





Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en la Subregión Andina

2024-2030















Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en la Subregión Andina

2024-2030









Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en la Subregión Andina 2024-2030. ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE. ORAS-CONHU; 2023.

40 p.; ilus.tab

CÁNCER INFANTIL/ Niños, niñas y adolescentes/ REGIÓN ANDINA/ Atención/ Políticas públicas/ Lineamientos estratégicos

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-12614

Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria Ejecutiva del ORAS-CONHU.

Dra. Marisela Mallqui Osorio. Secretaria Adjunta del ORAS-CONHU.

Dr. Luis Beingolea More. Coordinador del Comité Andino de Prevención y Control del Cáncer.

Dra. Liliana Vásquez. Consultora internacional. Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OPS/OMS.

Dr. Patricia Gallardo. Consultora internacional. Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS.

Coordinación editorial:

Lic. Yaneth Clavo, Responsable de Comunicaciones.

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2023

Av. Paseo de la República Nº 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfonos: (00-51-1) 611 3700 http://www.orasconhu.org.contacto@conhu.org.pe

Primera edición impresa, diciembre 2023



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto, con el financiamiento del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.



Lima, 15 de agosto de 2023

Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVI/4

HOJA DE RUTA ANDINA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros,

Considerando:

- 1. Que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, establecen el derecho de niñas y niños al goce del grado máximo de salud que se puede alcanzar, y que en la Estrategia Global para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) de la OMS se reconoce el derecho de niñas, niños y adolescentes a la salud, y se establecen objetivos para mejorar la salud infantil y abordar las enfermedades no transmisibles como el cáncer infantil.
- 2. Que el cáncer infantil es una preocupación importante en la subregión Andina, donde es la principal causa de muerte por enfermedad no transmisible en niñas, niños y adolescentes de entre 5 y 18 años. Se estima que más de 2,800 niñas, niños y adolescentes mueren cada año debido al cáncer en estos países. La tasa de incidencia de cáncer infantil en la subregión es similar a la de otros países latinoamericanos, pero la tasa de mortalidad es más alta por diversos factores como el diagnóstico tardío, la toxicidad relacionada con el tratamiento y el abandono del mismo.
- Que el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) está coordinando y promoviendo acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de los países miembros con relación al cáncer infantil y en el marco de la Política Andina para Prevención y Control del Cáncer.
- 4. Que mediante resolución REMSAA XL del 25 de noviembre de 2022, se ha aprobado la creación del comité andino de prevención y control del cáncer para la elaboración, implementación y monitoreo del plan de acción 2023-2030 y elaborar el documento "Situación del cáncer infantil en la región Andina", esfuerzos con los que se espera mejorar la detección temprana, el acceso al tratamiento y la atención integral de niñas, niños y adolescentes con cáncer en los países andinos, para reducir así la tasa de mortalidad y mejorar su calidad de vida.
- 5. Que en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y St. Jude Children's Research Hospital, el ORAS-CONHU ha considerado necesario desarrollar una hoja de ruta para mejorar los indicadores de cáncer infantil en la subregión Andina y contar con una guía detallada de las acciones necesarias para contribuir al logro de la meta establecida por la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil.

1



Resuelven:

- 1. Encargar al comité andino de prevención y control de cáncer la elaboración, implementación y monitoreo de la hoja de ruta para mejorar la atención del cáncer en niñas, niños y adolescentes, en el marco de la Iniciativa Mundial de Cáncer Infantil de la OMS y con el apoyo de instituciones con experiencia en el tema, con especial atención en la prevención, detección y tratamiento oportunos de calidad para incrementar la tasa de supervivencia y disminuir la mortalidad por infecciones y otras causas prevenibles,.
- Promover mecanismos en los países de la subregión Andina para un mayor seguimiento, monitoreo y evaluación de los compromisos internacionales y nacionales para la mejora de la atención del cáncer en niñas, niños y adolescentes.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVI Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en modo virtual el 15 de agosto del 2023.

DŘ. CÉSAR VÁSQUEZ SÁNCHEZ PRESIDENTE DE LA XL REMSAA MINISTRO DE SALUD DE PERÚ DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA SECRETARIA EJECUTIVA ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

del barmon ba

EQUIPOFORMULADOR Y REVISOR

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)

María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva.

Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta.

• Luis Beingolea More

Coordinador del Comité Andino de Cáncer y Comité Andino de Salud en Fronteras.

Gloria Lagos

Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional.

Yaneth Clavo

Responsable del Área de Comunicaciones.

Comité Andino de Prevención y Control del Cáncer

Reyna Copana Baldiviezo

Responsable Nacional del Programa de Lucha contra el Cáncer, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

Rubén Loza

Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.

Julia Palma Behnke

Jefa de la Agencia Nacional de Cáncer, Chile.

Priscila González

Jefa del Departamento de Cáncer de la DIPRECE . Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud de Chile.

Miguel Paredes Villanueva

Profesional Oficina Control de Gestión, Agencia Nacional de Cáncer, Chile.

Yuliana Andrea Valbuena Bedoya

Sub Directora de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Saludy Protección Social de Colombia.

Omaira Isabel Roldan Sanchez

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

• Andrea Liliana Pachón Saavedra

Equipo técnico, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Juan Carlos Panchi

Director de Dirección de Enfermedad no transmisibles, Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

• Silvia Lissette Mármol Egas

Oncóloga pediatra, Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Ecuador.

Maria Priscila Guevara Peralta

Dirección de Enfermedad no transmisibles, Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

Víctor Palacios Cabrejos

Director Ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, Ministerio de Salud de Perú.

Jene Evelyn Miryan Atanacio Rodriguez

Equipo técnico de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, Ministerio de Salud de Perú.

Gisela Vargas

Directora del Programa Nacional de Oncología, Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela.

Adriana Auge

Directora Nacional de Farmacias de Alto Costo, Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud

• Héctor Ojeda

Asesor de enfermedades no transmisibles, OPS Bolivia.

César García

Consultor nacional de cáncer, OPS Bolivia.

Luis Fernando Alarcón

Consultor nacional de enfermedades no transmisibles, OPS Colombia.

Guillermo Gonzálvez

Asesor de enfermedades no transmisibles, OPS Colombia.

Daniela Zavando

Consultora nacional de enfermedades no transmisibles, OPS Chile.

Nilda Villacrés

Consultora nacional de servicios de salud, OPS Ecuador.

Claudia Pascual

Consultora nacional de Cáncer, OPS Perú.

Ivy Talavera

Asesora de familia y curso de vida, OPS Perú.

Edgar Rivera

Consultor nacional de enfermedades no transmisibles, OPS Venezuela.

Patricia Gallardo

• Consultora Internacional de enfermedades no transmisibles, OPS Programa Subregional para América del Sur (SAM).

Hernán Sepúlveda

Asesor de Recursos Humanos, OPS Programa Subregional para América del Sur (SAM).

María Dolores Pérez-Rosales

Directora ai. OPS Programa Subregional para América del Sur (SAM).

Liliana Vásquez Ponce

Consultora Internacional de Cáncer Infantil. OPS, Washington, D.C.

Soad Fuentes-Alabí

Consultora Internacional de Cáncer Infantil. OPS, Washington, D.C.

Mauricio Maza

Asesor de Cáncer. OPS, Washington, D.C.

Silvana Luciani

Jefa de la Unidad de Enfermedades no transmisibles. OPS, Washington, D.C.

St Jude Children's Research Hospital

Paola Friedrich

Directora Regional para América Latina

Marta Jarquín-Pardo

Gerente de Proyectos para América Central y América del Sur

Amalia Valdés

Gerente de Proyectos para América Central y América del Sur

Patricia Loggetto

Gerente de Proyectos para América Central y América del Sur.

Expertos internacionales

• Luis Revilla

Epidemiólogo clinico, Perú.

Claudia Sampor

Hemato-Oncóloga Pediatra. Argentina

Martha Piña

Hemato-Oncóloga Pediatra. Colombia

Essy Maradiegue

Hemato-Oncóloga Pediatra. Perú

Cindy Martínez

Hemato-Oncóloga Pediatra. Colombia

PRÓLOGO

La "Hoja de ruta para mejorar la atención del cáncer en niños, niñas y adolescentes en la subregión andina", presenta los lineamientos consensuados para brindar una respuesta conjunta a la problemática sanitaria generada por el cáncer infantil en los países andinos.

La hoja de ruta es un compendio de estrategias y objetivos, y una evidencia del trabajo conjunto entre instituciones en atención a la decisión política de los ministros de salud andinos para abordar el reto de la salud pública de incrementar la tasa global de curación del cáncer infantil; del trabajo de los equipos técnicos de los ministerios de salud, de la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Subregional para Américas del Sur de OPS, de St Jude Research Hospital y de la Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue para llegar al año 2030, con avances contundentes en el incremento de la sobrevida de los afectados.

El cáncer infantil es la segunda causa de muerte entre los latinoamericanos y caribeños de hasta 19 años, unos 29.000 niños cada año son diagnosticados de los tipos más frecuentes como leucemia, linfoma, tumores de sistema nervioso central, tumor de Wilms y retinoblastoma. En los países de bajos recursos, uno de cada dos niños fallecerá, sin embargo, los principales cánceres infantiles tratados pueden llegar a tener un 80% de sobrevida en los países de mayores ingresos.

Para lograr el incremento de la sobrevida al 60 % al año 2030, son necesarias mejoras significativas en los sistemas de salud para disminuir el diagnóstico incorrecto o tardío, la falta de acceso a servicios de salud o dificultades para acceder a la atención médica de calidad, el abandono del tratamiento, la muerte debido a la toxicidad, las tasas de recaída más altas, la falta de acceso a medicamentos para el tratamiento del cáncer, la baja adherencia al tratamiento, entre otros.

Sin embargo, para enfrentar el cáncer infantil no solo requiere avances médicos y científicos, sino demostrar que como sociedad, tenemos la capacidad y la responsabilidad de unirnos para hacer frente a esta desafiante realidad, y que como en muchos otros problemas de salud en la región, las desigualdades sociales impactan negativamente en la prognosis de los pacientes con cáncer, y por ello debemos garantizar un acceso equitativo a la atención médica, al apoyo emocional y psicológico de las familias y los niños, a que los niños que superen el cáncer puedan insertarse en la sociedad sin enfrentar la estigmatización y discriminación y que se promuevan estilos de vida saludables y de asignar los presupuestos necesarios para asegurar las metas propuestas.

Espero que este documento contribuya a fortalecer la colaboración regional, a compartir conocimientos y recursos, y a construir puentes que conecten nuestras naciones en la lucha común contra el cáncer infantil y permitan demostrar que Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela "juntos somos más fuertes y juntos llegamos más lejos".

Dra. María del Carmen Calle Dávila Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU

ÍNDICE

l.	Introducción	01
II.	Antecedentes	02
III.	Situación actual del cáncer infantil en la subregión andina	05
IV.	Reporte de fortalezas, oportunidades, desafíos y amenazas en la atención del cáncer infantil en la subregión andina	13
V.	Lineamientos estratégicos priorizados de cáncer infantil en países de la subregión andina (2024-2030)	17
VI.	Conclusiones	19
VII.	Anexo	20

lo

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en niños y adolescentes a nivel mundial. Cada año, cerca de 280 mil niños y adolescentes de 0 a 19 años desarrollan cáncer y cerca de 100 mil muertes ocurren por esta causa (OPS/OMS, 2021). El cáncer infantil no se puede prevenir ni detectar mediante tamizaje, pero si se puede detectar oportunamente cuando es sospechado por familiares o por los primeros trabajadores de salud en contacto con el paciente. Es importante mencionar que, aunque en las últimas décadas las modalidades terapéuticas para tratar el cáncer infantil se han diversificado y se han implementado nuevos métodos de tratamiento, la supervivencia al mismo en países con ingresos bajos y medios sigue mostrando una brecha importante en comparación con los países con ingresos altos. Las muertes por cáncer en niños en las regiones menos favorecidas ocurren por dificultades para realizar un diagnóstico oportuno o, incluso, falta de diagnóstico, muchas veces asociado a la falta de información en la comunidad para identificar signos y sintomas en los niños, niñas y adoelescentes que requieren atención temprana, sumado al limitado acceso a la atención sanitaria, poca disponibilidad de medicamentos efectivos, abandono del tratamiento, efectos adversos del tratamiento (toxicidad), entre las más relevantes, siendo las recidivas de la enfermedad de base responsable del deceso en un menor porcentaje de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el St. Jude Children's Research Hospital lanzaron la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil (GICC) en septiembre de 2018, cuyo objetivo es aumentar la tasa de supervivencia de los niños con cáncer en todo el mundo en al menos un 60 % para el año 2030. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), se encuentra implementando la GICC en la región de las Américas en busca de fortalecer la respuesta de los sistemas de salud para el control del cáncer en niños y adolescentes, en base al marco de trabajo de CureAll, el cual tiene como pilares el establecimiento de Centros y Redes de excelencia (C), con suficiente personal capacitado, la Cobertura de salud universal (U), el establecimiento de regímenes y hojas de ruta para mejorar el tratamiento (R), el monitoreo y la disponibilidad de información sólida (E), que permita medir resultados de la respuesta a la terapia. Los tipos de cáncer infantil priorizados por la OMS incluyen la leucemia linfoblástica aguda (LLA), el linfoma de Burkitt, el linfoma de Hodgkin, el retinoblastoma, el tumor de Wilms y el glioma de bajo grado.

El cáncer en la niñez y adolescencia en la subregión andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) representa un problema de salud pública, ya que es la primera causa de muerte por enfermedad no transmisible entre los 5 y 18 años, sumando más de 2800 fallecidos cada año en toda la región. La tasa de incidencia estandarizada de cáncer en este grupo etario en estos países es similar a la de otros países latinoamericanos (13,8 casos nuevos por 100.000), pero la tasa de mortalidad por cáncer pediátrico en la subregión andina (5,3 muertes por 100.000) es sustancialmente más alta en comparación con otros países de la región (4.0 muertes por 100.000).

En ese marco, es relevante el desarrollo de la "Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en la Subregión Andina (2024-2030)", cuya finalidad es reducir la morbimortalidad por cáncer infantil en los países que la integran (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Chile).



II o _____

ANTECEDENTES

El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) es el organismo de integración subregional, cuyo objetivo es coordinar, articular, promover y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros del mismo (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Chile), individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos. Este Organismo coordina y promueve acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de estos 6 países, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales. En ese mismo sentido, coordina con otros órganos subregionales, regionales e internacionales, acciones que concurran a tal fin.

A raíz de la Emergencia Sanitaria producida por el COVID-19 se observaron interrupciones en los servicios de cáncer infantil y de adultos en las primeras etapas de la pandemia debido a múltiples causas, lo cual generó aún mayores retrasos en el diagnóstico como también en el tratamiento.

Además, se hizo evidente el mayor riesgo de contraer esta patología infecciosa por parte de los pacientes oncológicos, quienes resultaban vulnerables dado su estado inmunológico. Asimismo, las personas que padecían otras patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares o diabetes no recibieron los cuidados ni las medicinas durante dicho periodo. Todos estos datos han sido publicados en revistas internacionales.

Teniendo en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior, el ORAS-CONHU junto con los Ministerios de Salud de los países miembros, llevaron a cabo un diagnóstico situacional, específicamente, de la morbimortalidad en los diferentes tipos de cáncer prevalentes en los países andinos durante el periodo 2015-2020. Con dicha información, posteriormente se preparó la Política Andina de Prevención y Control del Cáncer.

Después de actualizar la información y los avances logrados, el cáncer fue incluido entre los temas prioritarios, lo cual se expuso ante las autoridades nacionales en reuniones virtuales mensuales y ante el Comité Andino de Prevención y Control del Cáncer, conformado por los directores de las oficinas de cooperación internacional andinas, para sensibilizar, informar y proponer la política de cáncer como una prioridad muy alta. Asimismo, y de acuerdo con el marco de trabajo de CureAll, se ha otorgado prioridad al cáncer infantil, por lo que se realizó un análisis situacional con priorización de lineamientos estratégicos para los países andinos, lo que permitió la elaboración de la presente "Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños y Adolescentes en la Subregión Andina (2023-2030)".

A nivel subregional, la "Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en la Subregión Andina (2024-2030)", se enmarca en la Política Andina para Prevención y Control del Cáncer (Resolución REMSAA XL/553). Con el fin de mejorar la detección temprana y el tratamiento de calidad del cáncer infantil, priorizando mecanismos de cooperación que fomenten el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales, ORAS-CONHU estableció, para los 6 países andinos, esta resolución que fue aprobada en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) XL celebrada en Lima, Perú, el 25 de noviembre de 2022. Dicha resolución aprobó la "Política Andina de Prevención y Control del Cáncer": una política que establece directrices estratégicas acordadas sobre el cáncer, incluyendo varios aspectos de la situación del cáncer infantil en la Región Andina; así como la creación del Comité Andino de Prevención y Control del Cáncer para el desarrollo, implementación y seguimiento del plan de acción 2024-2030. El comité está compuesto por los puntos focales de cáncer de los 6 países andinos, que están trabajando activamente junto a países andinos.

La Política Andina de Prevención y Control del Cáncer incorpora los acuerdos establecidos en la Declaración Política de la tercera reunión de alto nivel de la 74.a Asamblea Mundial de la Salud, sobre la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, que promueve abordar metas de desarrollo acordadas internacionalmente, promoción y desarrollo de capacidades de investigación y adopción de buenas prácticas, trabajo multisectorial, vigilancia adecuada, reducción de factores de riesgo, así como el fortalecimiento de acciones de protección de la salud relacionadas con la alimentación saludable y la actividad física. Esta política también está alineada con las iniciativas regionales para mejorar el diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico en América Central y del Sur, como el GICC y el marco CureAll.



Para conocer la situación de la prevalencia del cáncer infantil en los países andinos se está llevando a cabo un estudio en forma conjunta con el comité de cáncer, ORAS-CONHU y OPS a fin de conocer la distribución de los diferentes tipos de cáncer que afectan a los niños, niñas y adolescentes. El 15 de agosto del 2023, se aprobó de forma unánime el desarrollo e implementación de la "Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en la Subregión Andina (2024-2030)" (Resolución extraordinaria REMSAA XXXVI/4) a cargo del Comité Andino de Prevención y Control del Cáncer.





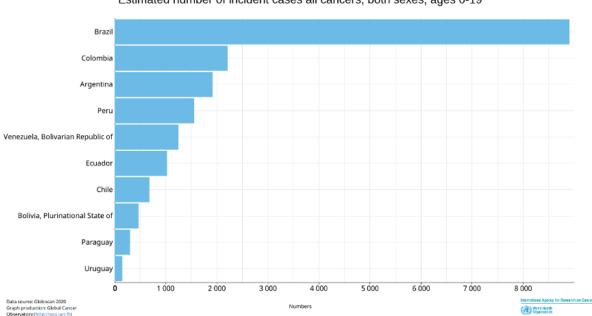
SITUACIÓN ACTUAL DEL CÁNCER INFANTIL EN LA SUBREGIÓN ANDINA

Estadísticas y datos demográficos

El cáncer es una de las principales causas de muerte en la niñez y adolescencia (o a 19 años) en los países de la subregión andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela), coincidiendo con los reportes del resto del mundo. Aunque la tasa de incidencia estandarizada de cáncer en este grupo etario en estos países es similar a la de otros países latinoamericanos (13.8 casos nuevos por 100.000), la tasa de mortalidad por cáncer pediátrico en la subregión andina (5.3 muertes por 100.000) es sustancialmente más alta en comparación con otros países de la región de las Américas (4.0 muertes por 100.000). (Gráfico 1)

GRÁFICO 1.

Estimación de casos nuevos de cáncer en los países de América del Sur, en la población de 0-19 años. Globocan 2020.



Estimated number of incident cases all cancers, both sexes, ages 0-19

Las patologías oncológicas más comunes en la población pediátrica y en adolescentes son las leucemias agudas, seguidas por los tumores de sistema nervioso central, los linfomas, neuroblastomas y tumores de Wilms. (Tabla 1).

En los países de la subregión Andina (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), GLOBOCAN 2020 estimó 7,152 casos nuevos de cáncer y 2786 defunciones en niños y adolescentes de 0 a 19 años. (Tabla 1 y 2).

TABLA 1.Patologías oncológicas más comunes en la población pediátrica y en adolescentes (0 a 19 años) en la subregión andina, 2020.

N°	Localización	Casos	Tasa cruda	Tasa ajustada
	Total de casos	7152	13.7	13.9
1	Leucemia	2618	5.0	5.2
2	Tumores del Sistema Nervioso Central	787	1.5	1.5
3	Tumores testiculares	363	1.4	1.3
4	Linfoma no-Hodgkin	518	0.99	0.98
5	Linfoma de Hodgkin	375	0.67	0.01
6	Tumores renales	339	0.65	0.73
7	Tumores Hepáticos	134	0.26	0.28
8	Tumores de tiroides	258	0.49	0.45
9	Tumores de ovarios	114	0.44	0.41

Fuente: GLOBOCAN, IARC 2020. Elaborado por ORAS-CONHU

TABLA 2. Muertes y tasa de mortalidad por cáncer en pacientes pediátricos de 0 a 19 años en la subregión andina, por tipo de cáncer, 2020.

N°	Localización	Muertes	Tasa cruda	Tasa ajustada
	Total de casos	2781	5.3	5.3
1	Leucemia	1260	2.4	2.4
2	Tumores de Sistema Nervioso Central	411	0.79	0.8
3	Linfoma no-Hodgkin	180	0.34	0.34
4	Tumores renales	76	0.15	0.16
5	Tumores Hepáticos	73	0.14	0.15
6	Linfoma de Hodgkin	50	0.1	0.09
7	Tumores de pulmón	42	0.08	0.08
8	Tumores testiculares	39	0.15	0.14
9	Tumores de ovarios	29	0.11	0.1
10	Cáncer colorrectal	23	0.04	0.04

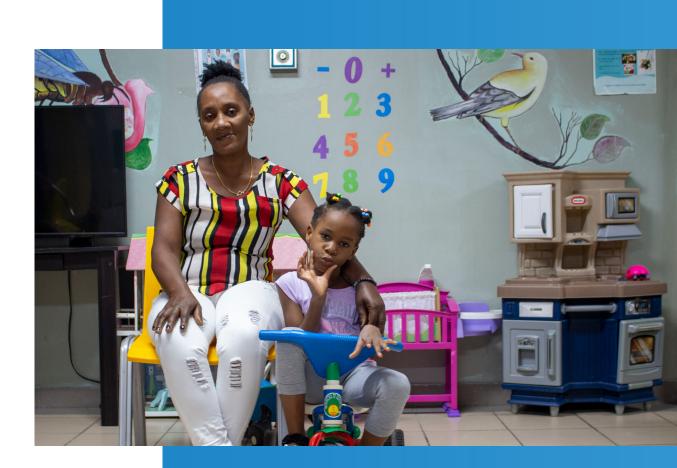
Fuente: GLOBOCAN, IARC 2020. Elaborado por ORAS-CONHU

Teniendo en cuenta los datos presentados, queda en evidencia que las leucemias agudas representan la principal causa de muerte en los seis países de la subregión andina.

En las últimas décadas, en general, ha habido una mejora en los métodos diagnósticos, de tratamiento y asistencial en cáncer infantil a nivel mundial, es decir una mejora en la efectividad de la asistencia, lo que ha llevado a la reducción de la mortalidad y al aumento de la supervivencia de los niños con cáncer. Pero esto no es tan evidente en los países de medio y bajos ingresos, como es el caso de los países de la subregión andina. En algunos países, como por ejemplo Perú, la cooperación con Organizaciones no Gubernamentales (ONG) de países desarrollados o el apoyo de la Iniciativa Global de la OMS, han tenido un rol fundamental en la mejora de los mencionados indicadores.

La supervivencia de los niños con cáncer y la supervivencia específica por tipo de neoplasia, es el indicador más importante en la epidemiología del cáncer infantil; sin embargo, el cálculo de la supervivencia implica un programa de seguimiento a los pacientes con cáncer, lo que no siempre es posible cuando los países no disponen de Registros de Cáncer Infantil.

Entre los factores que afectan la supervivencia y los resultados finales en oncología pediátrica, se incluye el diagnóstico precoz. Éste, puede verse afectado por la dificultad en el acceso a la atención médica de las poblaciones dispersas, así como la falta de profesionales capacitados para realizar el mismo. Algunos países como Perú y Colombia han realizado una evaluación y posterior publicación de los tiempos de retraso en la realización del diagnóstico e inicio de tratamiento. Otro punto a considerar, es la falta de protocolos o guías de tratamiento nacionales para las diferentes patologías oncológicas, lo cual es relativamente común en los países de la región.



En la mayoría de los países andinos existe una falta de oferta de servicios de salud con personal capacitado en la atención del cáncer pediátrico, en especial en el primer nivel de atención.

Para realizar un mejor análisis, es importante contar con registros nacionales, por lo que es mandatorio impulsar la generación de información confiable de manera oportuna que pueda ser de utilidad para la planificación de la respuesta sanitaria y la evaluación posterior del impacto de la misma. Si bien algunos países de la subregión andina cuentan con registros, es mandatorio mantenerlos actualizados y completos, asegurando además la cobertura nacional total, así como también desarrollar e implementar registros en los países que aún no disponen de los mismos.

En relación a lo mencionado en el párrafo anterior, cabe resaltar que Chile dispone de datos consistentes y confiables procedentes del Registro Nacional de Cáncer Infantil (RENCI). En Colombia, se cuentan con datos de diferentes fuentes sobre patologias oncologicas frecuentes en menores de 18 años (entre ellos SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y VigiCancer). En Perú se cuenta con el registro de cáncer de Lima Metropolitana, un registro de base poblacional que no cubre el 100% de los casos y que solo refleja la situación del cáncer en las zonas urbanas de la costa de Perú, muy diferentes de las poblaciones alto andinas y amazónicas que poseen otros estilos de vida y factores ambientales, haciendo que los datos obtenidos no puedan generalizarse a la población nacional.

En la región de las Américas, desde el año 2019, se encuentra en implementación la Iniciativa Mundial de Cáncer Infantil de la OPS/OMS, con el apoyo de St Jude Children's Research Hospital de Estados Unidos para fortalecer los sistemas de salud en respuesta al cáncer en la niñez y adolescencia. A la fecha, los seis países andinos forman parte de los países participantes de dicha iniciativa, bajo el marco del paquete técnico que ofrece CureAll.



Análisis de la capacidad del sistema de salud

Para comprender mejor la situación actual de cada uno de los países de la subregión andina y facilitar la comprensión de la capacidad del sistema de salud en cada uno de ellos, se presentan a continuación datos acerca de la edad de los pacientes incluidos en la población pediátrica y de adolescentes, así como casos nuevos por año, las tasas de abandono y los tiempos promedios en alcanzar el diagnóstico teniendo en cuenta el comienzo de los síntomas (Tabla 3).

TABLA 3. Información general sobre el estado actual del cáncer en la población de 0-19 años en los países de la subregión andina.

	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Casos nuevos estimados por año¹	461	679	2211	1019	1553	1238
Casos fallecidos estimados por año¹	180	155	836	401	705	504
Tiempo al diagnóstico (promedio en días desde el inicio de los síntomas al diagnóstico) ²	NHD	Leucemias: 7 días Tumores sólidos: 30 días	12 días (mediana), 23.7 días (promedio)³	Leucemias: 14-21 días Tumores sólidos: 21-45 días	107 días	NHD
Tiempo al tratamiento (promedio en días desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento)²	NHD	Leucemias: 3 días Tumores sólidos: 2 semanas	NHD 5 días (mediana), 19.3 (promedio) ³	21 a 50 días	NHD	NHD
Tasa de abandono de tratamiento a nivel nacional ⁴	NHD	NHD	6.8% (2015-2019)	NHD	8.5% (2022)	NHD
Tasa de incidencia, ajustada por edad, por 100,000¹	10,1	14,2	14,3	16,1	14,9	12,4
Tasa de mortalidad, ajustada por edad, por 100,000¹	3,8	3,1	5,3	6,2	6,7	4,9

Fuente: ¹GLOBOCAN IARC, 2020; ² Diagnóstico oportuno en oncología pediátrica, OPS 2022; ³CAC de Pediatría, 2021, ⁴Abandono del tratamiento en oncología pediátrica. OPS, 2022; NHD= No hay datos

Cabe resaltar nuevamente que los sistemas de salud de los 6 países de la región andina no cuentan con las mismas capacidades y recursos en relación al cáncer pediátrico y en adolescentes. En algunos de ellos, las capacidades y recursos están bien establecidos y se trabaja activamente en ellos desde tiempo atrás, mientras que otros países necesitan un desarrollo mayor (Tabla 4)

TABLA 4.Información sobre el estado actual de las prestaciones de servicio en los países de la subregión andina.

INDICADOR	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Registros activos de cáncer de base poblacional	✓	(RPC Región Arica y Parinacota, RPC Región Antofagasta, RPC Región Maule, RPC Provincia Concepción, RPC Provincia del Biobío, RPC Región Los Ríos)	(RPC Barranquilla, RPC Área Metropolitana de Bucaramanga, RPC Cali, RPC Manizales, RPC Pasto y RPC Antioquia)	(Registro Nacional de Tumores de Quito, RT de Guayaquil, RT de Cuenca y RT de Manabí)	(el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana y el Registro de Cáncer de Arequipa)	√ (para adultos y niños)
Registros hospitalarios de cáncer (que incluyan Cáncer pediátrico)	Х	J	J	J	√	х
Sistema de vigilancia epidemiológica de cáncer infantil	х	J	J	х	х	х
Guías/regulaciones nacionales publicadas sobre diagnóstico oportuno de cáncer infantil	х	J	J	х	√	х
Guías/regulaciones nacionales publicadas sobre cuidados paliativos pediátricos	х	J	J	х	х	х
Programa de drogas antineoplásicas básicas (para el tratamiento y cuidados paliativos)	J	(desde 1988: PANDA- PINDA)	J	х	(el país cuenta con un Petitorio Nacional de Medicamentos)	J
Unidades o servicios de Hemato-Oncología pediátrica	6	27	39	7	10	18

Servicio de Anatomía Patológica con experiencia y recursos básicos	х	J	J	√	√	√
Servicio de Citometría de Flujo con experiencia y recursos	х	J	J	y	√	J
Otras especialidades para trabajo multidisciplinario (neurocirujanos, oftalmólogos, traumatólogos, radioterapeutas, intensivistas, cirujanos)	(solo algunas especia- lidades)	J	J	(solo algunas especia- lidades)	>	(solo algunas especia- lidades)
Servicio de Radioterapia disponibles para niños	J	J	J	J	√	J
Programas de seguimiento del sobreviviente a largo plazo	х	J	Х	х	х	х
Grupos de apoyo para padres y pacientes	J	J	J	~	J	~
Unidades Formativas para hemato-oncólogos pediatras	х	√	1	х	1	√
Hemato-oncólogos u oncólogos pediatras	√	√	√	√	√	√
Enfermeras capacitadas en unidades de oncología	√	√	1	J	✓	J
Agentes de salud, promotores de salud y médicos de la comunidad con formación en diagnóstico precoz	J	J	J	J	J	J

Cobertura de salud	Si (atención universal y gratuita para tratamiento, soporte y cuidados paliativos cubiertos por el Sistema Único de Salud -SUS-)	Si (80% de la población tiene cobertura de un seguro público a través del Fondo Nacional de Salud -FONASA-y del Seguro de las Fuerzas Armadas y de Orden. El 20% tiene cobertura por un seguro privado -ISAPRES-).	√	J	Si (65% a través del Seguro Integral de Salud -SIS-, 25% por la Seguridad Social -ESSALUD-, 5% por las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional y 5% por un seguro privado)	Si (el país garantiza la cobertura para diagnóstico y tratamiento del 90% de la población)
Plan Nacional de Cáncer (incluyendo cáncer infantil)	En desarrollo	Plan Nacional de Cáncer aprobado. Plan Nacional de Cáncer Infanto- adolescente (PNCIA) en desarrollo	Plan de Acción de Cáncer Infantil (2024- 2030), Plan Decenal de Salud de Salud Pública (2022- 2031)	Estrategia Nacional para Cáncer (no es específica para la población pediátrica y adolescente)	Plan Nacional de Cuidados Integrales de Cáncer	Ya elaborado y dispuesto para validación y aprobación
Programa Nacional de Cáncer, dependiente del Ministerio de Salud	√	√	х	х	J	√

Fuente: FODA recibido desde Ministerios de Salud de países andinos, informes imPACT (OMS-IAEA-IARC), perfiles de cáncer infantil OPS/OMS, 2021 y WHO cancer profiles, 2020.

A pesar de los esfuerzos que cada uno de los países de la subregión andina realiza, y de los diferentes modelos con los que cuentan, es necesario que en el marco de la integración y la colaboración, se establezcan estrategias que fortalezcan cada uno de los modelos y que permitan dar una respuesta sostenible a largo plazo, optimizando los recursos existentes en cada país, con el objetivo de lograr un incremento progresivo de la inversión para alcanzar la detección temprana del cáncer y mejorar la calidad de atención de la población blanco.

Asimismo, la implementación de programas en la comunidad y con el personal de salud destinados a lograr el diagnóstico oportuno del cáncer en la infancia es muy variable en cada país, existiendo limitaciones y barreras de diferente índole (económica, cultural, humana, etc) para su mejor desarrollo e implementación, a fin de alcanzar el objetivo mayor de mejorar las unidades de atención, el acceso al diagnóstico y tratamiento adecuado, o la generación de leyes y políticas públicas para la atención integral del cáncer en este grupo etario.



REPORTE DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DESAFÍOS Y AMENAZAS EN LA ATENCIÓN DEL CÁNCER INFANTIL EN LA SUBREGIÓN ANDINA

En el marco del Proyecto CCHD sobre "Detección precoz de cáncer en la niñez y adolescencia en la subregión andina", durante los días 19 y 20 de Junio del corriente año, en la ciudad de Santiago de Chile (Chile), se reunió el Comité Andino de Prevención y Control del Cáncer del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) junto con autoridades de los Ministerios de Salud de los 6 países de la subregión andina y miembros de OPS/SAM, puntos focales de OPS Oficinas de País y de St Jude Children's Research Hospital.

El objetivo general de dicha reunión fue contribuir a la planificación y gestión de la Política Andina de Prevención y Control de Cáncer, con especial atención en el cáncer infantil y priorizar los lineamientos a ser incluidos en el Plan Andino para la Prevención y Control del Cáncer para el periodo 2023-2030.

Se plantearon además, 3 objetivos específicos que se detallan a continuación:

- 1. Identificar las líneas de acción priorizadas y actividades para la implementación en forma conjunta por los Ministerios de salud.
- 2. Establecer una hoja de Ruta para las actividades conjuntas entre los países andinos con relación al cáncer y cáncer infantil.
- Compartir la experiencia y buenas prácticas que cada país ha tenido en alguno de los ámbitos incorporados en la Política Andina de Prevención y Control del Cáncer.

Durante el primer día, se realizó un análisis FODA Regional (Fortalezas, Oportunidades, Desafíos y



Amenazas para la atención de pacientes pediátricos con patologías hemato-oncológicas) (Tabla 5) a partir de un análisis similar presentado por la autoridad ministerial de cada uno de los países participantes (Ver Anexo 1 donde se detalla el análisis FODA de cada país en forma individual). Este tipo de herramientas es de gran utilidad para analizar escenarios y facilitar la formulación de estrategias ya que permite identificar los factores externos e internos que pueden afectar positiva o negativamente a un proyecto o país en este caso. El trabajo grupal y análisis se realizó en base a 4 pilares técnicos de Cure*All* Américas, que se detallan a continuación:

- · Centros de excelencia
- · Cobertura universal
- · Regimientos de tratamientos
- Evaluación y monitoreo

TABLA 5.Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) regional.

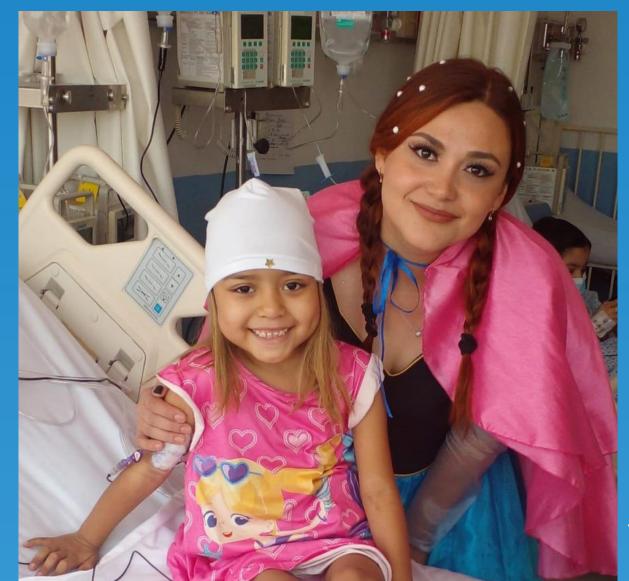
	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Centros de Excelencia	* Centros de atención oncológica pediátrica especializada. * Compromiso de las autoridades y organismos de salud. * Abogacía para la voluntad política de autoridades y organismos de salud. * Programas de formación y capacitación para profesionales de la salud. * Apoyo de organismos internacionales y fundaciones.	* Posibilidad de establecer alianzas de colaboración entre los sectores de salud. * Aliados internacionales para fortalecer el recurso humano. * Convenios y relaciones de colaboración a nivel nacional e internacional. * Acceso a financiamiento para investigación y desarrollo. * Existencia del Comité Andino de ORAS-CONHU y resolución próxima a firmarse. * Creación y redacción de la hoja de ruta. * Sistematización de experiencias y conocimiento.	* Inestabilidad política y deficiente asignación de presupuestos (no común a todos los países de la región). * Dificultad en la implementación de normativas. * Alta rotación de funcionarios. * Falta de planificación estratégica. * Infraestructura insuficiente para la demanda de atención. * Escasez de especialistas y falta de equipos y unidades especializadas. * Deficiencia de programas de capacitación y formación para profesiones no médicas. * Escasez de equipos y recursos diagnósticos. * Necesidad de fortalecer infraestructuras hospitalarias. * Deficiente estratificación de unidades de hematooncología pediátricas.	* Rebrote de enfermedades infecciosas. * Cambio climático. * Inestabilidad mundial. * Aumento de anemia y desnutrición. * Incremento de la pobreza. * Caducidad de convenios y falta de presupuesto. * Alto gasto de bolsillo por parte de las familias. * Aumento en el costo de los tratamientos. * Bloqueo financiero y migración de talento humano (no común a todos los países de la región)

Cobertura universal	* Leyes y normativas nacionales relacionadas con el cáncer infantil. * Acceso a protección financiera de las familias. * Estrategias nacionales de cáncer y políticas de atención integral.	prestacional entre los sistemas de salud. * Disponibilidad de seguro social. * Cooperación internacional para el mejoramiento del sistema de gestión de cáncer. * Posibilidad de cooperación regional Sur-Sur. * Participación en la Iniciativa Mundial de Cáncer Infantil de la OPS/OMS. * Desarrollo de sistemas de	cobertura fraccionada fragmentada en el istema de salud. alta de cobertura de nedicamentos esenciales n cáncer infantil. alta de seguimiento al obreviviente oncológico ediátrico. alta de acceso fectivo al diagnóstico tratamiento, y portunidades de alidad. alta de políticas de tención al migrante. alta de cobertura eniversal y monitoreo. alta de programas	* Caída del mercado externo para compra de insumos o medicamentos. * Falta de financiamiento y discusión sobre fondos solidarios. * Bloqueo financiero y migración inducida del talento humano. * Crisis sanitaria, social y climática.
		telemedicina. * Re	specíficos para AYA. led de referencia y ontrarreferencia débil.	
Regímenes de tratamiento	* Instituciones dedicadas a garantizar el suministro confiable y evaluar la calidad de los medicamentos. * Listado nacional de medicamentos y planes complementarios cubiertos al 100% por el sistema de salud. * Compra centralizada de medicamentos e insumos estratégicos. * Alianzas institucionales para el desarrollo de protocolos oncológicos pediátricos. * Protocolos y guías de tratamiento.	* Posibilidad de adquisición de medicamentos de alto costo a través de mecanismos diferenciados. * Acceso a evidencia científica y colaboración internacional. * Asesoría científica disponible en instituciones internacionales.	rámite burocrático ara la adquisición de nedicamentos de alto osto. susencia de guías acionales de práctica línica para tratamiento. análisis de las ecnologías sanitarias ragmentado en varias nstituciones. imitación en la dquisición de nuevas noléculas para ratamiento oncológico.	* Medicamentos aprobados por criterio costobeneficio sin asegurar la calidad. * Quiebres de stock y conflictos de interés. * Alto costo de drogas oncológicas. * Limitaciones y bloqueo financiero que afecta la adquisición de medicamentos y equipos idóneos (no común a todos los países de la región)

Evaluación y monitoreo

- Registros de base poblacional y de alta calidad de estadísticas vitales.
- * Registros hospitalarios de cáncer infantil.
- * Monitoreo de indicadores de calidad y seguridad de la atención a nivel central y local.
- * Apoyo de ORAS-CONHU, OPS y St. Jude para la integración de los registros nacionales de cáncer.
- * Alianzas internacionales y asesoría para implementación de registros y sistemas de monitoreo.
- Colaboración multisectorial.
- Publicación de informes regionales e interculturales.

- * Publicación y difusión de resultados limitada.
- * Falta de seguimiento a lo largo de todo el proceso de tratamiento.
- * Deficiente interoperabilidad entre diferentes sistemas y trazabilidad de las atenciones.
- * Déficit de personal entrenado en registro de cáncer infantil
- * Burocracia interministerial y lentitud en los procesos administrativos.
- * Migración de profesionales capacitados hacia el sector privado y fuera del país.





LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PRIORIZADOS DE CÁNCER INFANTIL EN PAÍSES DE LA SUBREGIÓN ANDINA (2023-2030)

La discusión y el análisis de los puntos en común de los 6 países de la subregión andina permitió conocer mejor la situación regional, lo que facilitó, posteriormente, la definición de las líneas estratégicas de acción o actividades a priorizar como región, considerando los siguientes facilitadores de Cure All Américas:

Abogacía

Financiamiento

Gobernanza

A continuación se exponen las líneas de acción definidas en el marco de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil (GICC), para lograr el objetivo mayor de alcanzar una tasa de supervivencia de, al menos, el 60% de la población pediátrica con cáncer para el año 2030.



Centros de excelencia

Líneas de acción: Establecer y fortalecer los centros de excelencia de cáncer infantil para brindar una atención integral de alta calidad, promoviendo la mejora de los resultados clínicos y el acceso equitativo a la atención para niños, niñas y adolescentes en la región andina.

Objetivo estratégico 1.1 Desarrollar estrategias de capacitación y formación de recurso humano de todos los niveles para la atención integral de cáncer en niños y adolescentes.

Objetivo estratégico 1.2 Generar convenios de cooperación Sur-Sur y/o triangular, con objetivos comunes para la mejora de la atención del cáncer en niños, niñas y adolescentes.

Objetivo estratégico 1.3 Fortalecer la telesalud (telemedicina, telecapacitación, telegestión) como soporte en la atención del cáncer infantil en los países de la región.

PILAR O2

Cobertura universal

Garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes en la región andina tengan acceso equitativo a servicios de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y atención integral del cáncer infantil, sin importar su ubicación geográfica, condición económica o social.

- Objetivo estratégico 2.1 Favorecer el desarrollo de políticas y programas nacionales que garanticen el acceso universal de atención en cáncer infantil, con especial atención a poblaciones vulnerables y de fronteras.
- Objetivo estratégico 2.2 Promover el diagnóstico y referencia oportuna del cáncer en niños, niñas y adolescentes, mediante los pilares de capacitación, comunicación y colaboración.



Regímenes de tratamiento

Desarrollar y promover tratamientos actualizados y basados en evidencia para el cáncer infantil en la región andina, en base a terapias efectivas, seguras y adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes.

- Objetivo estratégico 3.1 Implementar gradualmente un sistema de compra estratégica de medicamentos a través de la OPS para garantizar el acceso a tratamientos efectivos.
- Objetivo estratégico 3.2 Promover el desarrollo de protocolos de tratamiento regionales basados en las mejores prácticas y la evidencia científica actualizada.
- Objetivo estratégico 3.3 Alinear la lista del petitorio de medicamentos esenciales utilizados en la región con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)



Evaluación y monitoreo

Promover sistemas integrales de evaluación y monitoreo que permita el seguimiento constante de los indicadores de calidad, eficiencia y resultados en la atención del cáncer infantil en la región andina.

- Objetivo estratégico 4.1 Promover la implementación de sistema de registros de cáncer infantil en los países andinos.
- Objetivo estratégico 4.2 Crear un observatorio andino para el monitoreo y evaluación de lor proyectos, planes y políticas de cáncer infantil.
- Objetivo estratégico 4.3 Promover las iniciativas de investigación en cáncer infantil de la región andina.

VI o

CONCLUSIONES

El cáncer infantil en la subregión andina (integrada por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) representa un problema de salud pública, ya que es la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles entre los 5 y 18 años, ocasionando más de 2,800 muertes cada año. Las causas de estos escenarios negativos son el diagnóstico incorrecto o tardío, la falta de acceso a servicios de salud o dificultades para acceder a la atención médica de calidad, el abandono del tratamiento, la muerte debido a la toxicidad, las tasas de recaída más altas, la falta de acceso a medicamentos para el tratamiento del cáncer, la baja adherencia al tratamiento, entre otros.

Con el objetivo de mejorar cada uno de los puntos descriptos en el párrafo anterior, el ORAS-CONHU trabaja en cooperación con los Ministerios de Salud de los seis países andinos, la OPS, y el St Jude Children's Research Hospital, entre otros aliados para el desarrollo e implementación de políticas andinas de cáncer infantil.

Parte del trabajo realizado hasta el momento se ve reflejado en la presente "Hoja de Ruta para Mejorar la Atención del Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en la Subregión Andina (2024-2030)". La misma, se enmarca en la Política Andina para Prevención y Control del Cáncer (Resolución REMSAA XL/553) y representa un avance significativo para la mejora de la atención de los niños y adolescentes con cáncer en la región, representando además, el puntapié inicial hacia futurasacciones.





ANEXO 1.

Fortalezas, Oportunidades, Desafíos y Amenazas (FODA) de la atención de cáncer infantil en países de la subregión andina.



	BOLIVIA							
	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas				
Centros de Excelencia	* Normativas nacionales (Ley N° 475, 1152 y 1223 con su respectiva reglamentación). * Normas de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia. * Guía de Diagnóstico Oportuno del Cáncer en la Niñez y Adolescencia (en última fase de aprobación). * Atención en oncología pediátrica en 4 departamentos de la Red troncal de Bolivia.	* Alianzas con los países de la región para fortalecer la formación de recursos humanos especializados en oncología pediátrica. * Fortalecimiento de la capacitación de los recursos humanos en los primeros niveles de atención para la detección temprana del cáncer infantil.	* Los servicios especializados de oncología pediátrica no cuentan con suficiente recurso humano especializado. * Falta de infraestructura y equipamiento suficiente.	* Ausencia de alianzas necesarias para fortalecer y /o implementar establecimientos de salud especializados para la atención del cáncer infantil.				
Cobertura Universal	* Atención universal y gratuita en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención, como pre diagnóstico. * Tratamiento, soporte y cuidados paliativos se encuentran cubiertos por el Sistema Único de Salud (SUS), con gratuidad en los hospitales que cuentan con estos servicios.	* Experiencias compartidas entre los países de la región para optimizar y fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS) que se encuentra en proceso de implementación.	* Falta de suficientes establecimientos de salud con servicios especializados para la atención del cáncer en los niños y adolescentes.	* Deficiente aprovechamiento de los recursos económicos que se invierten como país.				

Regímenes de Tratamiento	* Se publicará la primera GUIA DE DIAGNOSTICO OPORTUNO DEL CÁNCER EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA que se trabajó y validó con los médicos especialistas del área. * El SUS contempla el acceso a medicamentos e insumos necesarios para la atención médica especializada del cáncer para niños y adolescentes.	* Colaboración y coordinación con los países de la subregión para optimizar el acceso a medicamentos de calidad. * "Estandarizar" los protocolos de atención en la subregión mediante ele trabajo con organismos de cooperación.	* Administración de medicamentos que se encuentran en el medio. * Falta de protocolos estandarizados de atención clínica.	* Altos costos de nuevos regímenes de tratamiento.
Evaluación y Monitoreo	* Entre las gestiones 2016 y 2020 se recolectaron datos de los casos nuevos de cáncer infantil, que servirán como referencia en el país. * Con apoyo de OMS/ OPS se trabaja en la actualización y recopilación de los registro de cáncer infantil en los establecimientos de salud con especialidades oncológicas. * Implementación de un sistema para el manejo de datos y software de registro referidos a los casos de cáncer infantil.	* Compartir experiencias en relación a registros con los países de la subregión. * Trabajar en las propuestas y acciones que se vienen desarrollando mediante el Comité Andino de Prevención y Control de Cáncer. * Articulación con organismos de cooperación	 * No se cuenta con indicadores de cáncer infantil como país. * No se concretó un registro de cáncer infantil óptimo hasta la fecha. 	* Falta de sostenibilidad del registro de cáncer.



COLOMBIA				
	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Centros de Excelencia	* Marco normativo extenso que prioriza la gestión integral del cáncer infantil en la agenda pública de Colombia. * En 2018, se conformó la UACAI Hospital Infantil los Ángeles- HILA, en la ciudad de Pasto, obteniendo a 2021 mejores resultados en términos de oportunidad	Financiamiento y mecanismos para garantizar los servicios sociales a los NNA con cáncer infantil y sus familias en todo el territorio nacional. Creación de más UACAI en el país.	* Deficiente identificación y control de los factores de riesgo. * Falta de información y/o creencias erróneas. * Desconocimiento de signos y síntomas de cáncer infantil por parte de	* Comercialización de medicamentos esenciales menos atractiva para los laboratorios y falta de interés en la compra de medicamentos genéricos, y en ingresar al país nuevos medicamentos.

	en el acceso a diagnóstico (3 días) y Oportunidad de Inicio de Tratamiento (1dia) para LLA * Seguimiento a los estándares de habilitación de los servicios de oncología pediátrica * "Herramienta clínica para el abordaje inicial de las condiciones prevalentes en la primera infancia con un módulo para cáncer infantil" y cartilla a cuidadores. * El MSPS realiza seguimiento a los NNA diagnosticados con cáncer infantil en el país. * Sociedad civil organizada y consolidada que brinda apoyo a las NNA con cáncer infantil y sus familias.	* Implementación de una herramienta para evaluar la suficiencia de la red oncológica del territorio.	los profesionales de atención primaria en salud.	
Cobertura Universal	* A febrero de 2023, el 98.4% de la población cuenta con cobertura de aseguramiento en salud, con garantía de acceso a las tecnologías en salud para la atención de Niños, Niñas y Adolescentes NNA con cáncer infantil.	* Regulación de procesos de habilitación de los servicios de cuidados paliativos.	* Dificultades en la regulación de la habilitación de los servicios de cuidados paliativos.	* Alta ruralidad y zonas dispersas en el país lo que dificulta la remisión de pacientes. * El fenómeno migratorio recrudece las desigualdades en salud e incrementa las brechas de pobreza y vulnerabilidad en la población con resultados críticos en la supervivencia del cáncer, asociados a falta de acceso, baja adherencia y abandono del tratamiento.
Cobertura Universal	* A febrero de 2023, el 98.4% de la población cuenta con cobertura de aseguramiento en salud, con garantía de acceso a las tecnologías en salud, para la atención de Niños, Niñas y Adolescentes NNA con cáncer infantil.	* Regulación de procesos de habilitación de los servicios de cuidados paliativos.	* Dificultades en la regulación de la habilitación de los servicios de cuidados paliativos.	* Alta ruralidad y zonas dispersas en el país lo que dificulta la remisión de pacientes. * El fenómeno migratorio recrudece las desigualdades en salud e incrementa las brechas de pobreza y vulnerabilidad en

Regímenes de Tratamiento	de de Prácticas Clínicas atamiento (GPC) actualizadas al año 2023 para la atención de las leucemias agudas pediátricas y linfomas. * Marco normativo que permite el seguimiento	* Disponibilidad de GPC para tumores sólidos y estandarización de protocolos para el tratamiento del cáncer infantil en el país. * Revisión de procesos de compra	* Desabastecimiento de medicamentos para el tratamiento de cáncer y alertas de medicamentos por problemas de seguridad y eficacia. * Falta de Guías de	* la población con resultados críticos en la supervivencia del cáncer, asociados a falta de acceso, baja adherencia y abandono del tratamiento. * Comercialización de medicamentos esenciales menos atractiva para los laboratorios dado que existe una falta de interés en la compra de medicamentos.
	medicamentos. * Cobertura de medicamentos y tecnologías a través del Plan de beneficios.	centralizada de algunos medicamentos. * Creación de mecanismos para garantizar el acceso equitativo del paquete esencial de medicamentos en cuidados paliativos pediátricos. * Creación del portafolio nacional de estupefacientes de uso paliativo pediátrico.	Practicas Clínica para Tumores sólidos. * Demora en aprobación de tecnologías basadas en costoefectividad. * Ausencia de medicamentos en las presentaciones y dosificaciones para el manejo del dolor de los niños, niñas y adolescentes con cáncer infantil.	* No existe estandarización de protocolos para el tratamiento del cáncer infantil.
Evaluación y Monitoreo	* Registros administrativos recogidos por la Cuenta de Alto Costo (CAC), SIVIGILA, Registros poblacionales y SISPRO los cuales miden las metas e indicadores del cáncer infantil.	* Establecer la clasificación única para caso de acuerdo con estándares internacionales. * Establecer gobernanza de datos. * Creación de un consenso de expertos para definición de indicadores. * Fortalecimiento técnico de los recolectores de datos. * Implementación de la base de datos en tiempo real a través de la herramienta MIPRES.	* Falta de Integralidad de fuentes a SISPRO, Cuenta de Alto Costo y SIVIGILA. * No se cuenta con información del cáncer infantil en tiempo real. * Multiplicidad de fuentes para la medición de los indicadores (indicadores de oportunidad, supervivencia). * Ausencia de consenso de medición de indicadores para tumores sólidos.	* Deficiencia en la Calidad del dato. * Subregistro de las diferentes fuentes. * Falta de oportunidad en fuentes de información que permitan hacer el seguimiento de la atención.



CHILE				
	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Centros de Excelencia	* Programa acreditado de subespecialidad en Hemato-Oncología Pediátrica (HOP). * Proceso cíclico para la acreditación de calidad para instituciones de salud. * Red de derivación formal en los hospitales de la comunidad. * Convenios docente-asistencial con universidades y un programa académico nacional. * Estrategias de prevención y control de infecciones. * Disponibilidad de salas de aislamiento infeccioso para pacientes de HOP, incluyendo centro para TPH. * Financiamiento estatal para el diagnóstico por imágenes, laboratorio de diagnóstico básico y especializado, patología básica y especializado, patología básica y especializada, quimioterapia, terapias de apoyo (hemoderivados), servicios de cirugía y radioterapia. * Algoritmo estandarizado para neutropenia febril y proceso estandarizado para evitar el desabastecimiento de ATB. * Comité HOP. * Acceso oportuno a imágenes por resonancia magnética nuclear y a tomografía axial computarizada. * Servicios oportunos de patología anatomo-clínica. * Proceso para comunicar los resultados críticos de pruebas y procedimientos diagnósticos al personal clínico. * Protocolos para el tratamiento de leucemias, linfomas, tumores sólidos y cerebrales.	* Red de derivación: quimioterapia, cirugía, radioterapia, neuro-oncología, trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). * Red de derivación por patologías. * Apoyo de la investigación por institución gubernamental (ANID). * Legislación para proteger derechos de NNA hospitalizados a la compañía, garantizando condiciones dignas y trato respetuoso. * Relaciones de colaboración a nivel nacional e internacional.	* Salas de espera para familiares de NNA. * Manejo del dolor asociado a procedimientos. * Servicios en riesgo por falta de financiamiento; alojamiento, transporte y alimentación para familiares de NNA con cáncer. * Falta enfermera educadora en centros (para educación de los cuidadores). * Falta de programas de capacitación en HOP para profesionales no médicas y técnicos.	* Débil financiamiento para investigación oncología pediátrica. * Falta de especialistas en algunos centros de la RED. * Hospitales mixtos: competencia por la demanda (adulto/ Infanto-adolescente) * Falta especialistas en Hematooncología. * Falta de acceso a resonancia nuclear magnética y PET CT. * Población sobreviviente sin control adecuado. * Éxodo de profesionales fuera del área pública. * Falta de profesionales especializados para sobrevivientes y su seguimiento. * Brecha en manejo público y privado al no tener una ficha clínica continua e interconectada. * Falta de formación de médicos en medicinas complementarias. * Alta demanda / desgaste emocional de profesionales * Escasa oportunidad de crecimiento en los cargos. * Programas sin continuidad o temporalidad adecuada, por ej. Rehabilitación. * Panorama económico del país.

Cobertura Universal	* Políticas de seguridad y capacitación para la preparación de mezclas, manejo y administración de quimioterapia. * Servicios de cuidado al final de la vida/duelo y morfina para manejo del dolor. * Antibióticos de primera línea, suministros para acceso vascular seguro y medicamentos básicos para prevención de toxicidad causada por quimioterapia. * Acceso a radioterapia y procedimientos quirúrgicos en instituciones de HOP. * Ley GES (19.966): protege derechos de menores de 15 años con cáncer para acceder a tratamiento esencial, garantizando oportunidad, acceso, calidad y protección financiera (es exigible y tiene mecanismo institucional para reclamar). * Protección financiera para familias que no pueden pagar costos asociados al tratamiento oncológico (sin copago en la red pública).	* Ley de garantías y derechos de la infancia y adolescencia. * Centros PINDA que aportan información. * Derechos sociales de pacientes tratados por cáncer infantil. * Aumento de cobertura hasta los 19 años.	* Prestaciones en privados de alto costo, homologar a lo público. * Déficit de interoperabilidad de informes. * Falta de cobertura de registro de adolescente entre 15-18 años 11 meses 29 días.	* Falta de financiamiento. * Discusión del Fondo Universal Solidario. * Discusión Política. * Pérdida de continuidad de tributación de información.
Regímenes de Tratamiento	* Institución dedicada a garantizar el suministro confiable y evaluar calidad de los medicamentos (ISP). * Adquisición confiable de medicamentos mediante mecanismos gubernamentales (CENABAST) y no gubernamentales. * Disponibilidad de protocolos	* Evidencia científica y colaboración internacional. * Enfoque multicultural. * Integración y alianza con equipos de adultos. * Investigación en universidades.	* Falta de programa de calidad de medicamentos (nacional, OMS). * Solo 2 centros para Radioterapia, anticipada/ urgente. * Pendiente validación jurídica de los protocolos. * Solo un centro público para TPH.	 * Quiebres de stock. * Conflictos de interés. * Alto costo de drogas oncológicas. * Concentración de centros en la región Metropolitana. * Baja Prevalencia del cáncer infantil. * Geografía; costos de traslado.

Evaluación y Registro de alta calidad de las Eventual Publicación Recursos humanos Monitoreo estadísticas vitales. integración del y difusión de enfocados en registros. **RENCI** al registro resultados. * Presupuesto para Registro poblacional de cáncer nacional de en menores de 15 años (RENCI). consolidar el registro Registro cáncer. nacional de cáncer. histórico Pequeña proporción de Agregar en los a cargo de pacientes que abandona o Perder información del registros, datos Epidemiología rechaza el tratamiento. registro. sociodemográficos, del MINSAL. Informes epidemiológicos La calidad y del paciente y su GES: incluyó basados en RENCI, sobre completitud de los familia. el cáncer en incidencia, sobrevida, datos entregados. * Ley y PNC. menores de mortalidad. Subvaloración de 15 años entre * Los registros Monitoreo de indicadores las necesidades del las primeras permiten de calidad y seguridad de la proceso y de la familia. enfermedades entregar atención a nivel central y local. garantizadas. Burocracia interinformación para ministerial: lentitud Falta de intervenciones en los procesos socioeconómicas, Seguimiento a lo administrativos que psicológicas, largo de todo el interfieren y amenazan físicas y proceso. los resultados. escolarización. **Alianzas** Incorporación internacionales. de la población Integración infanto-Público/Privada. adolescente Los resultados con cáncer en y evaluaciones los registros,



para conocer el

impacto de la

enfermedad y

la necesidad de

rehabilitación.

son incorporadas

internacionales

en grupos

como BFM y

otros.

ECUADOR				
	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Centros de Excelencia	* La Red pública Integral de salud cuenta con 2 Hospitales con servicio de oncohematología pediátrica (HBO cobertura Sierra y amazonía y HFIB cobertura costa y sierra central) y el Hospital de la Seguridad social. * La Red Complementaria Privada cuenta con el Hospital SOLCA (Quito, Cuenca, Guayaquil, Loja) que atienden pacientes pediátricos y adolescentes.	* Convenio Marco son San Jude /OPS/ORAS CONHU. * Plataforma Global de acceso a medicamentos contra el Cáncer Infantil (en desarrollo). * Convenios con ONGs que apoyan el cáncer pediátrico para generar estrategias de acceso a tratamiento y diagnóstico.	* Infraestructura insuficiente para la alta demanda de atención de la población oncológica pediátrica. * Insuficientes especialistas en Oncología y Hematología Pediátricos, Cuidados Paliativos y Cirugía oncológica.	* Falta de presupuesto para adquisición de equipos diagnósticos. * Caducidad de Convenios con ONGs. * Rotación de personal en los Hospitales.

	* Disponibilidad de tratamiento con quimioterapia sistémica. * Mecanismos de derivaciones Internacionales para casos sin capacidad resolutiva. * Medicina nuclear en el hospital de Seguridad Social.		 Pocos centros hospitalarios públicos pediátricos. No se cuenta con medicina nuclear, ni resonancia magnética en el sector público. 	* Insuficiente sensibilización a la población y actores sociales relacionados.
Cobertura Universal	* Documento normativo sobre "Estrategia nacional de cáncer" (ENAIC). * Acceso a la atención y a Salud Gratuita garantizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP). * Registro Único de Tumores con datos Nacionales por edad, sexo y tipo de cáncer. * Política de ENT Crónicas, que incluye cáncer infantil, en actualización por el MSP.	* Red Pública Integral de Salud. * El Cáncer es considerado una enfermedad catastrófica y cuenta con un marco legal que lo ampara. * El Código Orgánico Monetario y Financiero asigna un porcentaje para la atención Integral del cáncer en el Sector Público. * Apoyo internacional para mejoramiento del sistema nacional de gestión de suministros.	* Sistema de información insuficiente para la toma de decisiones en los hospitales públicos que atienden pacientes pediátricos. * No se han realizado estudios epidemiológicos completos por información insuficiente.	* Sistema Informático no unificado en los Hospitales. * Falta de presupuesto específico para compra de medicamentos citostáticos. * Medicamentos oncológicos que se adjudicna por precio y no por calidad.
Regímenes de Tratamiento	 * Alianzas institucionales para fortalecimiento de las estrategias terapéuticas de cada institución. * Cuadro básico de medicamentos que permite incluir nuevas formulaciones acorde a las necesidades de los pacientes. * Actualización de la Política de ENT en el MSP. 	* Asesoría científica por parte de instituciones internacionales que disponen documentos técnicos que pueden adaptarse a las necesidades de la población ecuatoriana.	Escasos oncólogos y hematólogos pediatras, cirujanos y neurocirujanos especialistas en oncología. Falta de medicina nuclear y radioterapia en el sector público. Ausencia de unidades de trasplante de órganos hematopoyéticos en los hospitales del sector público.	* Falta de estandarización de protocolos de atención. * Falta de Área de preparación de medicamentos citostáticos y biológicos en los Hospitales Pediátricos
Evaluación y Monitoreo	* Sistema informático del MSP PRAS-RDACCA que puede desarrollarse para cáncer infantil. * Implementación de las unidades de cuidados paliativos en los hospitales de segundo y tercer nivel en articulación con el primer nivel de atención.	* Asesoría internacional (OPS) para implementación de un registro único de tumores. * Disponibilidad del Sistema de Monitoreo de St Jude Children 's Research Hospital.	* Interoperabilidad entre diferentes sistemas y trazabilidad de la atención de los pacientes entre el sector público y privado.	* Falta de monitoreo y seguimiento de los pacientes debido a la existencia de diferentes sistemas de registro en los hospitales pediátricos. * Difícil acceso a los pacientes por la localización geográfica.



PERÚ				
	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Centros de Excelencia	 * DS 149: Diagnóstico precoz y servicios de atención de cáncer infantil. * Programa de entrenamiento gratuito en Diagnóstico precoz a cargo de Escuela Nacional de Salud Pública (MINSA). * >6000 profesionales de 1º nivel capacitados. * Asignación de presupuesto en infraestructura y equipamiento en cáncer (Ley de presupuesto). * Apoyo de OPS y Fundaciones locales en equipos e infraestructura. * Champion como parte de equipo técnico del MINSA 	* Compromiso de MINSA y autoridades en el marco de GICC. * Posibilidad de articular y establecer alianzas de colaboración en el MINSA y con otros sectores. * Aliados internacionales (St Jude Children 's Research Hospital) para fortalecimiento del recurso humano.	 * Inestabilidad política. * Alta rotación de funcionarios. * Centralización de la atención. 	* Rebrote de enfermedades infecciosas como Dengue. * Aumento de anemia y desnutrición. * Incremento de pobreza.
Cobertura Universal	 Ley 31041 "Cáncer infantil". Ley 31336 "Ley Nacional de cáncer". Ley 29334 " Ley universal de salud". 95% atención oncológica pediátrica cubierta (diagnóstico, soporte, paliativos, tratamiento, listado nacional de medicamentos, TPH). 	* Intercambio prestacional entre los sistemas de salud (SIS - Essalud – FFAA – Privados).	* Cobertura de medicamentos esenciales en cáncer infantil. * Sistema de salud fraccionado	* Caída del mercado externo para compra de insumos y medicamentos
Regímenes de Tratamiento	 * Guías de tratamiento institucionales. * Listado nacional de medicamentos (PNUME), planes complementarios, cubierto 100% por sistema de salud. * Compra centralizada de medicamentos e insumos estratégicos (CENARES). * Normas técnicas para diagnóstico y tratamiento de 6 cánceres pediátricos. 	* Posibilidad de adquisición de medicamentos de alto costo a través de mecanismos diferenciados (Ley 31336). * FISSAL cubre tratamientos de alto costo (TPH). * Adquisición de medicamentos a través del Fondo estratégico de OPS.	* Trámite burocrático para adquisición de medicamentos de alto costo. * Ausencia de protocolos nacionales de tratamiento. * Análisis de las tecnologías sanitarias fragmentado en varias instituciones.	* Medicamentos aprobados por criterio costo-beneficio sin asegurar la calidad. * Demora en programación y proceso de compra de medicamentos
Evaluación y Monitoreo	 NTS N° 199-MINSA/CDC-2023, "Vigilancia epidemiológica de cáncer en general y cáncer en niños y adolescentes – Registro Hospitalario". Ley 31041 "Cáncer infantil". Ley 31336 "Ley Nacional de cáncer" 	* Implementación de RNC (RNCBP + RHC). * Implementación de la RON (forma parte de su proceso misional)	* Dificultad para realizar registro hospitalario de cáncer en hospitales generales.	* Ausencia de financiamiento directo



VENEZUELA				
	Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Centros de Excelencia	 Formación en Oncología Pediátrica en las Facultades de Medicina financiado 100% por el Estado. Suficiente capacidad instalada en el área de oncología pediátrica a nivel nacional. Buen nivel de diagnóstico oportuno. Protocolos de tratamiento completos asegurados y gratuitos. 65 farmacias de alto costo distribuidas en los 24 estados del país. 	* Optimización de equipamiento por Cooperación Internacional. * Acercamiento con países y gobiernos del SUR, promovido por Brasil, permitirá una mayor cooperación internacional para la realización Trasplante de Médula Ósea. * Lucha diplomática ejercida por el Presidente Nicolás Maduro Moros para rescate de finanzas, permitirá la reinversión social y reimpulso de los centros de excelencia instalados en el país.	* Dificultad en la capacitación permanente del recurso humano en la red de atención ambulatoria especializada motivado por agresiones financieras. * Falta de fortalecimiento de infraestructura de las Unidades de Tratamiento y de Trasplante de Médula Ósea.	* Asedio permanente y bloqueo financiero que limita, condiciona e imposibilita la optimización de las infraestructuras hospitalarias y especializadas y el equipamiento de Unidades de Tratamiento y Trasplante de Médula Ósea. * Migración inducida del recurso humano formado y financiado por el Estado.
Cobertura Universal	* Programa Nacional de Farmacia de Medicamentos de Alto Costo, instalado en las principales ciudades. * Red de atención comunal y ambulatoria especializada en todo el país con instalaciones organizadas en 595 Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC). * Laboratorios de Anatomía Patológica en hospitales oncológicos, universitarios y generales. * Plan de la Patria 2019-2025, con objetivos coincidentes con los objetivos de desarrollo sostenible de la ONU. * Estudios pre-diagnósticos básicos (laboratorio, radiología simple y ecosonografía) en sector público y privado de todas las ciudades del país. * Estudios de anatomía patológica, inmunohistoquímica, citometría de flujo, citogenética, PCR y otros en el sector público.	* Posibilidad de apertura para créditos y procuradurías garantizadas por organismos internacionales para suministro de medicamentos, insumos y equipos de diagnóstico. * Acercamiento con países y gobiernos del SUR, promovido por Brasil, permitirá una mayor cooperación Internacional y el logro de la cobertura universal en salud, contemplando la creación de unidades de cuidados paliativos en los centros de salud con atención oncológica pediátrica.	* Escasez de recurso humano en la red de atención comunal y ambulatoria especializada para niños, niñas y adolescentes. * Las 930 MCU impiden la adquisición de insumos, materiales y nuevos equipos.	* Asedio permanente y bloqueo financiero que limita, condiciona e imposibilita la optimización de las infraestructuras hospitalarias y especializadas y el equipamiento de Unidades de Tratamiento y Trasplante de Médula Ósea. * Migración inducida del recurso humano formado y financiado por el Estado.

Fortalecimiento Oferta de Regimenes Manual de Protocolos de Limitación para de Tratamientos Oncológicos de relaciones la adquisición medicamentos **Tratamiento** (adultos y niños) en revisión y internacionales de nuevas para tratamiento actualización. moléculas para y mecanismos y Soporte de dudosa necesarios para tratamiento Programa de la adquisición e oncológico. procedencia. Farmacovigilancia para intercambio de medicamentos oncológicos. Introducción Asedio tecnología avanzada al país por vías permanente Incorporación de los para tratamientos, no autorizadas, y bloqueo especialistas en Oncología y procura de nuevas de nuevas financiero que Pediátrica y Hematología para moléculas patentadas moléculas de limita, condiciona revisión y actualización de incluidas en los procedencia no e imposibilita la Protocolos. protocolos nacionales. certificada y no investigación, Entrega de tratamientos Acercamiento con aprobada en producción o completos por protocolos los protocolos países y gobiernos del adquisición de nacionales aprobados. nacionales. medicamentos y SUR, promovido por Brasil, permitirá una equipos idóneos Parque tecnológico instalado Las 930 MCU mayor cooperación para tratamiento en 15 estados del país, con dificultan la Internacional para oncológico. equipos para tratamiento adquisición de la realización de con radioterapia y medicina repuestos para trasplante de médula nuclear. los equipos de ósea. alta tecnología (radioterapia y medicina nuclear). Evaluación y Registro Central de Cáncer Apoyo directo *Reporte al Migración Monitoreo Sistema de inducida de instalado (adultos y niños). de cooperación internacional Registro Central profesionales Registro actualizado de de Cáncer y colaboración hacia el sector pacientes oncológicos multisectorial para la privado y fuera del pediátricos a nivel nacional. Las 930 MCU dotación de equipos país. impiden la de computación e adquisición Asedio internet. de equipos permanente Promoción de tecnológicos y el bloqueo estructura académica para el correcto financiero. instalada, en especial monitoreo de la Universidad de la la patología y Ciencia de la Salud evolución de los e Instituto de Altos pacientes. **Estudios** "Doctor Déficit de Arnoldo Gabaldon" especialistas en para aumentar el epidemiología y número de técnicos sistematización y especialistas en evaluación y enfermedades. monitoreo.





ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 - Perú Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700 contacto@conhu.org.pe http://www.orasconhu.org

- Organismo Andino de Salud
- @orasconhu
- Organismo Andino de Salud
- in Organismo Andino de Salud



