras, ni los recursos requeridos para un envío regular desde los puestos y centros de salud a los laboratorios, lo cual, como lo describen los testimonios que se muestran a continuación, generan amplios retrasos en la entrega de resultados.

*“Resultado mes, mes y medio depende la distancia, las muestras de los puestos más alejados, entregan una vez al mes, ellos mandan el 15 a Huancayo, análisis demora 10, 15 días, más o menos, 2 meses. Los más cercanos todos los viernes mandan la muestra a Huancayo, máximo 1 mes”. (Entrevista a personal de Salud Satipo, abril 2018).*

**Entrevistada:** *“Actualmente, después de todo lo que, la documentación, al menos en mi red hemos estado enviando documentos, por tal motivo, porque como le decía, han enviado documentos diciendo, tal obstetrix, tal centro ha enviado su Papanicolaou después de los ocho días, entonces a raíz de eso hemos hecho sustentación y hemos firmado documentos por qué motivo ha pasado eso. A raíz de eso, el día martes ha llegado una camioneta a mi red diciendo que todos los martes van a recoger de todos los establecimientos de la red que tienen Papanicolaou de acá. Pero los martes es ocho días, entonces igual va ser el problema, entonces esperamos a los ochos días, pero al tercer, cuarto día tenemos que correr o enviar”.*

**Entrevistadora:** *“¿Guardan las muestras en el establecimiento?”*

**Entrevistada:** *“No tenemos para guardar porque nosotros tenemos que agenciarnos el secado y guardar las láminas por si a veces... a mí me ha pasado que hay trabajadores que traen buenamente las muestras, pero en el camino se les quiebra todo. Entonces nosotros hemos pedido que nos compren una cajita, aunque sea de tecnopor o algo, y si no es, muchas de nosotras lo compramos. Porque pasa eso de que veces nos falta algún material y nosotras mismas tenemos que agenciarnos” (Entrevista a personal de salud, Lima, mayo 2018).*

Las usuarias del MINSA reportan que los resultados demoran en llegar meses. Algunas describen situaciones extremas en las que los resultados nunca llegaron, demoraron hasta un año, manifestando en ocasiones que hasta han tenido que pagar 5 soles para que sus resultados les sean entregados en menos tiempo.

*“A veces ya estás muriéndote (risas), así es. Por ejemplo, una vez yo me hice mi Papanicolau... y nunca me llegó el resultado” (Entrevista a usuaria, Satipo, mayo de 2018).*

*“Cuando por campaña me he hecho, por SIS me he atendido peor no me han entregado, así 8 meses, casi al año me han entregado... Si 5 soles, pagas al mes, 15 días te llega tu resultado”. (Entrevista a usuaria, Satipo, mayo de 2018).*

Ante las demoras y la burocracia ligada a la entrega de resultados (tiempos de espera), en algunos casos las usuarias del SIS que tienen disponible un proveedor privado en sus localidades acuden a él, realizando un gasto por un servicio al que tienen derecho en tanto afiliadas al SIS.

*“Pero después me hice en particular, para infección urinaria, así. En la posta me salió negativo, que no tenía, que el PH, que todo así, pero después me fui a particular, porque la señorita me rechazó por un número, que tenía que poner el número de la historia no sé qué cosa... hay yo no me voy hasta allá para ver y me fui a particular” (Entrevista a usuaria, Lima, junio de 2018).*

En el caso de las mujeres afiliadas a ESSALUD, los resultados les son entregados en la “siguiente cita”; es decir, la entrega de los resultados depende de la asegurada, quien debe sacar una segunda cita. Hay que señalar que esta segunda cita no se da de manera inmediata, por lo que deben esperar por sus resultados al menos un mes. El tiempo de espera por el resultado de las pruebas de tamizaje, pese a ser un dato de calidad de atención, no es un dato que se recoja, ni reporte en las encuestas sobre acceso a pruebas de tamizaje.

En los servicios privados, las mujeres entrevistadas manifestaron que, si ellas no van a solicitar los resultados (de las pruebas que a veces se dan como parte de los llamados “chequeos anuales”, estos no les son entregados.

Esto muestra que, tanto en los establecimientos del MINSA como de ESSALUD y los privados, la entrega de resultados no tiene previsto un sistema para contactar a las usuarias. Son ellas las que tienen que acudir al establecimiento a consultar por los resultados, asumiendo en su totalidad los gastos que eso conlleva en términos de tiempo y transporte. Las mujeres que se atienden en ESSALUD tardan un promedio de 139 horas con 39 minutos para la programación de una cita de salud. Las mujeres que se atienden en establecimientos del MINSA, 20 horas con 49 minutos. En cuanto al tiempo que demoran para acceder a los establecimientos, en el caso de las aseguradas de ESSALUD, el promedio es de 27 minutos, mientras que entre las usuarias del MINSA es de 30 minutos (37).

El tiempo de espera en los establecimientos es señalado por las usuarias como una barrera importante para el acceso a los servicios de prevención y detección de cáncer. Las usuarias refieren que los servicios de primer nivel de atención están hacinados y que, para lograr una cita, se tiene que acudir desde muy temprano.

*“Tengo que ir temprano a sacar cita, ellos dicen que a partir de las 7:30, pero hay personas que llegan antes, tengo que ir a las 5:00, 5:30” (Entrevista a usuaria, Lima, junio 2018).*

Es importante tomar en cuenta que las mujeres, además de trabajar fuera de sus hogares, muchas veces están ocupadas en las mañanas preparando a sus hijos para ir a la escuela, y en otras actividades domésticas. En el caso de mujeres que trabajan en los rubros de comercio de comida o venta ambulatoria de periódicos, sus jornadas suelen comenzar muy temprano por la mañana, por lo que acudir a los establecimientos de salud entre las 5 o 6 a.m. para sacar un pase para atención, significa directamente una pérdida de ingresos.

Pese a que la información sobre tiempos de espera es esencial para evaluar el acceso a los servicios, el Instituto Nacional de Estadística e Informática no brinda datos desagregados de tiempos de espera según lugares de residencia, tipo de aseguramiento y etnicidad. Tampoco incluyen datos de las mujeres que se atienden en establecimientos privados.

El tamizaje para el cáncer de mama se hace principalmente a través de una mamografía, siendo una de las principales barreras la disponibilidad de los equipos. De los 202 establecimientos de salud que, según el Ministerio de Salud, tienen el servicio de mamografía, el 22.3% pertenece al Ministerio de Salud, 15.3% a ESSALUD, 5.9% a la red de los Hospitales de la Solidaridad (SISOL) o a otros Gobiernos Municipales; 1.5% a las

**Tabla 6: Brechas de mamógrafos por regiones (2017)**

REGION	Pob Obg Total	Pob Obg Anual	N° Mamog existentes	N° Mamog Funcionan	Ratio Pob muj 50-69/mamog	BRECHA
CUSCO	60,919	20,306	1	0	ND	2
MADRE DE DIOS	3,730	1,243	0	0	ND	1
MOQUEGUA	5,791	1,930	0	0	ND	1
PASCO	9,925	3,308	0	0	ND	1
SAN MARTÍN	38,111	12,704	2	0	ND	1
CAJAMARCA	78,349	26,116	1	1	26,116	2
PIURA	76,595	25,532	1	1	25,532	2
PUNO	59,942	19,981	2	1	19,981	1
ANCASH	54,985	18,328	1	1	18,328	1
LAMBAYEQUE	51,525	17,175	1	1	17,175	1
LORETO	38,858	12,953	1	1	12,953	
HUÁNUCO	38,351	12,784	1	1	12,784	
LA LIBERTAD	70,694	23,565	4	2	11,783	
AYACUCHO	34,172	11,391	1	1	11,391	
<b>PERU</b>	<b>1,177,805</b>	<b>392,602</b>	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>10,611</b>	<b>12</b>
LIMA	310,148	103,148	13	11	9,398	
JUNÍN	49,911	16,637	3	2	8,319	
HUANCAVELICA	23,110	7,703	2	1	7,703	
ICA	21,413	7,138	1	1	7,138	
UCAYALI	20,972	6,991	1	1	6,991	
AMAZONAS	19,209	6,403	1	1	6,403	
AREQUIPA	33,299	11,100	4	2	5,550	
CALLAO	37,277	12,426	5	3	4,142	
APURÍMAC	23,879	7,960	2	2	3,980	
TUMBES	7,960	2,493	2	1	2,493	
TACNA	9,162	3,054	2	2	1,527	

Fuente: Ministerio de Salud

Fuerzas Armadas y policiales; y el 55% pertenece al sector privado. De las 25 regiones del país, 19 cuentan con mamógrafos operativos perteneciente al Ministerio de Salud o al Gobierno Regional (24). Según el Ministerio de Salud, existe una brecha de 12 mamógrafos en la oferta pública de mamografías (ver tabla 6). Resalta que, para calcular las brechas, el Ministerio de Salud no toma en cuenta factores como accesibilidad geográfica y económica. Por ejemplo, para el caso de Junín, el Ministerio de Salud registra que la región cuenta con 2 mamógrafos operativos, por lo que no requiere de más. Este cálculo, sin embargo, está basado únicamente en el criterio “tamaño de población”, sin tomar en cuenta que las mujeres en Satipo, afiliadas al SIS y que necesitan de una mamografía, deben trasladarse a La Merced (con los costos que ello conlleva) o pagar en Satipo, en un centro de salud privado, entre 40 y 60 soles, por una mamografía.

Sobre la calidad de la información, el indicador que se reporta en el caso de tamizaje de cáncer de mama es el de examen realizado, que incluye el examen clínico táctil. Este indicador permite alcanzar las metas, pese a la falta de equipos. No existe un sistema de monitoreo de calidad sobre la competencia del personal de salud para realizar de forma adecuada el examen táctil de mamas.

En el trabajo de campo, hemos detectado que entre las mujeres entrevistadas existe menor información sobre cómo hacerse el autoexamen de mamas. Menos mujeres nos reportaron haber pasado por una mamografía y/o ecografía de mamas que por un Papanicolau. Estos resultados coinciden con las estadísticas del MINSA que refieren una cobertura mínima (“paupérrima” de acuerdo a las autoridades de salud peruanas<sup>12</sup>) de exámenes de mamas.

Además de la percepción de baja calidad de los exámenes que se realizan en los establecimientos de salud públicos, el personal de salud menciona que la continua rotación del personal es otra barrera que impide crear confianza en la población y así facilitar la realización de exámenes ginecológicos. Los SERUM, por ejemplo, son cambiados anualmente, lo que implica que cada año el personal nuevo debe iniciar un trabajo de construcción de confianza con las usuarias. Para el personal de salud, la construcción de la confianza con las usuarias es un paso esencial y previo a la aceptación por parte de la comunidad y, específicamente, de las usuarias de exámenes ginecológicos.

### 3. Diagnóstico, estadiaje y tratamiento

Además de las demoras señaladas en la sección anterior, existen problemas con la calidad en los procesos de entrega de resultados positivos e información sobre el tratamiento a seguir. Por ejemplo, en el caso de Satipo, las entrevistas nos muestran que el personal de salud tiende a no brindar información completa a las usuarias sobre su diagnóstico, temiendo la reacción que puedan tener frente a los resultados. A las personas con diagnósticos positivos se les dice cosas como “tiene un tumorcito”, evitando explícitamente la palabra cáncer. Es interesante notar que, aunque no se menciona la palabra, sí se entrega información sobre márgenes de cura que son bastante alarmantes (50% se cura y el 50% no), sobre todo considerando que, al momento de la entrega del resultado, el personal de salud aún no cuenta con información sobre el estadio clínico de la enfermedad.

<sup>12</sup>Ver: Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2018). ANEXO N° 2 Contenidos mínimos del Programa Presupuestal. Programa Presupuestal 0024 Prevención y Control del Cáncer.



Para iniciar el tratamiento, las personas necesitan contar con un diagnóstico definitivo. Este servicio no está disponible en todas las regiones. La oferta de atención oncológica en el país está concentrada en Lima y Callao (55.1%) de los 1555 servicios oncológicos que se brindan en 517 establecimientos, en particular para el diagnóstico definitivo, estadía y tratamiento (4).

Las principales modalidades de tratamiento del cáncer en el Perú son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Estas modalidades se pueden aplicar solas o en combinación. La principal barrera que enfrentan las personas con cáncer para iniciar y continuar su tratamiento, es la accesibilidad geográfica de los servicios oncológicos. Si bien se ha incrementado la oferta (de 21 en el 2012 a 43 en el 2016), la mayoría de las regiones no cuenta con servicios para el tratamiento del cáncer (24). La oferta de servicios es aún más restringida en caso la persona requiera radioterapia. A nivel nacional, existen sólo dos establecimientos de salud del MINSa con oferta de servicios de radioterapia. Ante la demanda insatisfecha, el SIS se ha visto obligado a contratar los servicios de radioterapia en IPRESS privadas.

En el caso de cáncer de cuello uterino, el MINSa estima que para lograr una cobertura integral y garantizar acceso adecuado al tratamiento oportuno de este tipo de cáncer, requiere adquirir 619 equipos para criocirugía (1 equipo por microred), 465 equipos de colposcopia (1 equipo por red, hospitales e institutos), y 145 equipos de terapia escional (1 equipo por red). Estos cálculos tampoco toman en cuenta el criterio de accesibilidad geográfica (2).

La falta de establecimientos de salud con oferta de servicios oncológicos crea hacinamiento y demoras en la atención. Las usuarias y trabajadores y trabajadoras de salud describen a los hospitales que brindan atención oncológica como hacinados, con mucha burocracia, en el que las personas en tratamiento deben aprender a navegar, en los que hace falta mayor información para orientar a los usuarios (carteles o infografías, por ejemplo) y en los que hay que hacer muchas colas para recibir la atención. Las siguientes dos citas describen la situación en el INEN.

*“No te lo hacen ni fácil ni amable” (Entrevista a usuaria, Lima, abril 2018).*

*“Ayer fui y encontré un hospital rebasado y donde no funciona nada bien, y la gente encima de tener cáncer sufre maltrato .... yo he ido a donar sangre a ESSALUD de Ica, al Rebagliati un montón de veces y al 2 de mayo, y este (el INEN) me ha parecido el peor de todos... La atención debería estar descentralizada, ¿por qué tienen que venir de Tumbes a tratarse?” (Entrevista a familiar, Lima, septiembre 2018).*

Si bien el SIS debería cubrir en su totalidad el costo del tratamiento a sus asegurados, algunas de las personas entrevistadas refieren que han tenido que pagar por medicamentos que no se encontraban en la farmacia (Tripterelina, por ejemplo) y por determinados exámenes, como por ejemplo la densimetría ósea que se suele pedir a las mujeres con cáncer de mama. En esos casos, el propio personal del INEN recomienda posibilidades como INPPARES, donde el examen de densimetría ósea cuesta 80 soles.



La accesibilidad geográfica hace que algunas personas desistan del tratamiento.

*“Se piensa te mandan a curar, ¿pero si no hay dinero? Todo se piensa, pero el dinero es lo que manda ...Y me fui a Lima, y en Lima me preguntaron¿dónde está tu plata?” (Entrevista a usuaria, Satipo, Mayo 2018).*

Sobre la calidad de la atención, las mujeres que entrevistamos describieron situaciones que muestran serias deficiencias: por ejemplo, reacciones violentas en situaciones en las que las mujeres se muestran débiles, o amenazas cuando ellas expresan no querer seguir con el tratamiento. En general, se ofrece poco espacio para la expresión de emociones. El personal de psicología es escaso y, en la mayoría de los hospitales, se limita a hacer tamizajes de salud mental y atender a las personas internadas que logran encontrar en los pisos (es decir, personas internadas que han pasado por cirugía). Hay, además, desde las autoridades del sector, poco interés y atención al cuidado de la salud mental del personal de salud, incluido el encargado de trabajar con personas con cáncer. La “falta de tiempo” es uno de los principales argumentos que utilizan los gestores de los servicios de salud para no priorizar la implementación de espacios de supervisión y cuidado de la salud mental de las y los trabajadores. Esta falta de cuidado puede estar causando un impacto negativo en el personal de salud, lo que además puede repercutir (también de manera negativa) en las personas que asisten a los servicios de salud.

Otras causas que constituyen barreras al acceso al tratamiento son la existencia de subsistemas y la ausencia de un seguro único de salud. Si bien ESSALUD cuenta con una buena cobertura de servicios oncológicos, para muchas personas, los establecimientos de ESSALUD son menos accesibles geográficamente que los del MINSA. Por otro lado, al estar ESSALUD vinculado a un contrato de trabajo, en un clima de poca estabilidad laboral como el peruano, las personas no siempre se retiran del SIS, o no lo hacen por desconocimiento. Esta supuesta falta (el no retirarse del SIS cuando se goza de ESSALUD) puede crear problemas en la atención, tal y como el que describió una obstetra en Lima sobre un caso del año 2015.

*“Yo he tenido un caso para mí, muy en antes, una gestante tenía un tumor acá en el cuello. .... O sea, la captan en el embarazo, tenía su SIS supuestamente activo. Se la derivan al hospital Hipólito. Estaba controlándose allí como cuatro meses ya y venía para programarle para su cesárea. Ya cuando salió hospitalizado para la cesárea del día siguiente, en su pre operatorio detectan el Essalud del esposo... ¿y saben lo que han hecho a la paciente? la han sacado de cama... Le sacaron de la cama en eso ya no tenía pre programación para la cesárea, no vieron el riesgo de vida de la paciente”. (Entrevista a personal de Salud, Lima, mayo 2018).*

Sobre el sistema de indicadores y reporte cabe decir que, si bien se tiene información sobre la población atendida por el SIS e información según región geográfica y quintiles de pobreza (como los datos recogidos en la ENDES), no existen registros con información segmentada según – por ejemplo – grupo étnico. Tampoco se cuenta con información desagregada sobre casos de abandono del tratamiento según lugar de residencia, etnicidad o condición de aseguramiento, todas variables que algunos estudios demuestran que influyen en el abandono de tratamiento (12).

## 4. Los cuidados paliativos

Que tienen como objetivo el alivio de los síntomas y el tratamiento durante todas las fases de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta la muerte. Estos cuidados abordan además los aspectos psicológicos y de calidad de vida de la enfermedad. El 19 de septiembre del 2018, el Congreso de la República aprobó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas (Ley 30846) otorgando al Ministerio de Salud un máximo de 90 días para la reglamentación de la ley. A la fecha del cierre de este informe se seguía esperando la publicación del reglamento.

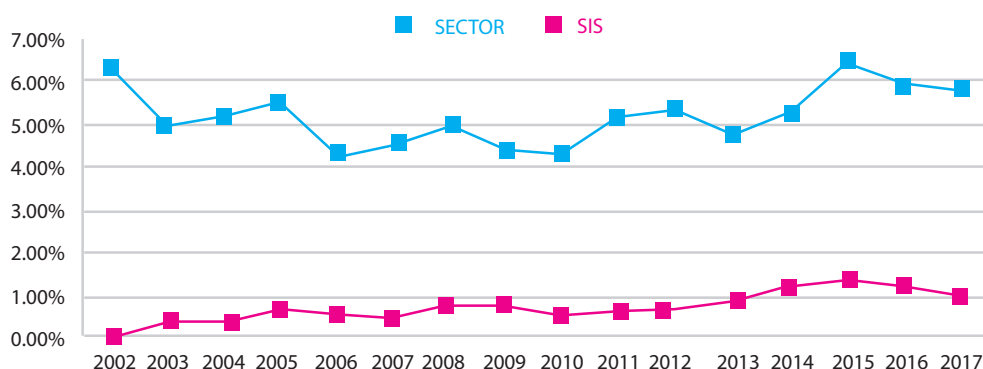
### Paso 3: Recursos

Esta sección tiene como objetivo brindar información sobre los recursos que invierte el Estado en el sector Salud (cantidad) y sobre la calidad en el uso de los recursos.

El sistema de salud peruano es financiado por diferentes fuentes. Una parte proviene del presupuesto del Estado, otra de los empleadores (privados y estatales) que contribuyen al sistema de seguridad social de sus trabajadores en planilla. Además, los hogares aportan directamente al sistema, a través de la compra de seguros privados, afiliación a los regímenes contributivos del SIS, ESSALUD, compra de productos farmacéuticos, pagos de bolsillo en el mismo establecimiento en el momento de la atención, etc. (38).

Pese al crecimiento económico, el gasto en salud del Perú, como porcentaje del PBI total, sigue estando por debajo del promedio de los países de la OCDE (5.8 vs 8.9) y de América Latina (promedio 7.11 en América Latina). De hecho, entre el 2015 y 2017 se observa una reducción en el porcentaje asignado al pliego salud y al pliego SIS.

**Gráfico 3: Evolución del porcentaje de asignación del presupuesto nacional al pliego salud y pliego SIS**



Fuente: Evaluación PEI 2014 – 2016 del Seguro Integral de Salud, p 15.

Por otro lado, pese al aseguramiento, el gasto de bolsillo sigue siendo alto en el Perú: es el 28.6% del total de gasto de salud, mientras que en los países de la OCDE el promedio es de 19.4% (39).

En el caso de tratamiento oncológico, el SIS estima que en el año 2018 se atenderán 7,489 casos de cáncer de cuello uterino. Estas atenciones requieren de una inversión pública de 54,428,321.21 nuevos soles. De acuerdo al presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2018, el Ministerio de Salud, el SIS, y el INEN recibieron en total 28,464,861 nuevos soles. Este monto equivale al 47% de lo requerido para tratar el número de casos del cáncer de cuello uterino proyectados por el MINSa.

Según los planes elaborados por el MINSa para mejorar la detección temprana y atención del cáncer de cuello uterino y de mama al 2021, es necesario que el Estado peruano asigne mayores fondos al sector Salud. En el caso del cáncer de cuello uterino, se estima que – además de los recursos regulares del programa presupuestal de prevención y control de cáncer (0024) – se debe asignar un total de 16,679,151 nuevos soles; para el de mama, la suma de 49,572,586 nuevos soles (2, 24).

**Tabla 7: Recursos necesarios para garantizar atención integral de cáncer de cuello uterino y de mama al 2021 (soles)**

	Cáncer de cuello uterino	Cáncer de mama
Mejorar los registros de información	570,000	7,570,000
Mejorar cobertura y calidad del tamizaje	51,107,115	74,996,445
Brindar atención oportuna a casos sospechosos	44,057,750	3,592,586
Brindar atención oportuna a los casos confirmados)	952,500	222,394,872
<b>Total 2017 al 2021</b>	<b>100,817,465</b>	<b>308,463,902</b>

Fuente: Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017- 2021, Plan nacional para la prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017- 2021.

Para lograr las metas de los planes, se podrían tomar algunas medidas dentro del sector Salud, a fin de mejorar la calidad de su gasto. En el caso del SIS, estudios recientes encuentran debilidades importantes en la gestión financiera, que permiten el uso discrecional del dinero de la institución para prestadores públicos; la tercerización de servicios de los hospitales hacia el sector privado, con débiles capacidades para fiscalizar las cuentas (lo que les cobran); un crecimiento no sustentado de la facturación de instituciones privadas por la atención de emergencia a los afiliados del SIS; insuficientes mecanismos internos para verificar la validez de las prestaciones que se cobran, entre otros (40). Fortalecer los sistemas de control dentro del SIS, por ejemplo, ayudaría a que el Estado salve valiosos recursos que podrían ser asignados a programas como el del control de cáncer.

Además, desde el sector Salud se podría incidir en la necesidad de revisar la legislación y las regulaciones que afectan directamente la disponibilidad de recursos en el sector, como por ejemplo aquellas que tienen que ver con medicamentos. El gasto en medicamentos para la prevención y control del cáncer en el Perú ha aumentado de manera exponencial: en el 2015, el Estado peruano gastó en medicamentos oncológicos 80 veces más de lo gastado en el 2012 (41). En el Perú, el sector público (MINSa, ESSALUD y Gobiernos Regionales) son los principales consumidores de productos oncológicos.

Desde el 2001, en amparo de la Ley 27450, los medicamentos oncológicos y los que se usan para tratar el VIH SIDA son exonerados del pago de aranceles e impuestos, sin que esto haya llevado a una reducción de los precios de estos medicamentos en el Perú. Es decir, los precios que paga el sector público por estos medicamentos son iguales o más altos a los que se pagan en otros países. En el estudio de Edson Meza, parte de esta publicación, se estima que, gracias a las exoneraciones tributarias a 12 medicamentos oncológicos, sólo en dos años (2016 y 2017), el Estado peruano ha dejado de recaudar 35 millones de soles. Este no es un monto marginal, menos en un contexto en el que los recursos del sector son limitados. Estos fondos equivalen al financiamiento del tratamiento de 1,116 mujeres con cáncer de cuello uterino en el estadio IV, o el de 950 mujeres con cáncer de mama en el estadio más avanzado de la enfermedad. Estos 35 millones de soles también equivalen al 51% de lo solicitado por las autoridades de salud para implementar tanto el Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino (2017- 2021), como el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer de Mama (2017- 2021), los que ayudarían a fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud para atender los casos de cáncer, salvar muchas vidas y reducir el impacto negativo de la enfermedad en las personas que la padecen.

#### **Paso 4: Evaluación**

Nuestro análisis muestra que, pese a políticas como Plan Esperanza y a la mayor asignación de recursos en el sector salud, existen serias debilidades en el sistema, las cuales están contribuyendo a mantener altas tasas de mortalidad, mayores secuelas de tratamiento y mayor gasto en el tratamiento oncológico. El Perú no está cumpliendo con los compromisos (que adquirió al crear el Plan Esperanza) de brindar una atención oncológica integral a sus usuarios y usuarias.

Las condiciones de trabajo del personal de salud, así como la presión por el cumplimiento de metas numéricas, sin una adecuada inversión en infraestructura ni en recursos humanos, está haciendo que las actividades de educación y promoción de salud sean desatendidas y que la atención se centre en el recojo de muestras.

La concentración en alcanzar indicadores numéricos oculta, además, la situación de poblaciones vulnerables como la de las mujeres indígenas amazónicas. Aun habiéndose documentado mayores tasas de mortalidad en algunos tipos de cáncer y a que se reconoce que estas mujeres tienen derecho a recibir información en su lengua y una atención intercultural, desde el Ministerio de Salud no se han implementado medidas concretas para hacer que los servicios de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer accesibles, estén adecuados culturalmente y al medio rural.

Pese al reconocimiento formal de los derechos de los pueblos indígenas, no existe un enfoque intercultural hacia las enfermedades oncológicas. Resulta preocupante, además, que las brechas de equipos y recursos humanos proyectadas por el MINSA para mejorar la atención del cáncer de mama y cuello uterino no tomen en cuenta aspectos como la accesibilidad geográfica.

Las serias brechas en distribución geográfica de los servicios oncológicos, no sólo afecta a la población rural o indígena. En ciudades como Lima, el hacinamiento en los establecimientos de salud especializados, así como en los de primer nivel, se traduce en largas colas y tiempos de espera; es decir, las personas que acuden a estos servicios no reciben realmente una atención de calidad.

La implementación de políticas públicas como el Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino (2017- 2021) y el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer de Mama (2017- 2021) requieren un mayor compromiso financiero por parte del Estado peruano. Es necesario que el Perú invierta al menos en el mismo nivel que los países de la región con niveles de ingreso similares. A la vez, desde el sector Salud se debe incidir en la necesidad de mejorar el gasto, tanto en los establecimientos de salud, manejo del SIS, como en lo que corresponde a compra de medicamentos e insumos médicos.

Otro aspecto a resaltar es que, aunque esta investigación se centró en los servicios de salud ofrecidos por entidades de salud públicas, el análisis de las políticas de prevención y control del cáncer da cuenta de la necesidad de pensar, para el Perú, en un sistema de salud que brinde a los y las usuarias protección integral frente a enfermedades de alto costo, independientemente de la condición de aseguramiento. Como se ha señalado antes, el costo del tratamiento de cáncer está por encima de las posibilidades de la mayoría de las familias en el Perú. Además, no es posible sustentar por qué los dependientes de un funcionario público, como un miembro del Ejército peruano, por ejemplo, no tienen derecho a cuidados paliativos o a trasplantes de médula ósea, servicios que el propio Estado reconoce como parte de la atención integral a enfermedades oncológicas.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y control del Cáncer. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino Lima2017.
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Cáncer. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017- 2021 (R.M. N° 440-2017/MINSA) Lima: Ministerio de Salud; 2017.
3. Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología PnyCdE. Boletín Epidemiológico del Perú. SE 31-2018. Semana epidemiológica (del 29 de julio al 04 de agosto de 2018). Lima2018.
4. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. ANEXO N° 2 Contenidos mínimos del Programa Presupuestal . Programa Presupuestal 0024 Prevención y Control del Cáncer. 2018.
5. Vidaurre T, Santos C, Gómez H, Sarria G, Amarin E, López M, et al. The implementation of the Plan Esperanza and response to the imPACT Review. *The Lancet Oncology*. 2017;18(10):e595-e606.
6. World Health Organization. Cancer country profiles 2014 2014 [Available from: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/en/> - P.
7. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Plan Nacional de Investigación en Oncología para el Control del Cáncer en el Perú. Lima2015.
8. El Peruano. 70,000 casos de cáncer cada año. *El Peruano* [Internet]. 2018. Available from: <http://www.elperuano.pe/noticia-70000-casos-cancer-cada-ano-63461.aspx>.
9. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. Ministerio de Economía y Finanzas. La Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal - EDEP Programa Presupuestal Prevención y Control del Cáncer. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; 2015.
11. Vasquez L, Oscanoa M, Tello M, Tapia E, Maza I, Geronimo J. Factors associated with the latency to diagnosis of childhood cancer in Peru. *Pediatric Blood & Cancer*. 2016;63(11):1959-65.
12. Vasquez L, Diaz R, Chavez S, Tarrillo F, Maza I, Hernandez E, et al. Factors associated with abandonment of therapy by children diagnosed with solid tumors in Peru. *Pediatric Blood & Cancer*. 2018;65(6):e27007.
13. Silva JA, Gonzalez JF, Bargalló JE, Hernández-Rivera G, Gómez-Roel X, Rangel S, et al. Patrones de Tratamiento y Costo de Atención del Cáncer de Mama Avanzado Con Falla a Antraciclina y Taxanos en 3 Hospitales Públicos de México. *Value in Health*. 2011;14(5, Supplement):S147-S50.
14. Gamboa Ó, Buitrago LA, Lozano T, Dieleman S, Gamboa C, Guzmán ÉL, et al. Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2016;20(2):52-60.

15. Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, Fidler MM, Conway DI, Vilahur N, et al. Reducing social inequalities in cancer: Setting priorities for research. CA: A Cancer Journal for Clinicians.0(0).
16. Gianella-Malca C, Ugarte Gil C, Caro G, Aylas R, Castro C, Lema C. TB in Vulnerable Populations: The Case of an Indigenous Community in the Peruvian Amazon. Health and Human Rights Journal. 2016;18(1).
17. Center for Economic and Social Rights, Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. ¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala. Guatemala; 2009.
18. Center for Economic and Social Rights, Chr. Michelsen Institute, Open Society Institute for Southern Africa, Rede Mulher. Submission to the Committee on the Elimination of all forms of discrimination against women. On the occasion of the review of Angola's Sixth Periodic Report at the Committee's 54th Session, 11 February – 1 March 2013. 2013.
19. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albergo G, Serrano B, Mena M, Gómez D, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases in Peru. Summary Report 27 July 2017.: ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre); 2017.
20. Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología PyCdE. Análisis de las Causas de Mortalidad en el Perú, 1986-2015. Lima: Ministerio de Salud; 2018.
21. Pardo C, de Vries E, Buitrago L, Gamboa Ó. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Cuarta ed. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Cancerología; 2017.
22. Luque JS, Opoku S, Ferris DG, Guevara Condorhuaman WS. Social network characteristics and cervical cancer screening among Quechua women in Andean Peru. BMC Public Health. 2016;16:181.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no trasmisibles y transmisibles Lima2018.
24. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Cáncer. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017- 2021 (R.M. Nº 442-2017/MINSA). Lima: Ministerio de Salud; 2017.
25. Tamayo LI, Vidaurre T, Navarro Vásquez J, Casavilca S, Aramburu Palomino JI, Calderon M, et al. Breast cancer subtype and survival among Indigenous American women in Peru. PLOS ONE. 2018;13(9):e0201287.
26. Committee on Economic Social and Cultural Rights. General Comment 14. Geneva; 2000. Contract No.: E/C.12/2000/4.
27. Villanueva R. Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo. Lima: Palestra; 2009.
28. Congreso de la República. Disposiciones Finales y Transitorias 2004 [updated November 17 Available from: <http://www4.congreso.gob.pe/accesible/constitucion/disposicionesfinales.htm>.
29. Aragon Noriega I. The Right to Health and its Progressive Realisation: The case of the Constitutional Court of Peru. UCL Journal ofLaw and Jurisprudence. 2012;1(1):166-87.

30. Ley 26842. Ley General de Salud, (2007).
31. Seguro Integral de Salud. Informe de Análisis Estratégico del Plan Estratégico Institucional del Periodo Presupuestal 2014 – 2016 del Seguro Integral de Salud. Lima: Seguro Integral de Salud; 2017.
32. Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer”. Plan Estratégico 2006 - 2016. Lima Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer”; 2006.
33. Plan Esperanza. Cobertura 2018 [Available from: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/esperanza/?pg=4>].
34. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
35. Ministerio de Salud Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización. Evaluación de la gestión de los programas presupuestales al primer semestre 2017, seguimiento de las transferencias del nivel nacional y revisión de la formulación 2018 Lima2017.
36. Zafra-Tanaka JH, Hurtado-Villanueva ME, Saenz-Naranjo MdP, Taype-Rondan A. Self-perceived competence in early diagnosis of cervical cancer among recently graduated physicians from Lima, Peru. PLOS ONE. 2018;13(9):e0203778.
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico 03. Septiembre 2018. Estadísticas con Enfoque de Género. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018.
38. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud 1995 -2012. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
39. OECD. OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017. Paris: OECD; 2017.
40. Comisión Interventora del SIS. Informe de la Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud. Lima; 2017.
41. Ministerio de Salud. Situación de los productos oncológicos de mayor impacto económico en el sistema de salud. Anticuerpos monoclonales. Lima: Ministerio de Salud Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos, Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos; 2015.



# EXONERACIÓN DE ARANÇELES E IMPUESTO PARA MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS 2016 – 2017

Edson Meza Cornejo<sup>1</sup>

## Introducción

En el 2001, el Gobierno peruano promulgó la Ley 27450, “Ley que exonera del pago del Impuesto General a las Ventas (IGV) y de los Derechos Arancelarios a los medicamentos para el tratamiento oncológico y el VIH/SIDA”, y en el año 2005, la Ley 28553, “Ley General de Protección a las personas con Diabetes” que, entre sus artículos, incluye a los medicamentos contra la diabetes, en la exoneración de tributos excluidos para productos contra el cáncer y el VIH/SIDA.

El objetivo de estos dispositivos legales era reducir el precio final de los medicamentos, haciéndolos más asequibles a la población y al sistema de salud, a través de la renuncia del Estado a la recaudación de impuestos a la importación y el IGV, disminución que debiera ser trasladada al precio final de los medicamentos beneficiados.

Sin embargo, diferentes estudios concluyeron que estas exoneraciones de tributos, no han cumplido con el objetivo establecido, que conforme a las estimaciones de los autores se esperaba una disminución de alrededor del 20% en el precio. Los resultados obtenidos en esos estudios, señalan que la mayoría de medicamentos no bajaron sus precios, es decir, las exoneraciones se convirtieron en un subsidio de impuestos por parte del Estado a favor de las empresas farmacéuticas.<sup>2</sup>

En general, las exoneraciones tributarias han sido empleadas de manera indiscriminada en el país. Se estima que éstas llegan a 16,500 millones de soles anuales<sup>3</sup>, que el Estado deja de recaudar y que no beneficia a la población, este monto casi equivale al doble del presupuesto anual del Ministerio de Salud del año 2018<sup>4</sup>. La actual gestión del Estado se ha propuesto reducir esta exoneración hasta llegar a 7,000 millones de soles<sup>5</sup>, lo que evidencia el descontrol en que se ha caído con el abuso de estos beneficios tributarios a las empresas.

En el caso de los medicamentos empleados para el tratamiento contra el cáncer, hasta el momento se han exonerado de aranceles e impuestos a 124 principios activos, ya sea que se presenten como productos terminados o como insumo activo para el acondicionamiento para su presentación final en Perú, sin embargo, el Petitorio Nacional

---

<sup>1</sup>Químico Farmacéutico, investigador y consultor en temas sobre acceso a medicamentos.

<sup>2</sup>Impacto de las medidas de inaceptación tributaria en los precios de los medicamentos para el tratamiento oncológico, DIGEMID, MINSA, Octubre 2010, y Meza, E. (2011). Impacto de las exoneraciones arancelarias y tributarias en los precios de los medicamentos. Lima: AISy REDGE.

<sup>3</sup>“El Gobierno buscará que el actual nivel de exoneraciones tributarias, estimado en alrededor de S/ 16,500 millones”. En: Gobierno buscará reducir exoneraciones tributarias por S/. 9,000 millones. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/gobierno-buscará-reducir-exoneraciones-tributarias-s-9-000-millones-233807>

<sup>4</sup>El presupuesto del MINSA en el 2018 es de 9,900 millones de soles, conforme a la consulta en la página web del Ministerio de Economía y Finanzas, <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>. Diario Gestión, op cit.

Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), solo ha incluido 7 principios activos (tanto en el cuerpo del PNUME y sus dos lista complementarias), mostrando una restricción en la normal adquisición de estos productos por el Estado peruano.

Por otro lado, conforme a los registros del Ministerio de Salud del Perú, durante el año 2016 se registraron 9,805 casos de cáncer procedentes de 47 establecimientos de salud del MINSA; de los cuales, 5,474 correspondieron a casos nuevos (55,8%); de estos últimos, al momento del diagnóstico, el 66,6% correspondieron al sexo femenino y el 33,4% al sexo masculino, presentando una razón mujer/varón de 2:1. La mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se encontraba entre los 60 y 79 años de edad (49,2%); mientras que, en el sexo femenino la mayor frecuencia se encontraba entre los 45 y 69 años de edad (50,2%).<sup>6</sup>

En el sexo masculino, los tipos de cáncer más frecuentes fueron los de estómago (19,2%), piel (16,2%) y próstata (14,1%); mientras que, en el sexo femenino los más frecuentes fueron los de cérvix (32,9%), mama (13,2%) y piel (10,4%).<sup>7</sup>

Es decir, en el Perú, la aparición del cáncer se da con mayor frecuencia en las mujeres y a más temprana edad, en relación a los hombres.

Otras cifras señaladas por el sector privado, mencionan que en el Perú se diagnostican al año aproximadamente 45,000 nuevos casos de cáncer, de los cuales el 75% son detectados en estadios avanzados, convirtiéndose en un problema de salud pública por la alta tasa de mortalidad. De ellos, en hombres se diagnostican 4,000 nuevos casos de cáncer a la próstata, 2,100 casos de cáncer al estómago y más de 1,500 casos de cáncer al pulmón. Mientras que en mujeres las neoplasias con mayor incidencia son el cáncer de cuello uterino con 4,700 casos, cáncer de mama con más de 4,500 casos y cáncer de estómago con 2,000 casos<sup>8</sup>

Es decir, la coincidencia entre los registros citados, sugiere que el cáncer golpea más a mujeres que a varones.

## Objetivos del estudio

- 1) Identificar la magnitud de las excepciones tributarias que obtienen empresas farmacéuticas sobre medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer. La información y análisis generados permitirá evaluar la medida a partir de los recursos que el Estado ha dejado de percibir.
- 2) Contribuir al debate sobre la relación de las políticas de salud, incluyendo la política de acceso a medicamentos, con políticas tributarias, promoviendo la adopción de medidas que se encaminen a mejorar el acceso a servicios de salud y a un tratamiento adecuado como un derecho fundamental de las personas.

<sup>6</sup>Pag. 706, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, , Boletín Epidemiológico del Perú SE 21-2017 (del 21 al 27 de mayo), recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/21.pdf>

<sup>7</sup>Ibid.

<sup>8</sup>Aguilar, A. (16 de octubre de 2018). Entrevista con el Dr. Alfredo Aguilar Cartagena, director científico y académico de Oncosalud – Auna, Radio Capital. Recuperado de <https://www.capital.com.pe/actualidad/cual-es-la-situacion-actual-del-cancer-en-peru-atencion-a-estas-cifras-noticia-1116948>

## Metodología

El estudio hace una descripción de los precios de importación y de adquisición de medicamentos de alto costo que son empleados para la terapia contra el cáncer, que pueden ser de origen “biológico” o de “síntesis química”, y que han sido aprobados para su adquisición por el Ministerio de Salud o la Seguridad Social (EsSalud). Estableciendo comparaciones entre ambos precios (de nacionalización y adquisición estatal) se realizan comparaciones que permiten estimar los recursos que el Estado peruano deja de percibir en virtud de la aplicación de las políticas de exoneración de impuestos a los medicamentos en virtud de la Ley 27450.

### a. Selección de los medicamentos para el estudio

Los productos farmacéuticos que fueron considerados en el presente estudio, son medicamentos de alto costo empleados en la terapia contra el cáncer, que se usan en los tipos de cáncer más frecuentes y grupos de mayor riesgo como mujeres, niños y niñas. Están clasificados en dos grandes grupos, según su origen: medicamentos de origen biológico, y medicamentos obtenidos por síntesis química.

Criterios para la definición de la muestra de medicamentos:

- Medicamentos biológicos anticuerpos monoclonales<sup>9</sup> y medicamentos de síntesis química que cuentan con indicaciones aprobadas para el tratamiento del cáncer.
- Medicamentos que se encuentren registrados en el mercado peruano.
- Medicamentos que sean importados como productos terminados, es decir, no se considera medicamentos que sean envasados o re envasados en el país de destino.
- Medicamentos que cuenten con algún procedimiento o respaldo oficial que demuestren la posibilidad de ser adquiridos por el Estado peruano:
  - Cuente con una Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) a favor realizada por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud que sustenta su adquisición.
  - Medicamento que se encuentre en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.

El número de medicamentos que conforman la muestra es de doce, de los cuales siete son biológicos y cinco de síntesis química.

---

<sup>9</sup>Tipo de proteína producida en el laboratorio que se puede unir a sustancias del cuerpo, incluso a las células cancerosas. Hay muchas clases de anticuerpos monoclonales. Un anticuerpo monoclonal se elabora para unirse a una sola sustancia. Los anticuerpos monoclonales se usan para tratar algunos tipos de cáncer. Se pueden usar solos o para transportar medicamentos, toxinas o materiales radiactivos directamente hasta las células cancerosas. Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/anticuerpo-monoclonal>.

Tabla N°: 1: Medicamentos seleccionados para el estudio

N°	Nombre Genérico	Marcas registradas	Empresas titulares del registro del medicamento en Perú	Indicación
<b>Biológicos</b>				
1	Pertuzumab	PERJETA	ROCHE FARMA (PERU) S.A	Cáncer de mama metastásico HER2 positivo sin terapia sistémica previa.
2	Nivolumab	OPDIVO	BRISTOL-MYERS SQUIBB PERU S.A.	Melanoma avanzado (irreseccable o metastásico).
3	Denosumab	PROLIA XGEVA	TECNOFARMA S.A.	Tumor óseo de células gigantes, en pacientes con enfermedad localmente avanzada e irreseccable.
4	Bevacizumab	AVASTIN	ROCHE FARMA (PERU) S.A. PRODUCTOS ROCHE Q.F.S.A.	Cáncer de cuello uterino metastásico. Glioblastoma multiforme recurrente, irreseccable y terapia previa con temozolamida.
5	Rituximab	MABTHERA RISTOVA REDITUX	ROCHE FARMA (PERU) S.A. PRODUCTOS ROCHE Q.F.S.A. FARMINDUSTRIA S.A.	Linfoma de células B. Leucemia linfocítica crónica. Linfoma folicular.
6	Trastuzumab	HERCEPTIN KADCYLA® HERCLON	ROCHE FARMA (PERU) S.A. PRODUCTOS ROCHE Q.F.S.A.	Cáncer de mama HER2+ estadio precoz. Cáncer de mama HER2+ metastásico.
7	Cetuximab	ERBITUX	MERCK PERUANA S.A.	Cáncer avanzado del intestino o cáncer del colon y del recto. Cáncer de cabeza y cuello epidermoide localmente..avanzado, Cáncer de glándula submaxilar.
<b>Síntesis Química</b>				
8	Pemetrexed	ALIMTA ENZASTAR 500	ELI LILLY INTERAMERICA INC. SUCURSAL PERUANA LKM PERU S.A.	Cáncer de pulmón no microcítico. Tratamiento de primera línea del mesotelioma maligno pleural estadio clínico IV, y III no operable.

N°	Nombre Genérico	Marcas registradas	Empresas titulares del registro del medicamento en Perú	Indicación												
		LEKARNA	FARMINDUSTRIA S.A.													
		METANEX	LABORATORIOS AC FARMA S.A													
		PEMEKER	TECNOFARMA S.A.													
		PEMETREXED	PERULAB S.A													
			MEDIFARMA S.A.													
			GLENMARK PHARMACEUTICALS PERU S.A.													
			UNIPHARM S.A.C													
			FARMINDUSTRIA S.A.													
		PEMEX	Q PHARMA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA													
		PEXITAZ 500	SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES S.A.C													
		PRAXED	SARMIENTO CCOSCCO AGRIPINO													
		TREVEN 100	SEVEN PHARMA S.A.C													
		UNIPEM	GP PHARM S.A.													
		BORTEZOMIB	NORDIC PHARMACEUTICAL COMPANY S.A.C.													
		SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES S.A.C														
		OQ PHARMA S.A.C.														
	BORTRAC	GLENMARK PHARMACEUTICALS PERU S.A														
	BORTZO	SEVEN PHARMA S.A.C.														
	BOTEMIB	LABORATORIOS ROEMMERS S.A.														
9	Bortezomib								Mieloma múltiple recidivante y/o refractario a uno o más tratamientos previos							

N°	Nombre Genérico	Marcas registradas	Empresas titulares del registro del medicamento en Perú	Indicación
10		BOZIX	FARMINDUSTRIA S.A.	
		BOZOB	LKM PERU S.A.	
		EGYBORT	Q PHARMA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	
		MIBOR	SEVEN PHARMA S.A.C	
		VELCADE	JOHNSON & JOHNSON DEL PERU S.A	
11	Azacitidina	AZACITIDINA	PERULAB S.A.	Leucemia mieloide aguda debut no elegibles para quimioterapia intensa
		AZACORD	ACCORD HEALTHCARE S.A.C	Leucemia mieloide crónica
ICLACTIDINA	LABORATORIOS ROEMMERS S.A.			
MIELOZITIDINA	LKM PERU S.A.			
12	Afinib	VIDAZA	TECNOFARMA S.A.	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, mutación en el gen EGFR, y respuesta previa a tratamiento
		GIOTRIF	BOEHRINGER INGELHEIM PERU S.A.C.	

## b. Determinación de los precios de importación y adquisición

Las fuentes de información para la obtención de los precios de importación y de adquisición, son oficiales. Para el primer caso se consultó en línea la base de datos de Aduanas, específicamente la información registrada en el Documento Único Administrativo (DUA) de cada importación realizada, que corresponda a las sub-partidas de medicamentos oncológicos, durante los años 2016 y 2017. El precio que se registrará es el precio CIF (costo de seguro y transporte), el cual sumado a los impuestos y tributos respectivos, se constituye en el precio nacionalizado, que para este caso es el mismo que el CIF, dado que estos productos están inafectos a estos tributos.

Para el caso de los precios de adquisición, se hicieron consultas en línea en la base de datos del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE), sobre las compras realizadas por instituciones del Estado, durante los años 2016 y 2017.

Posteriormente se realizó un análisis sobre el monto que representa los impuestos exonerados a estos productos, conforme a la Ley 27450, que representaría el monto de recursos que el gobierno ha dejado de percibir en la importación de los productos incluidos en este estudio.

## c. Determinación de los recursos dejados de percibir por el Estado en aplicación de la Ley 27450 “Ley que exonera del pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios a los medicamentos para el tratamiento oncológico y el VIH/SIDA”, en los medicamentos seleccionados.

Los impuestos a los que son afectos estos productos, son los siguientes:

- **Derechos arancelarios (DERECHOS AD/VALOREM o A/V):**  
Son los impuestos establecidos en el arancel de aduanas a las mercancías que ingresan al territorio aduanero nacional. La base imponible está constituida por el valor en aduanas determinado conforme al sistema de valoración vigente. La tasa establecida es de 6%.
- **Impuesto de Promoción Municipal (IPM)**
  1. El IPM es un tributo nacional creado a favor de las municipalidades, que grava las operaciones afectas al IGV. Se rige por las normas del Trámite Único ordenado para el IGV (TUO-IGV).
  2. La base imponible está constituida por el Valor en Aduanas determinado conforme al sistema de valoración vigente, más los derechos arancelarios y demás impuestos a la importación con excepción del Impuesto General a las Ventas. La tasa establecida es de 2%.
- **Impuesto General a las Ventas (IGV)**  
El IGV o Impuesto General a las Ventas es un impuesto que grava todas las fases del ciclo de producción y distribución. Es asumido por el consumidor final, incluyéndose normalmente en el precio de compra de los productos que adquiere.

Se aplica una tasa de 16% en las operaciones gravadas con el IGV. A esa tasa se añade la tasa de 2% del Impuesto de Promoción Municipal (IPM).

De tal modo a cada operación gravada se le aplica un total de 18%: IGV + IPM.

De manera explicativa, los impuestos que se aplicarían a los medicamentos estudiados, seguirían la siguiente formula:

$$\text{CIF}^{10} + 6\% \text{ de Ad Valorem} + 18\%(\text{IGV} + \text{IPM})$$

La acumulación de estos tributos representa un 25%<sup>11</sup> sobre el precio CIF del medicamento.

#### Cálculo del 25%:

$$\begin{aligned} 100 \times 6\% &= 6 \\ (100 + 6) \times 18\% &= 19.08 \\ 106 + 19.08 &= 125 \\ 125 &= 100 + 25\% \end{aligned}$$

- Los valores calculados para los montos de exoneración, fueron realizados sobre la base de los precios unitarios con sus cantidades importadas y no usando el precio unitario promedio ponderado, este último solo se usó para efectos de comparación medicamento a medicamento.

#### d. Limitaciones del estudio

- A pesar de que 124 principios activos están bajo el amparo de esta exoneración tributaria, solo 7 principios activos forman parte del Petitorio de Medicamentos Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), por lo que los resultados obtenidos en este estudio representan solo una fracción de los recursos dejados de ser percibidos por el Estado, en la aplicación de estas exoneraciones a los medicamentos oncológicos.
- Por otro lado, recién en el 2018, se han realizado compras centralizadas de mayor envergadura de estos medicamentos de alto costo usados contra el cáncer. Este factor, hace que la información sobre las adquisiciones públicas de estos medicamentos sea un tanto escasa, pero se considera que en una investigación futura, que revise el comportamiento de estos medicamentos en el sector público, durante los años 2018 y 2019, contará con mayor información disponible.
- La muestra de 12 medicamentos empleada en el presente estudio, no tiene una representación estadística del total de medicamentos oncológicos afectos a esta exoneración arancelaria, por ello, los resultados y conclusiones de este trabajo no son extrapolables al total de medicamentos que cuentan con el beneficio tributarios, solo reflejan el efecto e impacto de los medicamentos estudiados, en las cantidades y periodos comprendidos en la investigación.

<sup>10</sup>CIF: Coste, seguro y flete (Cost, Insurance and Freight en inglés). Costo del producto cuando llega al puerto de destino.

<sup>11</sup>Si se tuviera un precio CIF de 100, a este se le aplicaría los impuestos señalados, dando un precio final de 125.08, lo que en porcentajes es un 25% más del precio.



## Resultados

### 1) Identificación de productos seleccionados en las bases de datos de ADUANAS

La revisión de la base de datos de ADUANAS se realizó para los productos importados entre enero de 2016 a diciembre 2017, buscando los medicamentos seleccionados, encontrando 11 principios activos importados durante el año 2016 y 10 durante el año 2017, conforme se registra en las siguientes tablas:

Durante el 2016 se importaron 11 medicamentos (principios activos) en 19 presentaciones de acuerdo a su concentración, que conforme a su precio de registro en la DUA, representaron un valor de S/. 61,186,500.71, en 24,077 unidades que ingresaron al país.

Por otra parte, en las DUAS del 2017 se encontraron 10 medicamentos (principios activos) de la muestra seleccionada, en 18 presentaciones conforme a su concentración, que representaron un valor de S/ 78,298,671.44, en 27,877 unidades que ingresaron al país durante ese año.

En total, durante el periodo enero 2016 - diciembre 2017, se encontró que ingresaron 11 medicamentos de los 12 seleccionados, que representaron un valor acumulado de S/ 139,485,172.15.

**Tabla Nº2: Medicamentos de la muestra importados 2016**

Nº	Producto/ Concentración	Empresas que importaron los productos	2016			
			Unidades	Montos US\$	PU <sup>12</sup> (S/)	Monto en S/
	Biológico		20,745	17,095,372.55		56,414,729.43
1	BEVACIZUMAB	ROCHE FARMA (PERU) S.A.	3,551	961,643.45		3,173,423.39
	100MG		2,851	767,126.00	887.94	2,531,515.79
	400MG		700	194,517.46	917.01	641,907.60
2	CETUXIMAB	MERCK PERUANA S A	1,600	310,052.29		1,023,172.55
	100MG		1,600	310,052.29	639.48	1,023,172.55
3	NIVOLUMAB	BRISTOL-MYERS SQUIBB PERU S.A.	2,943	1,728,769.42		5,704,939.08
		DEL CARPIO DEL CARPIO JOSE ANGEL				
		GALVAN COSTA JAVIER RAMON				
		GUTIERREZ SULLCARAY NILO				
		LLAP YESAN FELIX MOISES				
		QUIROGA CARMONA MANUEL ANDRES				
	10MG		2,943	1,728,769.42	2,282.18	5,704,939.08

continua

<sup>12</sup>Promedio ponderado

4	PERTUZUMAB	COVANCE PERU SERVICES S.A.	880	1,311,720.75		4,328,678.48
		ROCHE FARMA (PERU) S.A.				
	420MG		880	1,311,720.75	5,623.11	4,328,678.48
5	RITUXIMAB	ROCHE FARMA (PERU) S.A.	1,889	1,311,394.50		4,327,601.85
		100MG	705	247,154.67	1,156.89	815,610.41
		500MG	1,184	1,064,239.83	2,966.21	3,511,991.44
6	TRASTUZUMAB	ROCHE FARMA (PERU) S.A.	9,882	11,471,792.14		37,856,914.07
		100MG	237	225,286.94	3,312.54	743,446.89
	150MG	COVANCE PERU SERVICES S.A.	180	20,831.60	381.91	68,744.28
	160MG		73	181,807.72	5,178.27	599,965.47
	440MG		7,555	8,891,244.64	3,883.67	29,341,107.30
	600MG		1,837	2,152,621.25	3,866.98	7,103,650.13
Síntesis química			3,332	1,445,991.30		4,771,771.29
7	AFATINIB	BOEHRINGER INGELHEIM PERU S.A.C	320	228,468.35		753,945.56
	20 MG		13	9,180.95	2,330.55	30,297.13
	30 MG		115	83,686.65	2,401.44	276,165.95
	40 MG		192	135,600.75	2,330.64	447,482.47
8	AZACITIDINA	TECNOFARMA S A	2,006	686,886.28		2,266,724.71
	100 MG		2,006	686,886.28	1,129.97	2,266,724.71
9	BORTEZOMIB	JOHNSON & JOHNSON DEL PERU S.A	384	268,180.06		884,994.20
	3.5 MG		384	268,180.06	2,304.67	884,994.20
10	BUSULFANO	GLOBAL MED FARMA S.A.C.	2	5,472.88		18,060.50
	6 MG		2	5,472.88	9,030.25	18,060.50
11	PEMETREXED	ELI LILLY INTERAMERICA INC SUCURSAL PER	620	256,983.73		848,046.32
		MERCK SHARP & DOHME PERU S.R.L.				
	500 MG		620	256,983.73	7008.88	848,046.32
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>24,077</b>	<b>18,541,363.85</b>		<b>61,186,500.71</b>

Tabla Nº 3: Medicamentos de la muestra importados 2017

Nº	Producto	Empresas que importaron los productos	2017			
			Unidades	Montos US\$	PU (S/)	Monto en S/
	Biológico		25,262	22,409,340.65		73,950,824.15
1	BEVACIZUMAB	ROCHE FARMA (PERU) S.A.	6,327	3,792,075.33		12,513,848.60
	100MG		3,009	851,310.97	933.64	2,809,326.21
	400MG		3,318	2,940,764.36	3,020.97	9,704,522.39
2	CETUXIMAB					
	100MG					
3	NIVOLUMAB	BRISTOL-MYERS SQUIBB PERU S.A.	3,942	2,508,939.91		8,279,501.70
	100MG		3,942	2,508,939.91	2,325.72	8,279,501.70
4	PERTUZUMAB	COVANCE PERU SERVICES S.A.	924	1,372,549.10		4,529,412.02
		ROCHE FARMA (PERU) S.A.				
	420MG		924	1,372,549.10	5,921.90	4,529,412.02
5	RITUXIMAB	ROCHE FARMA (PERU) S.A.	2,737	2,193,003.22		7,236,910.63
	100MG		628	230,226.87	1,209.79	759,748.68
			2,109	1,962,776.35	3,071.20	6,477,161.96
6	PERTUZUMAB	COVANCE PERU SERVICES S.A.	11,332	12,542,773.09		41,391,151.19
		ROCHE FARMA (PERU) S.A.				
	100MG		243	252,778.55	3,432.80	834,169.22
	150MG		170	20,075.84	389.71	66,250.26
	160MG		22	36,531.62	5,479.74	120,554.34
	440MG		9,531	10,803,989.07	3,740.76	35,653,163.92
	600MG		1,366	1,429,398.01	3,453.16	4,717,013.45
	Síntesis química		2,615	1,317,529.48		4,347,847.29
7	AFATINIB	BRISTOL-MYERS SQUIBB PERU S.A.	266	188,134.58		620,844.11
	20 MG					
	30 MG		67	47,463.87	2,337.77	156,630.77
	40 MG		199	140,670.71	2,332.73	464,213.34
8	AZACITIDINA	TECNOFARMA S A	1,299	449,714.97		1,484,059.39
	100 MG		1,299	449,714.97	1,142.46	1,484,059.39
9	BORTEZOMIB	JOHNSON & JOHNSON DEL PERU S.A	774	569,757.36		1,880,199.30
	3.5 MG		774	569,757.36	2,429.20	1,880,199.30
10	PEMETREXED	ELI LILLY INTERAMERICA INC SUCURSAL PER	276	109,922.57	6,965.63	362,744.49
		MERCK SHARP & DOHME PERU S.R.L.				
	500 MG		276	109,922.57		362,744.49
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>27,877</b>	<b>23,726,870.13</b>		<b>78,298,671.44</b>

**Tabla N° 4: Acumulado de medicamentos oncológicos seleccionados, importados entre enero 2016 – diciembre 2017**

N°	Producto	Totales		
		Total unidades	Monto total US\$	Monto en S/
	Biológico	46,007	39,504,713.20	130,365,553.57
1	BEVACIZUMAB	9,878	4,753,718.79	15,687,271.99
	100MG	5,860	1,618,436.97	5,340,842.00
	400MG	4,018	3,135,281.82	10,346,430.00
2	CETUXIMAB	1,600	310,052.29	1,023,172.55
	100MG	1,600	310,052.29	1,023,172.55
3	NIVOLUMAB	6,885	4,237,709.33	13,984,440.78
	10MG	6,885	4,237,709.33	13,984,440.78
4	PERTUZUMAB	1,804	2,684,269.85	8,858,090.51
	420MG	1,804	2,684,269.85	8,858,090.51
5	RITUXIMAB	4,626	3,504,397.72	11,564,512.48
	100MG	1,333	477,381.54	1,575,359.09
	500MG	3,293	3,027,016.18	9,989,153.39
6	TRASTUZUMAB	21,214	24,014,565.23	79,248,065.25
	100MG	480	478,065.49	1,577,616.11
	150MG	350	40,907.44	134,994.54
	160MG	95	218,339.34	720,519.81
	440MG	17,086	19,695,233.70	64,994,271.22
	600MG	3,203	3,582,019.27	11,820,663.57
	Síntesis química	5,947	2,763,520.78	9,119,618.58
7	AFATINIB	586	416,602.93	1,374,789.67
	20 MG	13	9,180.95	30,297.13
	30 MG	182	131,150.52	432,796.73
	40 MG	391	276,271.46	911,695.81
8	AZACITIDINA	3,305	1,136,601.24	3,750,784.10
	100 MG	3,305	1,136,601.24	3,750,784.10
9	BORTEZOMIB	1,158	837,937.43	2,765,193.51
	3.5 MG	1,158	837,937.43	2,765,193.51
10	BUSULFANO	2	5,472.88	18,060.50
	6 MG	2	5,472.88	18,060.50
11	PEMETREXED	890	354,241.53	1,168,997.06
	500 MG	896	366,906.31	1,210,790.81
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>51,954</b>	<b>42,268,233.99</b>	<b>139,485,172.15</b>

## 2) Representación en valores de los medicamentos seleccionados que fueron importados entre el 2016 y 2017

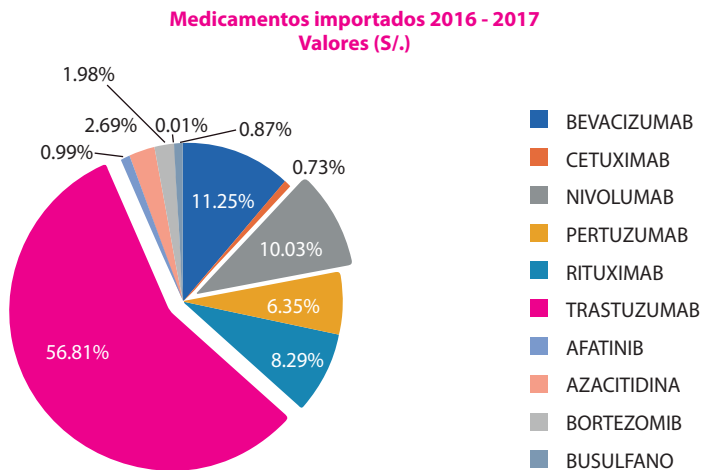
Gráficamente se puede apreciar que el mayor porcentaje de importaciones en valores durante el año 2016 lo registra el trastuzumab, con una representatividad del 61.87%, seguido de rituximab y pertuzumab, con porcentajes iguales de 7.07%.

El trastuzumab, particularmente en la concentración de 440 mg, mantiene una alta representatividad en las compras de medicamentos por parte del Estado, probablemente debido a su indicación en el tratamiento del cáncer de mama, que conjuntamente con el cáncer de cuello uterino, son las enfermedades oncológicas catastróficas de mayor incidencia en la población femenina y en general.

Para el año 2017, la representatividad de trastuzumab se mantiene con un 25.86%, seguido de un 15.98% correspondiente a bevacizumab, y 10.57% de nivolumab.

El monto total de la importación en ambos años asciende a S/. 139,485,172.15; en donde el mayor peso de estas importaciones corresponde al transtuzumab que tiene el 56% de la importación, que dista mucho de su competidor más cercano que es bevacizumab que solo tiene una proporción de 11%.

**Gráfico N°1: Participación de medicamentos seleccionados en el total de importación 2016 - 2017**  
En valores (S/.)



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los precios unitarios, se identificó que los productos con mayor precio de importación durante el 2016, son el busulfano, cuyo vial (unidad) registra un precio de S/ 9,030.25 soles, seguido del pertuzumab de 420 mg, con un precio de S/ 5,623.11. Durante el 2017, el mayor precio unitario lo registra el perimetrexed de 500 mg, con un precio de S/ 6,965.63, seguido del pertuzumab de 420 mg a un precio de S/ 5,921.90.

**Tabla N° 5: Precio unitario de importación de medicamentos oncológicos seleccionados**

Año 2016			Año 2017		
Busulfano 6 mg	vial	S/. 9,030.25			
Pertuzumab 420mg	vial	S/. 5,623.11	Pertuzumab 420mg	vial	S/. 5,921.90
Trastuzumab 160mg	vial	S/. 5,178.27	Trastuzumab 160mg	vial	S/. 5,479.74
Trastuzumab 440mg	vial	S/. 3,883.67	Trastuzumab 440mg	vial	S/. 3,740.76
Trastuzumab 600mg	vial	S/. 3,866.98	Trastuzumab 600mg	vial	S/. 3,453.16
Trastuzumab 100mg	vial	S/. 3,312.54	Trastuzumab 100mg	vial	S/. 3,432.80
Trastuzumab 150mg	vial	S/. 381.91	Trastuzumab 150mg	vial	S/. 389.71
Rituximab 500mg	vial	S/. 2,966.21	Rituximab 500mg	vial	S/. 3,071.20
Afatinib 30 mg	comprimido	S/. 2,401.44	Afatinib 30 mg	comprimido	S/. 2,337.77
Afatinib 40 mg	comprimido	S/. 2,330.64	Afatinib 40 mg	comprimido	S/. 2,332.73
Afatinib 20 mg	comprimido	S/. 2,330.55			
Bortezomib 3.5 mg	vial	S/. 2,304.67	Bortezomib 3.5 mg	vial	S/. 2,429.20
Nivolumab 10mg	vial	S/. 2,282.18	Nivolumab 10mg	vial	S/. 2,325.72
Pemetrexed 500 mg	vial	S/. 7,008.88	Pemetrexed 500 mg	vial	S/. 6,965.63
Rituximab 100mg	vial	S/. 1,156.89	Rituximab 100mg	vial	S/. 1,209.79
Azacidina 100 mg	vial	S/. 1,129.97	Azacidina 100 mg	vial	S/. 1,142.46
Bevacizumab 400mg	vial	S/. 917.01	Bevacizumab 400mg	vial	S/. 3,020.97
Bevacizumab 100mg	vial	S/. 887.94	Bevacizumab 100mg	vial	S/. 933.64
Cetuximab 100mg	vial	S/. 639.48			

### 3) Impuestos no recaudados

La importación de estos 11 productos en el 2016 y 10 productos en el 2017, ha representado en conjunto un valor de S/. 139,485,172.15, que corresponde al costo de la mercancía nacionalizado en nuestro país.

Estos productos, en amparo de la Ley 27450, son exonerados del pago de aranceles e impuesto general a las ventas, por ello, el precio CIF será el mismo precio de nacionalización del producto, el precio con el que el importador retira el producto. Mediante la citada Ley 27450, los medicamentos oncológicos que sean seleccionados por el Ministerio de Salud, serán liberados del IGV y aranceles de importación. Para el caso de estos medicamentos, no se grava los siguientes tributos:

- Derechos Arancelarios (Derechos AD/VALOREM o A/V): 6% sobre el valor CIF<sup>13</sup>
- Impuesto de Promoción Municipal: 2% sobre el valor CIF + Ad Valorem
- Impuesto General a las Ventas: 16% sobre el valor CIF + Ad Valorem

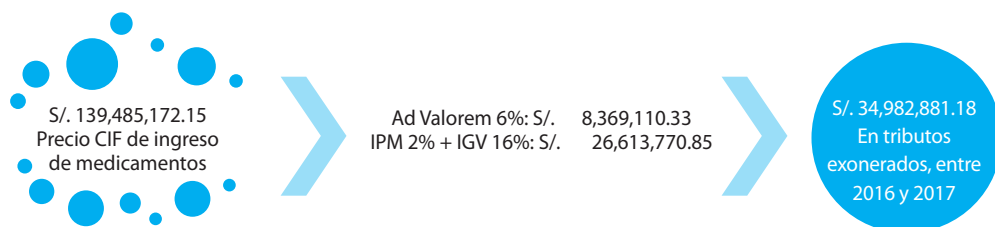
Si estos tributos se suman, en su conjunto representan el 25% de la base impositiva, que en este caso, es el 25% del precio CIF.

En este sentido, si se considera los tributos que corresponden en la importación de medicamentos, se estima que el Estado habría dejado de percibir por la Ley 27450, durante el periodos 2016 y 2017 un monto correspondiente a S/. 34,982,881.18.

<sup>13</sup>Aranceles e ADUANA 2017, para productos farmacéuticos

**Tabla N° 6: Impuestos dejados de percibir por el Estado peruano**

Año	Valores importados Precio nacionalizado	Ad Valorem 6%	IGV+IPM 18%	Valor total final S/ con tributos	Dejado de percibir
2016	S/. 61,186,500.71	S/. 3,671,190.04	S/.11,674,384.34	S/. 76,532,075.09	S/. 15,345,574.38
2017	S/. 78,298,671.44	S/. 4,697,920.29	S/. 14,939,386.51	S/. 97,935,978.24	S/. 19,637,306.80
<b>Total</b>	S/. 139,485,172.15	S/. 8,369,110.33	S/. 26,613,770.85	S/. 174,468,053.33	S/. 34,982,881.18

**Gráfico N° 3: Tributos dejados de percibir por el Estado peruano**

El detalle del valor de las importaciones y tributos que ha dejado de pagar cada empresa importadora, se aprecia en la siguiente tabla:

**Tabla N°7: Valores importados por empresas farmacéuticas, 2016-2017**

Empresas	Valores importados	Valores importados	Valor total importado	Total exonerados
	2016	2017		
ROCHE FARMA (PERÚ) S.A.	S/. 49,450,551.79	S/. 65,543,535.19	S/. 114,994,086.98	S/. 28,840,517.01
BRISTOL-MYERS SQUIBB PERÚ S.A.	S/. 5,415,646.67	S/. 8,900,345.81	S/. 14,315,992.48	S/. 3,590,450.91
TECNOFARMA S.A.	S/. 2,266,724.71	S/. 1,484,059.39	S/. 3,750,784.10	S/. 940,696.65
JOHNSON & JOHNSON DEL PERÚ S.A.	S/. 884,994.20	S/. 1,880,199.30	S/. 2,765,193.51	S/. 693,510.53
MERCK PERUANA S.A.	S/. 1,023,172.55		S/. 1,023,172.55	S/. 256,611.68
BOEHRINGER INGELHEIM PERÚ S.A.C	S/. 753,945.56		S/. 753,945.56	S/. 189,089.55
ELI LILLY INTERAMERICA INC SUCURSAL PERÚ	S/. 707,868.74		S/. 707,868.74	S/. 177,533.48
COVANCE PERÚ SERVICES S.A.	S/. 236,066.00	S/. 127,787.26	S/. 363,853.26	S/. 91,254.40
ELI LILLY INTERAMERICA INC SUCURSAL PERÚ		S/. 320,950.74	S/. 320,950.74	S/. 80,494.45
MERCK SHARP & DOHME PERÚ S.R.L.	S/. 140,177.57	S/. 41,793.75	S/. 181,971.33	S/. 45,638.41
QUIROGA CARMONA MANUEL ANDRÉS	S/. 84,643.01		S/. 84,643.01	S/. 21,228.47
LLAP YESAN FELIX MOISES	S/. 70,806.10		S/. 70,806.10	S/. 17,758.17
DEL CARPIO DEL CARPIO JOSÉ ÁNGEL	S/. 49,413.87		S/. 49,413.87	S/. 12,393.00
GALVÁN COSTA JAVIER RAMÓN	S/. 47,812.05		S/. 47,812.05	S/. 11,991.26
GUTIERREZ SULLCARAY NILO	S/. 36,617.38		S/. 36,617.38	S/. 9,183.64
GLOBAL MED FARMA S.A.C.	S/. 18,060.50		S/. 18,060.50	S/. 4,529.57
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>S/. 61,186,500.71</b>	<b>S/. 78,298,671.44</b>	<b>S/. 139,485,172.15</b>	<b>S/. 34,982,881.18</b>

#### 4) Compras públicas

Las compras estatales realizadas durante los años 2016 y 2017 sobre medicamentos oncológicos seleccionados para este estudio, que se registran en la página web del Organismo Supervisor de Compras del Estado (OSCE)<sup>14</sup>, fueron realizadas por instituciones del Ministerio de Salud (MINSa), de EsSalud y de la Policía Nacional del Perú, conforme se detalla en la siguiente tabla.

**Tabla N° 8: Instituciones estatales que compraron medicamentos oncológicos seleccionados durante los años 2016 y 2017**

Institución	Montos de adquisición (S/)		
	Año 2016	Año 2017	Total general
<b>CENARES</b>			
CENTRO NACIONAL DE ABASTECIMIENTO DE RECURSOS ESTRATÉGICOS EN SALUD		S/. 16,563,114.75	S/. 16,563,114.75
<b>ESSALUD</b>			
SEGURO SOCIAL DE SALUD		S/. 984,906.44	S/. 984,906.44
<b>MINSa</b>			
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HNAS		S/. 101,260.72	S/. 101,260.72
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA - INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR	S/. 1,092,073.50	S/. 1,544,502.75	S/. 2,636,576.25
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA-ZONA DE DESARROLLO INTEGRAL DE SALUD - HOSPITAL GOYENECHÉ	S/. 1,049,370.00		S/. 1,049,370.00
GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD - INST.REG. DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS LUIS PINILLOS GANOZA	S/. 2,053,566.00	S/. 373,211.55	S/. 2,426,777.55
GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD-INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA		S/. 120,693.20	S/. 120,693.20
GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE - HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE	S/. 1,170,078.75	S/. 1,144,077.00	S/. 2,314,155.75
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARÍA AUXILIADORA	S/. 74,592.00		S/. 74,592.00
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	S/. 1,031,455.32		S/. 1,031,455.32
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	S/. 4,160,280.00		S/. 4,160,280.00
INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA	S/. 141,922.00		S/. 141,922.00
<b>PNP</b>			
FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ	S/. 1,572,755.00		S/. 1,572,755.00
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>S/. 12,346,092.57</b>	<b>S/. 20,831,766.41</b>	<b>S/. 33,177,858.98</b>

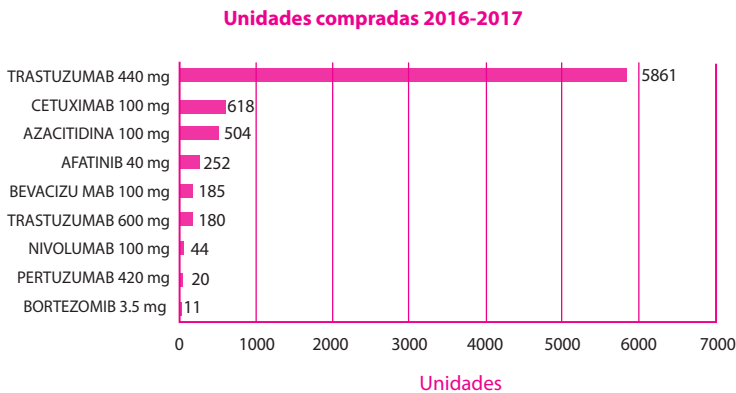
<sup>14</sup>Consulta realizada en la web del OSCE entre abril y julio 2018. <http://prodapp2.seace.gob.pe/seacebus-uiwd-pub/buscadorPublico/buscadorPublico.xhtml>



El monto total adquirido durante el año 2016 fue de S/. 12,346,092.57, mientras que en el año 2017 fue de S/. 20,831,766.41. El total adquirido por el Estado peruano en 9 medicamentos, ente el año 2016 y 2017 fue de S/. 33,177,858.98.

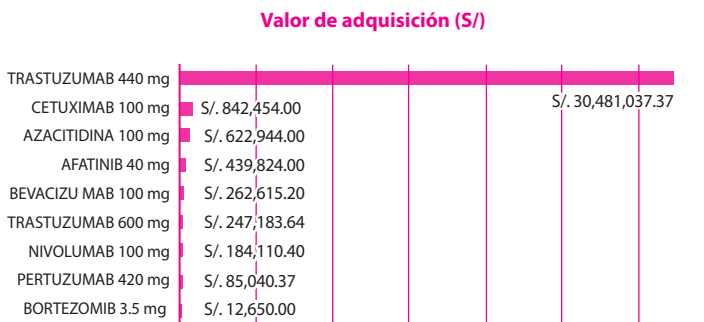
El medicamento que registró mayor cantidad de unidades adquiridas fue el trastuzumab de 440 mg, que supera ampliamente las unidades adquiridas que se registran en 5,861, mientras que el medicamento que le sigue en adquisición es el cetuximab con 618 unidades, como se aprecia en el siguiente gráfico.

**Gráfico N° 4: Unidades compradas por el Estado durante el periodo de estudio**



El transtuzumab de 440 mg, adicionalmente, es el medicamento que registró el mayor valor de adquisición, habiendo facturado para el estado S/. 30,481,037.37 entre el año 2016 y 2017, con una diferencia muy marcada con el segundo medicamento, trastuzumab de 600 mg que facturó al Estado S/ 842,454.00 en el mismo periodo.

**Gráfico N° 5: Monto invertido por el Estado durante el periodo de estudio en los medicamentos seleccionados**



Los medicamentos oncológicos seleccionados, son considerados de alto costo, su elevado precio unitario hace que su principal comprador sean instituciones. El Estado peruano, está incluyendo estos productos, conforme se incorpora estos tipos de cáncer en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y su inclusión en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME).

El mayor precio unitario de adquisición lo registra el pertuzumab de 420 mg con S/. 9,205.52 por cada ampolla, mientras que el precio unitario de adquisición más barato corresponde al afatinib de 40 mg, con un precio de 337.46 soles por unidad.

**Tabla N° 9: Precio unitario de medicamentos seleccionados adquiridos por el Estado 2016 – 2017**

Medicamento	Precio Unitario		
	2016	2017	Promedio 2017-2017 <sup>15</sup>
PERTUZUMAB 420 mg		S/. 9,205.52	S/. 9,205.52
NIVOLUMAB 100 mg		S/. 5,617.81	S/. 5,617.81
TRASTUZUMAB 440 mg	S/. 5,210.86	S/. 5,200.35	S/. 5,206.92
TRASTUZUMAB 600 mg	S/. 4,680.30	S/. 4,680.30	S/. 4,680.30
BEVACIZUMAB 100 mg	S/. 1,419.22	S/. 1,419.92	S/. 1,419.57
BORTEZOMIB 3.5 mg	S/. 1,150.00		S/. 1,150.00
CETUXIMAB 100 mg	S/. 1,008.00	S/. 1,008.00	S/. 1,008.00
AZACITIDINA 100 mg		S/. 872.67	S/. 872.67
AFATINIB 40 mg		S/. 337.46	S/. 337.46

## 5) Precio de importación y precio de adquisición

Cuando se comparan los precios de importación y los de adquisición, se encuentran diferencias que van entre S/. 360.00 y S/. 3,280.00, por unidad de medicamento, como se aprecia en las Tablas N° 10 y 11, lo que en el conjunto de la compra del año 2016 representa S/. 3,069,864.93, y en el año 2017 S/. 5,240,991.10.

En resumen, la compra estatal de los medicamentos seleccionados para este estudio, durante los años 2016 y 2017, representó un incremento de S/. 8,310,856.03 (25%), respecto a su precio de nacionalización.

**Tabla N° 10: Medicamentos seleccionados adquiridos por el Estado en el 2016**

Medicamento	Cantidad	PU Nacionalizado	PU adquisición	% Incremento respecto a precio nacionalizado	Valor importación	Valor Adquisición	Diferencia
AZACITIDINA 100 mg	336	S/. 1,129.97	S/. 925.00	-18%	S/. 379,670.74	S/. 310,800.00	S/. -68,870.74
BEVACIZUMAB 100 mg	100	S/. 887.94	S/. 1,419.22	60%	S/. 88,793.96	S/. 141,922.00	S/. 53,128.04
BORTEZOMIB 3.5 mg	11	S/. 2,304.67	S/. 1,150.00	-50%	S/. 25,351.40	S/. 12,650.00	S/. -12,701.40
CETUXIMAB 100 mg	418	S/. 639.48	S/. 1,008.00	58%	S/. 267,303.83	S/. 421,344.00	S/. 154,040.17
TRASTUZUMAB 440 mg	2,173	S/. 3,883.67	S/. 5,210.86	34%	S/. 8,439,209.29	S/. 11,302,146.57	S/. 2,862,937.28
TRASTUZUMAB 600 mg	100	S/. 3,866.98	S/. 4,680.30	21%	S/. 386,698.43	S/. 468,030.00	S/. 81,331.57
<b>TOTAL</b>	<b>3,138</b>				<b>S/. 9,587,027.64</b>	<b>S/. 12,656,892.57</b>	<b>S/. 3,069,864.93</b>

<sup>15</sup>Se realizó un promedio aritmético con los precios unitarios de cada producto en cada año, dado que los precios son muy similares en cada año.

Mientras que, en el año 2017, el Estado adquirió S/ 2,056,009.17, que representa, en valores, el 4% del total importado en estos 4 medicamentos.

**Tabla N° 11: Medicamentos seleccionados adquiridos por el Estado en el 2017**

Medicamento	Cantidad	PU Nacionalizado	PU adquisición	% Incremento respecto a precio nacionalizado	Valor importación	Valor Adquisición	Diferencia
AFATINIB 40 mg	252	S/. 2,332.73	S/. 337.46	-86%	S/. 587,848.05	S/. 85,040.37	S/. -502,807.68
AZACITIDINA 100 mg	168	S/. 1,142.46	S/. 768.00	-33%	S/. 191,933.78	S/. 129,024.00	S/. -62,909.78
BEVACIZUMAB 100 mg	85	S/. 933.64	S/. 1,419.92	52%	S/. 79,359.50	S/. 120,693.20	S/. 41,333.70
CETUXIMAB 100 mg	200	S/. 639.48	S/. 1,008.00	58%	S/. 127,896.57	S/. 201,600.00	S/. 73,703.43
NIVOLUMAB 100 mg	44	S/. 2,325.72	S/. 5,617.81	142%	S/. 102,331.61	S/. 247,183.64	S/. 144,852.03
PERTUZUMAB 420 mg	20	S/. 5,921.90	S/. 9,205.52	55%	S/. 118,437.90	S/. 184,110.40	S/. 65,672.50
TRASTUZUMAB 440 mg	3,688	S/. 3,740.76	S/. 5,200.35	39%	S/. 13,795,915.28	S/. 19,178,890.80	S/. 5,382,975.52
TRASTUZUMAB 600 mg	80	S/. 3,453.16	S/. 4,680.30	36%	S/. 276,252.62	S/. 374,424.00	S/. 98,171.38
<b>TOTAL</b>	<b>4,537</b>				<b>S/. 15,279,975.31</b>	<b>S/. 20,520,966.41</b>	<b>S/. 5,240,991.10</b>

Cuando se observa el detalle de la diferencia entre el precio de adquisición del Estado respecto al precio nacionalizado, se evidencia algunos casos particulares que muestran una disminución del precio de adquisición respecto al precio importación, un comportamiento no esperado en el análisis de la información disponible, esto se da en los medicamentos azacitidina de 100mg y bortezomib de 3.5 mg, en el año 2016, que disminuyen su precio en 18% y 50%, respectivamente. Mientras que en el año 2017, se observa este mismo comportamiento para los medicamentos afatinib 40 mg y azacitidina de 100mg, que disminuyen su precio en 86% y 33%, respectivamente.

## Discusión

### 1) Productos importados

Los medicamentos encontrados en este estudio son considerados de alto costo dado a su alto impacto en la remuneración mínima vital (RMV)<sup>16</sup>. En la mayoría de casos, la compra de una unidad de estos productos, sobrepasa el monto de la RMV y en el menor de los casos, el costo representa más de la mitad de esta unidad salarial.

En el año 2016, la importación de 11 medicamentos en 19 presentaciones, registraron un valor de S/. 61,186,500.71, que representaron 24,077 unidades de medicamentos que ingresaron a nuestro país durante ese año.

Para el año 2017, se registran 12 medicamentos en 18 presentaciones, que alcanza un monto valorizado de 78,298,671.44, que corresponde a 27,877 unidades de medicamentos importadas en el citado año.

En su conjunto, las importaciones de estos 12 medicamentos seleccionados, ascendieron a un monto de S/. 139,485,172.15, durante el periodo de estudio; es decir, el valor de importación de estos 12 medicamentos durante los años 2016 y

<sup>16</sup>Remuneración Mínima Vital equivale a S/. 930.00, Decreto Supremo N° 004-2018-TR.

2017, representa aproximadamente el 19% del presupuesto público asignado al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) el año 2017<sup>17</sup>; se hace notar que esta comparación se hace con el precio de importación, pero si hace con el precio de adquisición, este porcentaje podría elevarse a aproximadamente 29%<sup>18</sup>, es decir la tercera parte del presupuesto de 2017 del CENARES, hubiera cubierto la demanda nacional de estos 12 productos por dos años.

En este mismo sentido, se observa que en general el número de unidades importadas se ha incrementado ligeramente comparando ambos años lo que se correlaciona con la perspectiva del incremento de la demanda de tratamiento contra el cáncer que prevén las aseguradoras de salud<sup>19</sup>, que refleja un escenario de la demanda de estos tratamientos en el Perú, que cada vez se ira incrementado, al que el Estado, los próximos años.

## 2) Impuestos no recaudados

El valor de la importación de los 12 medicamentos seleccionados que asciende a S/. 139,485,172.15, durante el periodo del estudio, se encuentra exonerado de impuestos conforme a la Ley 27450, lo que implica que el estado ha dejado de percibir un aproximado de 35 millones de soles, de los cuales 15 millones corresponden al año 2017 y más de 19 millones al año 2017.

Estos casi 35 millones de soles representan el 8% del presupuesto que el Estado destina para la compra de recursos estratégicos<sup>20</sup> en el 2016 y al 4% del presupuesto del año 2017<sup>21</sup>, a través del CENARES, pero que en este caso, pasan a formar parte de las utilidades de las empresas farmacéuticas que importan y comercializan estos medicamentos.

En el presente estudio, se han analizado 12 principios activos empleados para el tratamiento contra el cáncer de los 124 que hasta el momento el Estado peruano ha exonerado de tributos e impuestos en este rubro, conforme se señala en el Decreto Supremo N° 23-2016-SA.

De los 12 medicamentos estudiados, 7 se encuentran formando parte del Petitorio Unico de Medicamentos Esenciales y sus Listas Complementarias (5 principios activos, en este último caso)<sup>22</sup>, los 5 restantes, cuentan con un informe de evaluación de tecnología sanitaria que apoya su adquisición por parte del Estado.

<sup>17</sup>Presupuesto inicial de CENARES en el año 2017: S/. 726,450,000, conforme a lo reportado en la página web del Ministerio de Economía. Transparencia económica, consulta amigable. <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>.

<sup>18</sup>Se asume un incremento de 50% sobre el precio de importación conforme a la mediana del incremento del precio de adquisición respecto al precio de importación, identificado en el presente estudio.

<sup>19</sup>Redacción Getión (10 de agosto de 2015) Según Pacífico Seguros, la demanda por seguros oncológicos crece hasta 40% cada año. Diario Gestión. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/empresas/demanda-seguros-oncologicos-crece-40-ano-96799>.

<sup>20</sup>Medicamentos y dispositivos médicos priorizados a través de los petitorios nacionales desarrollando los mecanismos necesarios para la atención de las intervenciones sanitarias definidas por los programas y establecimientos del Ministerio de Salud – MINSA, ESSALUD, de los organismos dependientes de los Gobiernos Regionales y otras entidades de Salud, distintas del MINSA.

<sup>21</sup>Idem 5

<sup>22</sup>RM 640-2017/MINSA: Azacitidina 100 mg iny, Bortezomib 3.5 mg Iny, Erlotinib (como clorhidrato) 150 mg tab, Sunitinib (como clorhidrato) 25 mg tab y Trastuzumab 600 mg iny. RM 323-2013/MINSA: Busulfano 2 mg Tab, Busulfano 6 mg/ml 10 ml iny, Cetuximab 5 mg/ml 20 ml iny, Dasatinib 50 mg tab, Dasatinib 70 mg tab, Melfalan (comoclorhidrato) 50 mg iny, Mitomicina 20 mg iny, Temozolomida 100 mg tab, Trastuzumab 440 mg iny-

Los resultados de este estudio, muestran que el Estado ha dejado de recaudar un monto de S/. 35,000,000.00 en la importación de 12 principios activos en dos años, lo que de manera consecuente nos deja la incógnita de cuanto deja de recabar el Estado en los 124 principios activos exonerados.

### 3) Compras públicas

Dado el alto costo de estos productos, el principal nicho de mercado es la venta institucional.

Para el caso del Estado, se han establecido algunos mecanismos para la adquisición de estos medicamentos, pasando por la aprobación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) que fueron encargadas por el Estado, o por la incorporación de listas complementarias al Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUM), como son las Listas Complementarias al PNUM, que para el caso de productos oncológicos son dos:

- Resolución Ministerial N° 323-2013/MINSA que contiene 9 Productos.
- Resolución Ministerial N° 649-2016/MINSA, que contiene 5 Productos.

Respecto a las adquisiciones de medicamentos por parte del Estado, solo 8 de los 12 productos fueron encontrados en la consulta online del Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (OSCE). Esto se debe a que hasta el año 2017, los productos seleccionados, fueron adquiridos por procesos de contratación directa o adjudicación simplificada, por montos menores a S/. 400,000.00<sup>23</sup>, que son procesos que no necesariamente obedece a una programación anual de demanda. Solo en el 2017, se realizó una compra por licitación pública para el trastuzumab 440 mg (01-2017-GR-LAMB/GERESA-LHRL-DE).

Por otro lado, es común esperar que los precios de adquisición sean mayores a los precios de importación, pero, conforme a los hallazgos encontrados en el presente estudio, se identificaron 3 medicamentos cuyo precio de adquisición es menor al precio de importación, estos son:

- Afatinib 40 mg, que presenta un precio de nacionalización de alrededor de S/. 707.00, importado por Boehringer Ingelheim Perú S.A.C y Bristol-Myers Squibb Perú S.A., pero que sin embargo se encontró que fue adquirido por el Estado a un precio de S/. 337 soles, vendido por el consorcio Química Suiza S.A.-Boehringer Ingelheim Perú S.A.C. Cabe señalar que este medicamento cuenta con un proveedor único.
- Bortezomib 3.5 mg, se identificó un precio de importación de S/. 698.39 y S/. 2,304.67, y fue importado por Johnson & Johnson del Perú S.A. Posteriormente se encuentra un precio de adquisición de S/. 1,150.00, el cual fue vendido al Estado por la empresa SevenPharma SAC.
- Azacitidina 100 mg, se encontró un precio de importación de S/. 1,142.46, que fue nacionalizado por la empresa TECNOFARMA S A. Luego, en la base de datos del OSCE, se encuentra un precio de adquisición de S/. 872.67, que fue ofertado por la empresa PERULAB S.A.

<sup>23</sup><http://www.perucontrata.com.pe/topes2018.pdf>

Esta disminución del precio en la adquisición de los medicamentos señalados, podría orientarnos a plantear las siguientes hipótesis:

- Los registros de información, de SUNAT o de la OSCE, tienen algún error.
- Las empresas que vendieron estos medicamentos al Estado, contaban con un stock de estos medicamentos, adquirido en fechas anteriores a este estudio y que consiguieron un precio muy bajo.
- Los importadores de estos medicamentos, registran un pago mucho mayor al precio real de estos productos, el cual, durante el proceso de comercialización se sincera y disminuye sustancialmente para que sea factible de ser adquirido por las instituciones.

**Tabla N° 12: PU de importación vs. PU adquisición observados de medicamentos seleccionados**

Empresas importadoras	Etiquetas de fila	2016		2017		Empresas proveedoras del Estado
		PU Importación	PU Adquisición	PU Importación	PU Adquisición	
BOEHRINGER INGELHEIM PERÚ S.A.C.	AFATINIB 40 MG	S/. 1,142.46			S/. 337.46	QUIMICA SUIZA S.A. - BOEHRINGER INGELHEIM PERÚ S.A.C.
BRISTOL-MYERS SQUIBB PERÚ S.A.	AFATINIB 40 MG			S/. 706.73	S/. 337.46	QUIMICA SUIZA S.A. - B OEHRINGER INGELHEIM PERÚ S.A.C.
JOHNSON & JOHNSON DEL PERÚ S.A.	BORTZOMIB 3.5 MG	S/. 2,304.67	S/. 1,150.00	S/. 736.18		SEVEN PHARMA S.A.C.
TECNOFARMA S.A.	AZACITIDINA 100 MG	S/. 1,142.46		S/. 1,142.46	S/. 872.67	PERULAB S.A.

Si se aparta los casos antes citados, se observa que los precios de adquisición de los medicamentos tienen una amplia variación respecto a su precio de importación. Así, en el año 2016, estos van desde 21% a 60% de incremento, con una mediana de 46% de incremento. Mientras que para el año 2017, el precio de adquisición incrementó al precio de importación entre 36% y 142%, con una mediana de 54%.

Es decir, entre el 2016 y 2017, los precios de adquisición del Estado de los medicamentos seleccionados, fueron alrededor de 50% más altos respecto a su precio de importación.

A pesar de que este porcentaje podría dar la impresión de no ser muy alto, el hecho de que estos productos están exonerados de aranceles y que tienen un precio alto al momento de su nacionalización, hace que ese porcentaje represente un considerable impacto en el precio del medicamento como producto terminado.

**Tabla N° 13: Precio de Adquisición y precio nacionalizado de medicamentos estudiados, por unidad de medicamento**

Medicamento	Unidad	PU Nacionalizado	PU adquisición	% Incremento	Incremento en Soles
<b>2016</b>					
BEVACIZUMAB 100 mg	Vial	S/. 887.94	S/. 1,419.22	60%	S/. 531.28
CETUXIMAB 100 mg	Vial	S/. 639.48	S/. 1,008.00	58%	S/. 368.52
TRASTUZUMAB 440 mg	Vial	S/. 3,883.67	S/. 5,210.86	34%	S/. 1,327.19
TRASTUZUMAB 600 mg	Vial	S/. 3,866.98	S/. 4,680.30	21%	S/. 813.32
<b>2017</b>					
BEVACIZUMAB 100 mg	Vial	S/. 933.64	S/. 1,419.92	52%	S/. 486.28
CETUXIMAB 100 mg	Vial	S/. 639.48	S/. 1,008.00	58%	S/. 368.52
NIVOLUMAB 100 mg	Vial	S/. 2,325.72	S/. 5,617.81	142%	S/. 3,292.09
PERTUZUMAB 420 mg	Vial	S/. 5,921.90	S/. 9,205.52	55%	S/. 3,283.62
TRASTUZUMAB 440 mg	Vial	S/. 3,740.76	S/. 5,200.35	39%	S/. 1,459.59
TRASTUZUMAB 600 mg	Vial	S/. 3,453.16	S/. 4,680.30	36%	S/. 1,227.14

Se puede apreciar que el incremento del precio de adquisición, respecto al precio de importación, de cada unidad de un medicamento, puede variar desde S/. 531.28 hasta S/. 3,292.09 soles por cada vial.

#### 4) Impacto de las exoneraciones de impuestos y aranceles

Los hallazgos de este estudio muestran que el monto de las exoneraciones de impuestos y aranceles a los medicamentos oncológicos, asciende a casi 35 millones de soles, entre los años 2016 – 2017, en 11 medicamentos importados que formaron parte del presente estudio.

Por otro lado, el Estado, en el mismo periodo de estudio, adquirió 8 medicamentos de estos 11 medicamentos estudiados, invirtiendo alrededor de 33 millones de soles, es decir, que hipotéticamente con el monto de las exoneraciones el Estado hubiera podido adquirir el doble de los 8 medicamentos citados en este estudio, adquiridos en el 2016–2018, que hubiera significado atender al doble de la población que requiere estos medicamentos.

Caso especial es el de trastuzumab, un medicamento ampliamente usado para el tratamiento de cáncer de mama en el mundo y en nuestro país, el cual en el periodo de estudio representa en valores, el mayor monto invertido por el Estado, ya que para su adquisición se invirtió alrededor de 30 millones de soles.

El tratamiento del cáncer de mama con trastuzumab (cáncer de mama metastásico), al precio de adquisición del Estado, cuesta alrededor de S/. 5,200.00 soles por dosis, que debe ser administrada cada 3 semanas<sup>24</sup>, siguiendo la mejoría del paciente, y usualmente se administra por 6 meses a un año<sup>25</sup>.

<sup>24</sup>Posología descrita en la Ficha técnica del medicamento aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos. Recuperado de [http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2007/2007042423852/anx\\_23852\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2007/2007042423852/anx_23852_es.pdf).

<sup>25</sup>Referencia brindada en la ficha técnica de por la Sociedad Americana de Cáncer. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/terapia-dirigida-para-el-cancer-de-seno.html>.

En este sentido, un tratamiento de 6 meses a una mujer con cáncer de mama, implicarían 8 aplicaciones, con un costo de S/. 47,686.00 en los 6 meses. De este modo, el monto dejado de percibir por el Estado en la exoneración de aranceles e impuestos, de casi S/. 35,000,000.00, podría haber cubierto la aplicación de este medicamento a más de 830 mujeres con cáncer de seno.

## 5) Asequibilidad

La asequibilidad es la capacidad de adquirir algo, que para este caso, es un bien concreto, un medicamento en caso de una dolencia de carácter oncológico y que sea indicado por una prescripción médica.

Tomando en consideración las indicaciones de uso aprobadas por las agencias reguladoras de medicamentos, podemos construir algunos escenarios que muestran el impacto económico del uso de estos medicamentos, y si lo relacionamos con el salario de un trabajador o trabajadora, es posible estimar el esfuerzo necesario para costear la administración del medicamento (ver Tabla N° 14).

Se puede observar, que en todos los casos presentados, que corresponden a los medicamentos adquiridos por el Estado durante los años de estudio, un trabajador que gana el Salario Mínimo Vital necesitaría mínimo 4 meses de trabajo, para pagar solo el tratamiento de inicio con estos medicamentos, desplazando cualquier otra necesidad vital. En el caso de un trabajador o trabajadora que gana el salario promedio en Lima Metropolitana, conforme al INEI, necesitara al menos 2 meses de trabajo íntegros para pagar el inicio del tratamiento con estos medicamentos. En ambos casos sin contar con la medicación adicional en dicha terapia y cuidados de salud adicionales, que incrementan el gasto de atención.



Tabla N° 14: Esfuerzo laboral necesario para pagar la dosis inicial de un tratamiento contra el cáncer en medicamentos seleccionados

Medicamento	Dosis según EMA	Criterios de paciente, cálculo de dosis	Dosis de inicio	Unidades necesarias	PU adquisición	Costo de aplicación	Meses de trabajo necesarios	Meses de trabajo necesarios, salario medio en Lima 2018 - (INEI) <sup>28</sup>
							SMV <sup>27</sup>	S/. 930.00
BEVACIZUMAB 100 mg	Entre 5 y 15 mg por kilogramo de peso corporal cada dos o tres semanas, en función del tipo de cáncer que se esté tratando. El tratamiento continúa hasta que deje de ser beneficioso para el paciente.	Adulto 60 Kg	300 mg	3	S/. 1,419.22	S/. 4,258	4.6	2.5
CETUXIMAB 100 mg	Primera perfusión es una dosis de 400 mg/m <sup>2</sup> de superficie corporal (calculada mediante la altura y el peso del paciente) durante dos horas. Las perfusiones siguientes son de 250 mg/m <sup>2</sup> durante una hora. El tratamiento debe proseguirse el tiempo que sea necesario en función de la respuesta del paciente.	Adulto 60 kg y 1.6 m= 1.62m <sup>2</sup>	648 mg	6	S/. 1,008.00	S/. 6,048	6.5	3.6
TRASTUZUMAB 440 mg	La dosis de inicio recomendada es de 8 mg/kg de peso. La dosis de mantenimiento recomendada es de 6 mg/kg de peso cada tres semanas, comenzando tres semanas después de la dosis de inicio.	Adulto 60 Kg	480 mg	1	S/. 5,210.86	S/. 5,211	5.6	3.1
NIVOLUMAB 100 mg	La dosis recomendada de OPDIVO es nivolumab 240 mg cada 2 semanas o 480 mg cada 4 semanas.		240 mg	1	S/. 5,617.81	S/. 5,618	6.0	3.4
PERTUZUMAB 420 mg	La primera dosis recomendada es de 840 mg administrada durante una hora. Seguidamente se pasa a una dosis de 420 mg cada tres semanas, administrada durante un período de media hora a una hora. El tratamiento deberá interrumpirse o detenerse definitivamente si el paciente sufre determinados efectos adversos.		840 mg	2	S/. 9,205.52	S/. 18,411	19.8	11.0

## Conclusiones

- 1) La exoneración de aranceles a la importación e Impuesto General a las Ventas (IGV) a los medicamentos contra el cáncer, representa un 25% del precio CIF, que las empresas importadoras, dejan de pagar al amparo de la Ley 27450.
- 2) En la importación de 11 medicamentos de alto costo empleados para el tratamiento del cáncer, **el Estado peruano ha dejado de percibir 34 millones de soles entre el año 2016 y 2017**, al amparo de la Ley 27450, que exonera de tributos e impuestos a estos productos.
- 3) El monto de las exoneraciones de estos 11 medicamentos en el 2016 – 2017, asciende a 34 millones de soles, que es mayor al monto de adquisición de estos medicamentos por parte del Estado en ambos años. Es decir, con las exoneraciones, el Estado peruano hubiera podido comprar el doble de los medicamentos adquiridos señalados en este estudio, durante los años 2016-2017.
- 4) El precio de adquisición de estos medicamentos por parte del Estado evidencia un incremento mediano de 50%, respecto al precio de importación, que en valores representa entre S/. 300.00 y S/. 3,200.00 por cada unidad de medicamento.
- 5) **El inicio del tratamiento oncológico, que consiste en la primera aplicación, con cualquiera de los medicamentos seleccionados, implica como mínimo un esfuerzo laboral de 4 meses de trabajo para una persona que percibe el salario mínimo vital, y de 2 meses de trabajo para quienes perciben el promedio del ingreso en Lima metropolitana, según lo señala el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).**

## Recomendaciones

Para el Estado:

- 1) Evaluar el impacto de las exoneraciones arancelarias y de impuestos a los medicamentos y plantear medidas para revertir o compensar en favor de las y los usuarios el beneficio.
- 2) Dado que no existe evidencia de que las exoneraciones de tributos e impuestos aplicados a los medicamentos hayan beneficiado a las y los usuarios finales, en el precio de adquisición, se sugiere establecer mecanismos que permitan, de manera tangible, recibir los efectos esperados de estas exoneraciones para la población peruana, como por ejemplo, la entrega de obras o bienes requeridos por el sistema de salud, o bonos para la compra de medicamentos, en montos equivalentes al monto a las exoneraciones aplicadas.

<sup>26</sup>Agencia Europea de Medicamentos.

<sup>27</sup>SMV: Salario Mínimo vital aprobado en el 2018.

<sup>28</sup>Salario promedio en Lima, durante el segundo trimestre del 2018, según el reporte del INEI "Situación del Mercado Laboral en Lima Metropolitana, mayo, junio, julio 2018".

- 3) La búsqueda de información en las bases de datos de ADUANAS, de su página web, se hace un tanto dificultosa debido a que no es posible indexar esta información con el nombre del medicamento, desde la interfaz con que cuentan para el público en general. Por ello, se sugiere que a través de las instituciones reguladoras, se permita contar con la posibilidad de realizar esta búsqueda, particularmente en el tema de medicamentos por el impacto de estos productos en el sistema de salud.

Para las Empresas:

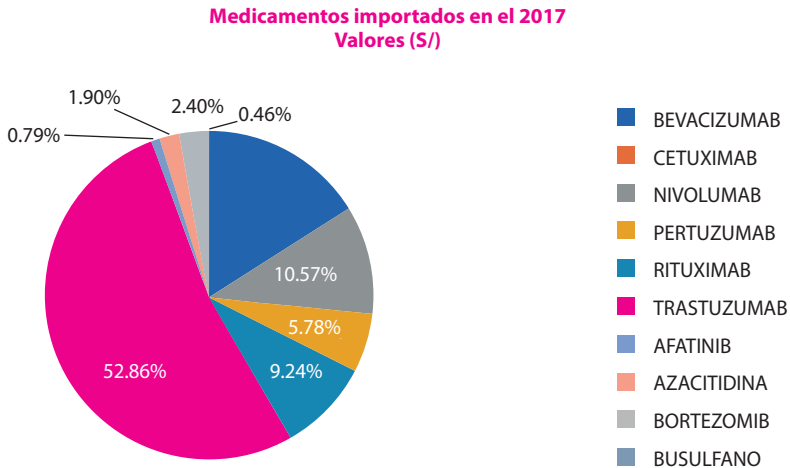
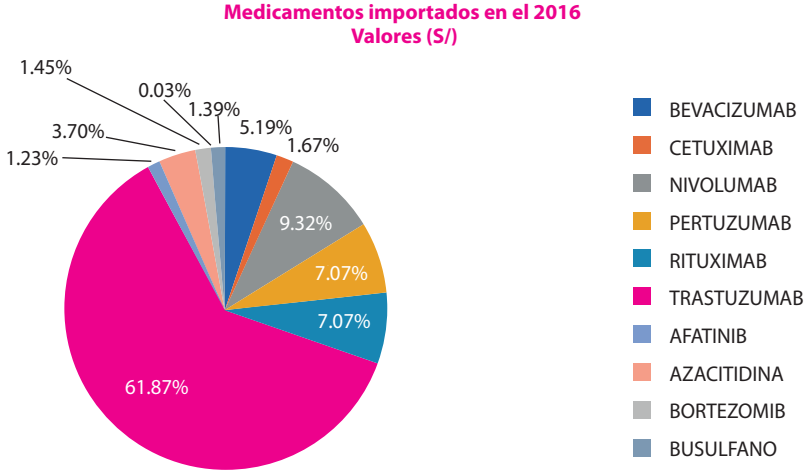
- 4) Mejorar la transparencia con una declaración de los montos exonerados en impuestos y aranceles en el año, que permitiría establecer mecanismos de compensación para buscar el beneficio de la población.
- 5) Establecer mecanismos de transparencia para la fijación del precio final de los medicamentos, con carácter de declaración jurada que de información sobre el coste de los procesos involucrados desde la importación hasta la venta del medicamento, lo que podría constituirse en un requisito para ser beneficiado con esta exoneración.

## Bibliografía

- Comex, Febrero 16, 2018 / Semanario, publicado en <https://www.comexperu.org.pe/publicaciones?>
- Valladares G. et al, Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América, Ministerio de Salud, abril, 2005
- Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), Impacto de las medidas de inafectación tributaria en los precios de los medicamentos para el tratamiento oncológico, MINSA, Octubre 2010
- Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID). Situación de los productos oncológicos de mayor impacto económico en el sistema de salud: Anticuerpos monoclonales, MINSA, Octubre 2010
- Meza E. (2011). Impacto de las exoneraciones arancelarias y tributarias en los precios de los medicamentos. Lima, AIS LAC. RED GE.
- Informe preparado para ALAFARPE. "Análisis del Estudio Realizado por el Ministerio de Salud sobre la Inafectación Tributaria de los Medicamentos Oncológicos", Consultora APOYO, marzo 2011.
- MINSA (2011)."Aclaraciones a las observaciones del informe de Apoyo consultoría respecto al estudio de inafectación de Medicamentos Oncológicos".
- "Exoneraciones y Acceso a Medicamentos". AIS-REDGE. Junio 2012.
- Situación del Mercado Laboral en Lima Metropolitana, Trimestre móvil: Mayo-Junio-Julio 2018. INEI, Encuesta Permanente de Empleo. Mayo- Julio 2018.

Anexos

Importación de medicamentos oncológicos años 2016 - 2017



## Exoneración de tributos, por medicamento, 2016

Nº	Producto	PU \$/ (CIF)	Monto total \$/ (CIF)	Ad Valorem 6%	IGV+IPM 18%	Valor total final \$/ Con tributos)	Dejado de percibir
	Biológicos						
1	BEVACIZUMAB						
	100MG	S/. 887.94	S/. 2,531,515.79	S/. 151,890.95	S/. 483,013.21	S/. 3,166,419.95	S/. 634,904.16
	400MG	S/. 917.01	S/. 641,907.60	S/. 38,514.46	S/. 122,475.97	S/. 802,898.03	S/. 160,990.43
2	CETUXIMAB						
	100MG	S/. 639.48	S/. 1,023,172.55	S/. 61,390.35	S/. 195,221.32	S/. 1,279,784.23	S/. 256,611.68
3	NIVOLUMAB						
	10MG	S/. 2,282.18	S/. 5,704,939.08	S/. 342,296.34	S/. 1,088,502.38	S/. 7,135,737.80	S/. 1,430,798.72
4	PERTUZUMAB						
	420MG	S/. 5,623.11	S/. 4,328,678.48	S/. 259,720.71	S/. 825,911.85	S/. 5,414,311.05	S/. 1,085,632.56
5	RITUXIMAB						
	100MG	S/. 1,156.89	S/. 815,610.41	S/. 48,936.62	S/. 155,618.47	S/. 1,020,165.50	S/. 204,555.09
	500MG	S/. 2,966.21	S/. 3,511,991.44	S/. 210,719.49	S/. 670,087.97	S/. 4,392,798.89	S/. 880,807.45
6	TRASTUZUMAB						
	100MG	S/. 3,312.54	S/. 743,446.89	S/. 44,606.81	S/. 141,849.67	S/. 929,903.37	S/. 186,456.48
	150MG	S/. 381.91	S/. 68,744.28	S/. 4,124.66	S/. 13,116.41	S/. 85,985.35	S/. 17,241.07
	160MG	S/. 5,178.27	S/. 599,965.47	S/. 35,997.93	S/. 114,473.41	S/. 750,436.81	S/. 150,471.34
	440MG	S/. 3,883.67	S/. 29,341,107.30	S/. 1,760,466.44	S/. 5,598,283.27	S/. 36,699,857.01	S/. 7,358,749.71
	600MG	S/. 3,866.98	S/. 7,103,650.13	S/. 426,219.01	S/. 1,355,376.44	S/. 8,885,245.58	S/. 1,781,595.45
	Síntesis química						
7	AFATINIB						
	20 MG	S/. 2,330.55	S/. 30,297.13	S/. 1,817.83	S/. 5,780.69	S/. 37,895.65	S/. 7,598.52
	30 MG	S/. 2,401.44	S/. 276,165.95	S/. 16,569.96	S/. 52,692.46	S/. 345,428.38	S/. 69,262.42
	40 MG	S/. 2,330.64	S/. 447,482.47	S/. 26,848.95	S/. 85,379.65	S/. 559,711.07	S/. 112,228.60



## Exoneración de tributos, por medicamento, 2017

Nº	Producto	PU (\$)	Monto en \$	Ad Valorem 6%	IGV+IPM 18%	Valor final \$	Dejado de percibir
	Biológicos						
1	BEVACIZUMAB						
	100MG	S/. 933.64	S/. 2,809,326.21	S/. 168,559.57	S/. 536,019.44	S/. 3,513,905.22	S/. 704,579.01
	400MG	S/. 3,020.97	S/. 9,704,522.39	S/. 582,271.34	S/. 1,851,622.87	S/. 12,138,416.61	S/. 2,433,894.22
2	NIVOLUMAB						
	10MG	S/. 2,325.72	S/. 8,279,501.70	S/. 496,770.10	S/. 1,579,728.92	S/. 10,356,000.73	S/. 2,076,499.03
3	PERTUZUMAB						
	420MG	S/. 5,921.90	S/. 4,529,412.02	S/. 271,764.72	S/. 864,211.81	S/. 5,665,388.56	S/. 1,135,976.54
4	RITUXIMAB						
	100MG	S/. 1,209.79	S/. 759,748.68	S/. 45,584.92	S/. 144,960.05	S/. 950,293.65	S/. 190,544.97
	500MG	S/. 3,071.20	S/. 6,477,161.96	S/. 388,629.72	S/. 1,235,842.50	S/. 8,101,634.17	S/. 1,624,472.22
5	TRASTUZUMAB						
	100MG	S/. 3,432.80	S/. 834,169.22	S/. 50,050.15	S/. 159,159.49	S/. 1,043,378.85	S/. 209,209.64
	150MG	S/. 389.71	S/. 66,250.26	S/. 3,975.02	S/. 12,640.55	S/. 82,865.82	S/. 16,615.56
	160MG	S/. 5,479.74	S/. 120,554.34	S/. 7,233.26	S/. 23,001.77	S/. 150,789.37	S/. 30,235.03
	440MG	S/. 3,740.76	S/. 35,653,163.92	S/. 2,139,189.84	S/. 6,802,623.68	S/. 44,594,977.44	S/. 8,941,813.51
	600MG	S/. 3,453.16	S/. 4,717,013.45	S/. 283,020.81	S/. 900,006.17	S/. 5,900,040.42	S/. 1,183,026.97
	Síntesis química						
6	AFATINIB						
	20 MG						
	30 MG	S/. 2,337.77	S/. 156,630.77	S/. 9,397.85	S/. 29,885.15	S/. 195,913.77	S/. 39,283.00
	40 MG	S/. 2,332.73	S/. 464,213.34	S/. 27,852.80	S/. 88,571.91	S/. 580,638.05	S/. 116,424.71





### Importación de medicamentos seleccionados antineoplásicos 2016 - 2017

Nº	Producto	2016				2017				Totales		
		Unidades	Montos US\$	PU (S/) <sup>29</sup>	Monto en S/	Unidades	Montos US\$	PU (S/)	Monto en S/	Total unidades	Monto total US\$	Monto en S/
	Biológicos											
1	BEVACIZUMAB	3,551	961,643.45		3,173,423.39	6,327	3,792,075.33		12,513,848.60	9,878	4,753,718.79	15,687,271.99
	100MG	2,851	767,126.00	887.94	2,531,515.79	3,009	851,310.97	933.64	2,809,326.21	5,860	1,618,436.97	5,340,842.00
	400MG	700	194,517.46	917.01	641,907.60	3,318	2,940,764.36	3,020.97	9,704,522.39	4,018	3,135,281.82	10,346,430.00
2	CETUXIMAB	1,600	310,052.29		1,023,172.55					1,600	310,052.29	1,023,172.55
	100MG	1,600	310,052.29	639.48	1,023,172.55					1,600	310,052.29	1,023,172.55
3	NIVOLUMAB	2,943	1,728,769.42		5,704,939.08	3,942	2,508,939.91		8,279,501.70	6,885	4,237,709.33	13,984,440.78
	10MG	2,943	1,728,769.42	2,282.18	5,704,939.08	3,942	2,508,939.91	2,325.72	8,279,501.70	6,885	4,237,709.33	13,984,440.78
4	PERTUZUMAB	880	1,311,720.75		4,328,678.48	924	1,372,549.10		4,529,412.02	1,804	2,684,269.85	8,858,090.51
	420MG	880	1,311,720.75	5,623.11	4,328,678.48	924	1,372,549.10	5,921.90	4,529,412.02	1,804	2,684,269.85	8,858,090.51
5	RITUXIMAB	1,889	1,311,394.50		4,327,601.85	2,737	2,193,003.22		7,236,910.63	4,626	3,504,397.72	11,564,512.48
	100MG	705	247,154.67	1,156.89	815,610.41	628	230,226.87	1,209.79	759,748.68	1,333	477,381.54	1,575,359.09
	500MG	1,184	1,064,239.83	2,966.21	3,511,991.44	2,109	1,962,776.35	3,071.20	6,477,161.96	3,293	3,027,016.18	9,989,153.39
6	TRASTUZUMAB	9,882	11,471,792.14		37,856,914.07	11,332	12,542,773.09		41,391,151.19	21,214	24,014,565.23	79,248,065.25
	100MG	237	225,286.94	3,312.54	743,446.89	243	252,778.55	3,432.80	834,169.22	480	478,065.49	1,577,616.11
	150MG	180	20,831.60	381.91	68,744.28	170	20,075.84	389.71	66,250.26	350	40,907.44	134,994.54
	160MG	73	181,807.72	5,178.27	599,965.47	22	36,531.62	5,479.74	120,554.34	95	218,339.34	720,519.81
	440MG	7,555	8,891,244.64	3,883.67	29,341,107.30	9,531	10,803,989.07	3,740.76	35,653,163.92	17,086	19,695,233.70	64,994,271.22
	600MG	1,837	2,152,621.25	3,866.98	7,103,650.13	1,366	1,429,398.01	3,453.16	4,717,013.45	3,203	3,582,019.27	11,820,663.57

	Síntesis química	3,332	1,445,991.30	4,771,771.29	2,615	1,317,529.48	4,347,847.29	5,947	2,763,520.78	9,119,618.58
7	AFATINIB	320	228,468.35	753,945.56	266	188,134.58	620,844.11	586	416,602.93	1,374,789.67
	20 MG	13	9,180.95	30,297.13				13	9,180.95	30,297.13
	30 MG	115	83,686.65	276,165.95	67	47,463.87	156,630.77	182	131,150.52	432,796.73
	40 MG	192	135,600.75	447,482.47	199	140,670.71	464,213.34	391	276,271.46	911,695.81
8	AZACITIDINA	2,006	686,886.28	2,266,724.71	1,299	449,714.97	1,484,059.39	3,305	1,136,601.24	3,750,784.10
	100 MG	2,006	686,886.28	1,129.97	1,299	449,714.97	1,142.46	3,305	1,136,601.24	3,750,784.10
9	BORTEZOMIB	384	268,180.06	884,994.20	774	569,757.36	1,880,199.30	1,158	837,937.43	2,765,193.51
	3.5 MG	384	268,180.06	2,304.67	774	569,757.36	2,429.20	1,158	837,937.43	2,765,193.51
10	BUSULFANO	2	5,472.88	18,060.50				2	5,472.88	18,060.50
	6 MG	2	5,472.88	9,030.25				2	5,472.88	18,060.50
11	PEMETREXED	620	256,983.73	848,046.32	270	97,257.80	320,950.74	890	354,241.53	1,168,997.06
	500 MG	620	256,983.73	7,008.88	276	109,922.57	362,744.49	896	366,906.31	1,210,790.81
	<b>Total general</b>	<b>24,077</b>	<b>18,541,363.85</b>	<b>61,186,500.71</b>	<b>27,877</b>	<b>23,726,870.13</b>	<b>78,298,671.44</b>	<b>51,954</b>	<b>42,268,233.99</b>	<b>139,485,172.15</b>