

ECONOMIST
IMPACT

Reducir la brecha de equidad

Atención oncológica para la mujer en Perú



Respaldo por



Contenido

- 2** Acerca de este informe
- 3** Introducción
- 6** Desentrañar las desigualdades en los resultados del cáncer para la mujer en Perú
- 10** Reducir la brecha de equidad
- 14** Referencias

Acercas de este informe

“Reducir la brecha de equidad: Atención oncológica para la mujer en Perú” es un informe de investigación de Economist Impact que examina el panorama de la atención del cáncer de cuello uterino y de mama en Perú, y se centra en identificar las disparidades y oportunidades para ofrecer resultados equitativos para las mujeres.

Este informe explora cómo los factores socioeconómicos, culturales y del sistema de salud contribuyen a las desigualdades en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención posterior del cáncer para las mujeres en Perú. Con esta información, se proporcionan acciones prácticas para las partes interesadas, incluidos responsables de políticas, organizaciones no gubernamentales (ONG), profesionales de la salud y grupos de activistas, con el fin de promover una atención equitativa contra el cáncer.

Economist Impact ha realizado una revisión inicial de la evidencia, ha facilitado conjuntamente un taller con varias partes interesadas que son clave para comprender los desafíos a nivel nacional y ha realizado entrevistas con expertos para brindar una perspectiva única a este informe. Agradecemos a las partes interesadas peruanas que asistieron al taller y a aquellos que participaron en las entrevistas con expertos y compartieron sus perspectivas y experiencias (en orden alfabético):

- Dr. **Alfonso Gutiérrez-Aguado**, Coordinador de investigación, Universidad Continental, Lima; Presidente, capítulo peruano de la Sociedad Profesional de Economía de la Salud e Investigación de Resultados
- **Andrea Matos Orbegozo**, Miembro del equipo técnico, Dirección de Prevención y Control del Cáncer, Ministerio de Salud del Perú
- **Ángela Flores**, Directora Ejecutiva, La Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (ALAFARPE)
- **Diana Gonzáles**, Congresista de la República, Partido Avanza País
- Dr. **Luis Más López**, Director Ejecutivo, Departamento de Oncología Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- **Edson Aguilar**, Vicepresidente, Voces Ciudadanas
- Dra. **Evelyn Rodríguez Mino**, Miembro del equipo técnico, Dirección de Prevención y Control del Cáncer, Ministerio de Salud del Perú
- **Fátima Luna**, Jefa de Proyectos de Política Pública, Fundación Peruana de Cáncer
- Dra. **Lorena Marín Montoya**, Directora Adjunta, Asuntos Médicos, Oncología y Biomarcadores, MSD
- **Miguel Figallo**, Gerente de Proyectos, Unidad de Consultoría Económica, APOYO Consultoría
- **Pilar Collantes**, Presidenta, Voces Ciudadanas
- **Rosalía Adela Clemente Tacza**, Presidenta, Federación Nacional de Mujeres Campesinas, Artesanas, Indígenas, Nativas y Asalariadas del Perú
- **Víctor Palacios**, Gerente General de City Cancer Challenge Foundation (C/Can) en Arequipa

Esta investigación fue dirigida por Alcir Santos Neto y Debora Ramires Pelisson y llevada a cabo por María Clara Silva. El informe fue redactado por la Dra. Radha Raghupathy, editado por Alcir Santos Neto y revisado por Maria Ronald. Latifat Okara y Kati Chilikova supervisaron y dirigieron el programa de investigación.

Introducción

El cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino son los dos tipos de cáncer más frecuentes entre las mujeres en Perú y los que causan mayor número de muertes (consulte la Figura 1). En 2022, el cáncer de mama representó el 19,9 % de los cánceres incidentes en mujeres y 1951 muertes, mientras que el cáncer de cuello uterino representó el 12,3 % de los cánceres incidentes y 2545 muertes, y se proyecta que la carga aumentará aún más (consulte las Figuras 2 y 3).¹ Las cifras son alarmantes, especialmente para el cáncer de cuello uterino, que es una enfermedad que se puede prevenir en gran medida mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), pero Perú continúa teniendo una tasa de mortalidad más alta que el promedio de América Latina (LATAM) y el Caribe.^{2,1} A pesar de que Perú es el primer país de Suramérica en presentar el programa escolar universal de vacunación contra el VPH para niñas en 2011, solo el 74 % de las mujeres elegibles había completado el cronograma de vacunación en 2023.³ Como señaló un experto, “La vacunación contra el cáncer de cuello uterino ha progresado más lentamente en Perú en comparación con algunos otros países, debido a la estigmatización y al conservadurismo”. Perú ofrece una prueba

de Papanicolaou anual y una mamografía bienal para mujeres en grupos etarios elegibles a fin de detectar el cáncer de cuello uterino y de mama, pero la tasa de captación es subóptima. Solo el 47,5 % de las mujeres elegibles se han realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años según los datos de 2023, y solo el 41,7 % de las mujeres elegibles se han realizado una mamografía en los últimos dos años, según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017-2023.^{4,5} La baja captación de las pruebas de detección debido a la falta de concientización, la estigmatización, el temor a un diagnóstico de cáncer y el acceso deficiente a la atención da como resultado diagnósticos tardíos. Solo el 30 % de las mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama por medio de pruebas de detección y el 50 % de las mujeres tienen cáncer de mama avanzado al momento del diagnóstico.⁶ La biología de la enfermedad también contribuye a resultados deficientes, y las variantes agresivas, como el cáncer de mama triple negativo (CMTN), son más prevalentes en Perú en comparación con otros países de Latinoamérica.⁷

Figura 1: Epidemiología del cáncer de cuello uterino y de mama en Perú frente a Latinoamérica y el Caribe (2024)⁸

Tasa por cada 100.000 personas

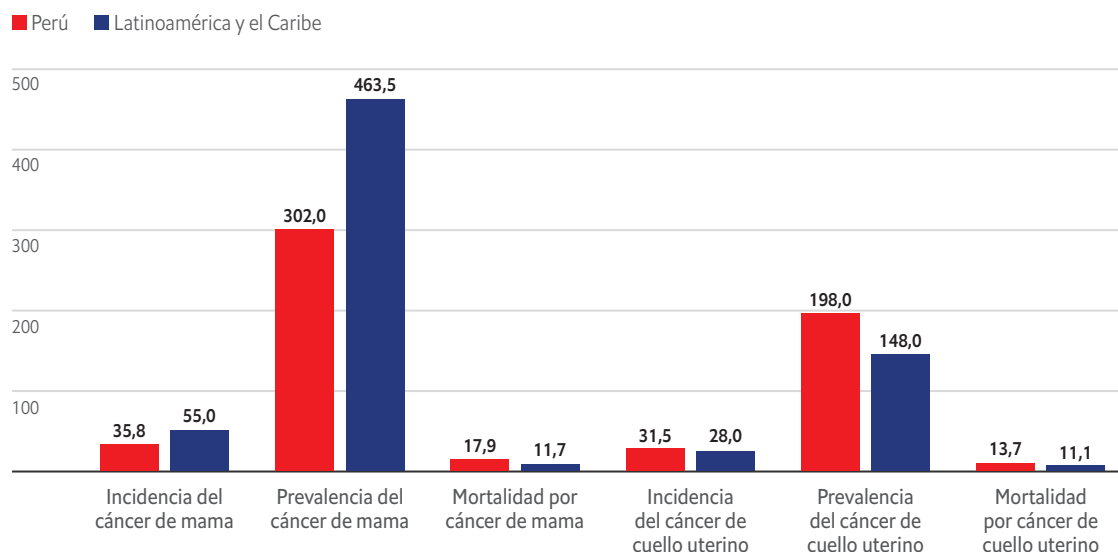


Figura 2: Proyecciones anuales de prevalencia del cáncer de cuello uterino y de mama en Perú y Latinoamérica y el Caribe hasta 2030⁸

Tasa por cada 100.000 personas

— Cáncer de mama en Perú ··· Cáncer de mama en Latinoamérica y el Caribe — Cáncer de cuello uterino en Perú
 ··· Cáncer de cuello uterino en Latinoamérica y el Caribe

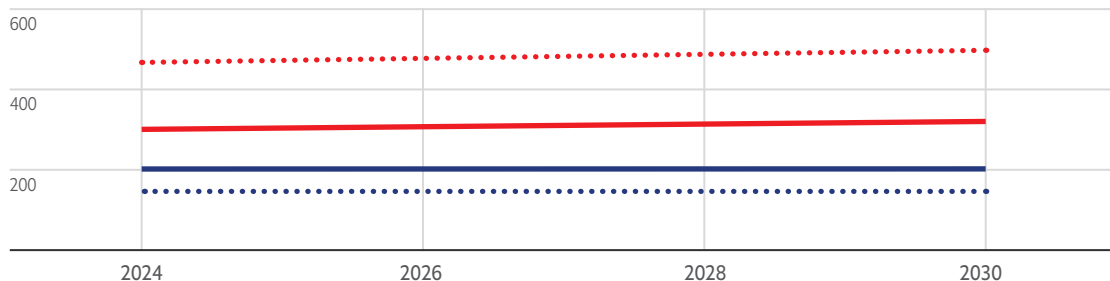
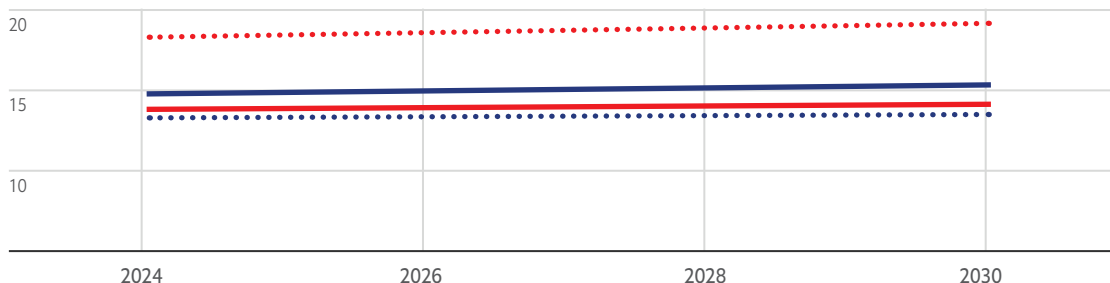


Figura 3: Proyecciones anuales de mortalidad por cáncer de cuello uterino y de mama en Perú y Latinoamérica y el Caribe hasta 2030.⁸

Tasa por cada 100.000 personas

— Cáncer de mama en Perú ··· Cáncer de mama en Latinoamérica y el Caribe — Cáncer de cuello uterino en Perú
 ··· Cáncer de cuello uterino en Latinoamérica y el Caribe



Además, existen grandes desigualdades en los resultados de salud para las pacientes con cáncer de mama y cuello uterino dentro de Perú (consulte la Figura 4). La región costera occidental de Perú es predominantemente urbana, tiene un mayor crecimiento económico y está habitada por mujeres con niveles de educación y estatus socioeconómico más altos. Sin embargo, la región montañosa central y la región oriental de selva lluviosa son en su mayoría rurales y se han retrasado en el desarrollo.⁹

Los pueblos indígenas, que representan casi el 25,8 % de la población, residen predominantemente en las regiones rurales montañosas y de selvas lluviosas y tienen niveles de educación y estatus económico más bajos en comparación con sus contrapartes blancas y mestizas (mezcla de blancos e indígenas).^{10,9,11} La región occidental, que se beneficia de una mejor educación, mayor estatus socioeconómico y mejor acceso a la atención médica, supera a las regiones centrales y orientales con respecto a los resultados oncológicos en las mujeres. La tasa más alta de mortalidad estandarizada por edad para el cáncer de cuello uterino en 2017 se observó en Loreto, en la región oriental (37,4 por cada 100.000 personas) y la tasa más baja en Tumbes, en la región occidental (4,8 por cada 100.000 personas). La mortalidad por cáncer de cuello uterino mostró una tendencia descendente en las regiones occidental y oriental entre 2008 y 2017, pero permaneció estática en la región central.¹² Según los expertos, “el cáncer de

Perspectivas del taller

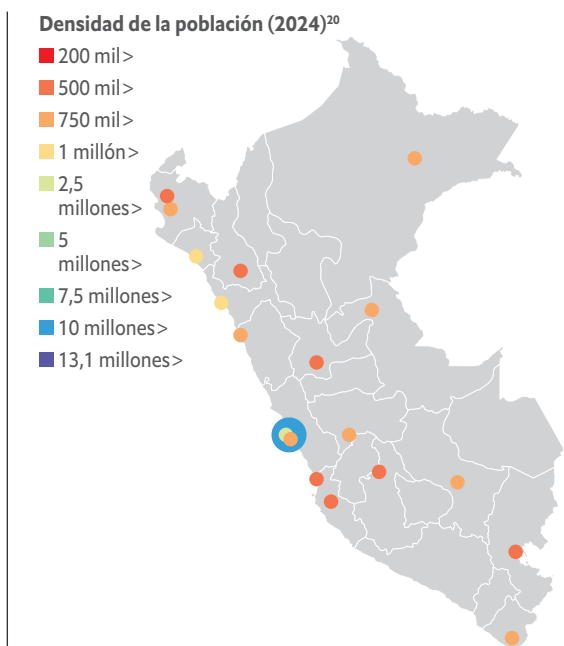
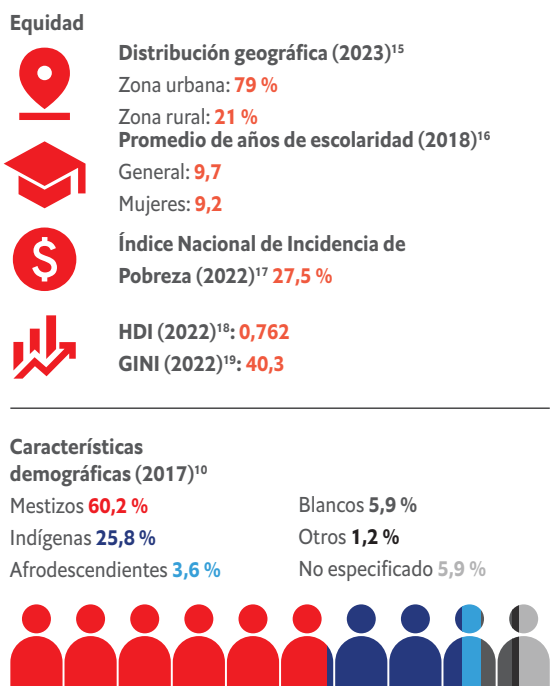
“El cáncer de cuello uterino afecta de manera desproporcionada a las mujeres de bajos ingresos que dependen de los sistemas de salud pública y de la cobertura del “Sistema Integral de Salud, SIS”, lo que contribuye a las disparidades en los resultados”.

cuero uterino afecta de manera desproporcionada a las mujeres de bajos ingresos que dependen de los sistemas de salud pública y de la cobertura del Sistema Integral de Salud (SIS) en Perú, lo que contribuye a las disparidades en los resultados". En cuanto al cáncer de mama, las tasas de mortalidad en la región central mostraron una tendencia al aumento entre 2003 y 2017, mientras que la región occidental mostró una tendencia descendente. Las mujeres indígenas de la región de la Selva enfrentan desafíos adicionales, ya que es más probable que se les diagnostique CMTN, un subtipo agresivo, en comparación con sus contrapartes en la región de la Sierra (31 % frente a 14 %).¹³ Esta disparidad en la prevalencia del CMTN entre las poblaciones indígenas contribuye al mayor riesgo de mortalidad observado en la región de la Selva. Los cuidados paliativos en Perú son deficientes. Un estudio atribuye la mayor prevalencia del CMTN en la región de la Selva a mayores barreras geográficas y logísticas para la

atención, un estatus socioeconómico más bajo y acceso limitado a la atención médica, a pesar de los esfuerzos como el "Plan Esperanza".¹³ Además, las diferencias en las exposiciones ambientales y las posibles predisposiciones genéticas pueden contribuir a esta disparidad, aunque se necesita más investigación para confirmar estos factores. [13] Además, según una encuesta de 2020, Perú tuvo el número más bajo de unidades de cuidados paliativos en Latinoamérica, y las disparidades regionales también son notables.¹⁴ "Los cuidados paliativos carecen de brigadas y presupuesto en diversas regiones, con claras brechas de especialistas", destacan los expertos.

En este informe, exploramos los factores que causan disparidades en la atención oncológica de la mujer y los resultados en Perú, las oportunidades para reducir estas disparidades, y hacemos llamados a la acción específicos para las diferentes partes interesadas.

Figura 4: Comprensión de la equidad en Perú



Desentrañar las desigualdades en los resultados del cáncer en las mujeres en Perú

Las desigualdades sociodemográficas, junto con las barreras geográficas y del sistema de atención médica, generan importantes disparidades en el manejo y los resultados del cáncer de mama y cuello uterino en Perú.

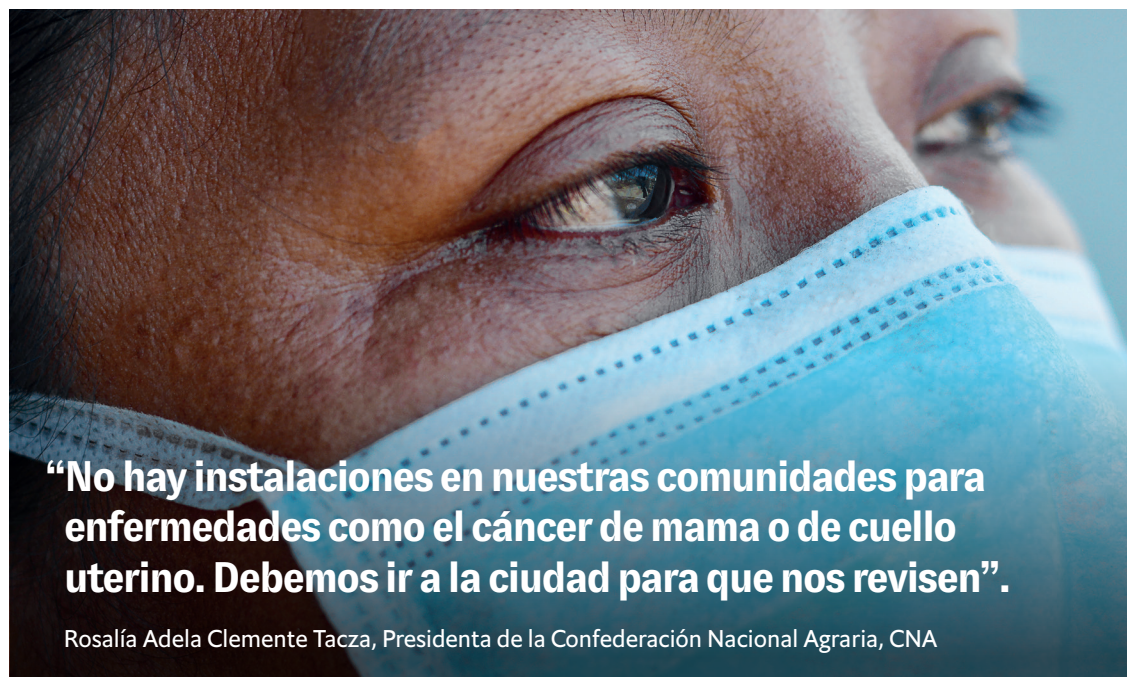
Factores sociodemográficos

La atención desigual experimentada por las mujeres en todas las etapas de la vía de atención del cáncer podría verse influenciada por varios factores sociodemográficos. “Existe una normalización de la ausencia de derechos humanos para las mujeres, que distorsiona su salud”, destacan los expertos. Si bien las mujeres ya están históricamente excluidas por el sistema de atención médica, algunas características específicas, como menor educación, bajos niveles de ingresos, falta de seguro médico, origen étnico indígena y vivir en el campo, son factores asociados con una menor captación de

las pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino en Perú.^{21,22,4} Las barreras psicosociales y culturales relacionadas con la vergüenza y el miedo a la prueba de Papanicolaou o a un diagnóstico de cáncer impiden aún más las pruebas de detección.^{23,24,25} La estigmatización del cáncer de cuello uterino debido a su relación con las infecciones de transmisión sexual también desalienta a las mujeres de buscar atención. Los expertos destacan que “existe un gran estigma contra las mujeres jóvenes que son sexualmente activas, lo que les impide acceder a medidas preventivas, como las vacunas contra el VPH”.

Características del sistema de atención médica

Existen disparidades geográficas en el acceso a los centros de atención oncológica y al personal oncológico en Perú. El Ministerio de Salud de Perú tiene cuatro institutos especializados en



“No hay instalaciones en nuestras comunidades para enfermedades como el cáncer de mama o de cuello uterino. Debemos ir a la ciudad para que nos revisen”.

Rosalía Adela Clemente Tacza, Presidenta de la Confederación Nacional Agraria, CNA



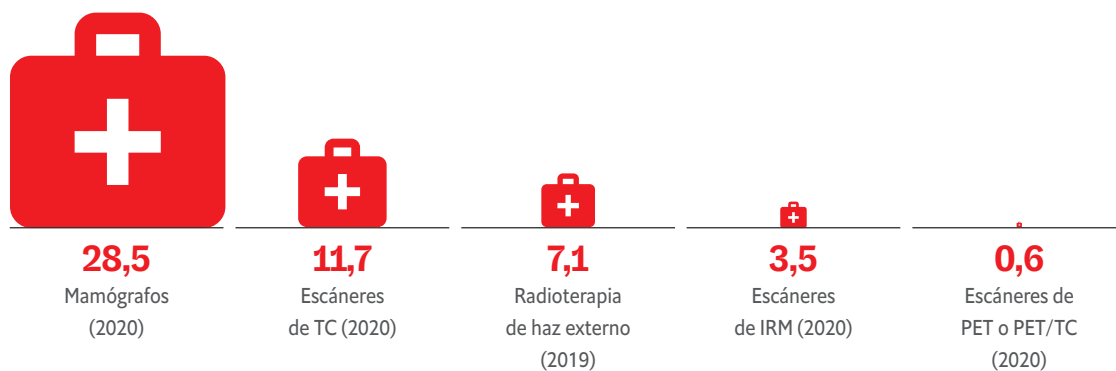
en 17, y se proyecta que la brecha aumentará a 34 y 28 para las unidades de EBRT y BT en 2030, respectivamente.²⁸

Los hospitales generales de algunas regiones pueden ofrecer atención básica contra el cáncer, pero estos centros también pueden ser de difícil acceso para poblaciones rurales y remotas. La región de Loreto, ubicada en la selva lluviosa, alberga a 28 de las 55 comunidades indígenas del país; el 15,44 % de estas comunidades se encuentran a ocho horas de cualquier centro de atención médica.²⁹ Como lo resalta Rosalía Adela Clemente Tacza, presidenta de la Federación Nacional de Mujeres Campesinas, Artesanas, Indígenas, Nativas y Asalariadas del Perú, “No hay instalaciones en nuestras comunidades para enfermedades como el cáncer de mama o de cuello uterino. Debemos ir a la ciudad para que nos revisen”. Los expertos explican que la ausencia de herramientas de diagnóstico básicas, como mamografías y colposcopios, en muchas regiones retrasa la detección temprana del cáncer en la mujer (consulte la Figura 5). Una encuesta realizada a 488 mujeres de las tres regiones de Perú identificó que el 73,5 % de las mujeres de las zonas rurales nunca habían recibido pruebas de detección del cáncer de mama, en comparación con el 36,9 % de las mujeres de las zonas urbanas.⁶ Además, las pruebas genéticas para detectar cánceres hereditarios y las pruebas moleculares de muestras de biopsia para terapias personalizadas no son fácilmente accesibles en zonas remotas y rurales.³⁰

oncología, el Instituto Nacional del Cáncer en Lima, la capital, y tres institutos regionales en las regiones del norte (Trujillo), sur (Arequipa) y centro (Huancayo). Actualmente, no hay centros oncológicos especializados en la región de selva lluviosa.²⁶ Hay 11 hospitales que prestan servicios oncológicos en el sector público, pero solo cinco centros ofrecen cirugía de cáncer de mama, y ocho centros ofrecen cirugía oncológica ginecológica.²⁷ Hay un déficit significativo en las unidades de radioterapia necesarias para el tratamiento del cáncer de mama y cuello uterino en todo el país. Las estimaciones actuales colocan la brecha de las unidades de radioterapia de haz externo (EBRT) en 16 y las unidades de braquiterapia (BT)

Figura 5: Acceso a equipo médico en Perú³¹

Equipo por cada 10.000



“Es necesario reimaginar la atención médica teniendo en cuenta la interculturalidad, incluido el respeto por las identidades, lenguas y tradiciones indígenas”.

Rosalía Adela Clemente Tacza, Presidenta de la Confederación Nacional Agraria, CNA

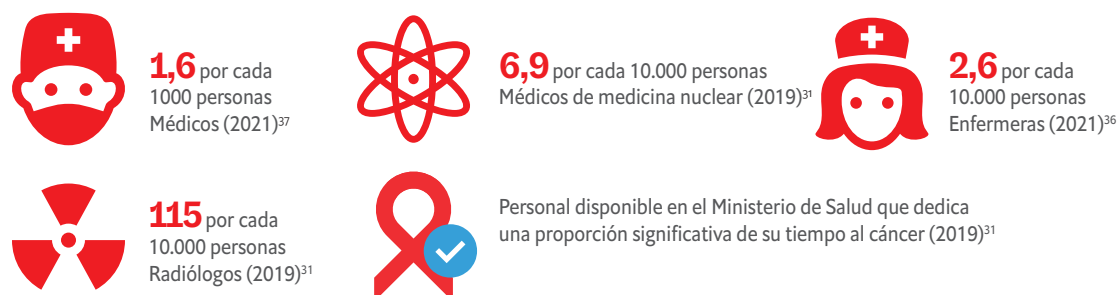
El costo y los inconvenientes de viajar a la ciudad y buscar alojamiento son barreras significativas para las mujeres rurales, a menudo indígenas, que buscan atención oncológica.^{32,33} Muchas veces, las mujeres deben viajar solas, lo que aumenta el estrés de buscar atención en un entorno nuevo.³³ Además, la infraestructura y la calidad de la atención son variables entre los centros oncológicos, lo que representa un impedimento adicional para la búsqueda de atención. Por ejemplo, los expertos describen que “en Junín, solo hay un hospital para el cáncer y está en malas condiciones”.²⁶

El acceso al personal oncológico es peor en las regiones central y oriental en comparación con la región occidental (consulte la Figura 6). Entre los 319 oncólogos en práctica activa en 2019, la mayoría se encontraban en la región occidental: un 63 % estaba en Lima, 10,03 % en Arequipa, 5,64 % en Lambayeque y 5,32 % en La Libertad, lo que demuestra que hay desigualdades en el acceso al personal oncológico.³⁴ Existen muy pocos puestos de capacitación para oncólogos, y son inadecuados para cubrir las necesidades futuras esperadas. Por ejemplo, cada año solo se forman seis médicos nuevos en radioncología en todo el país.³⁵ Esta es una cuestión crítica, como señaló el Dr. López: “Hay más de 400 médicos oncólogos en el país, pero más de la mitad se concentran en la capital. Si bien la distribución poblacional refleja esto, las zonas rurales

tienen menos oncólogos y recursos de atención médica. Además, las instalaciones de radioterapia son limitadas, sobre todo fuera de Lima”.

Además de la escasez de especialistas, los expertos observan que la atención que ofrecen no suele adaptarse a las necesidades de las mujeres. La discriminación sistémica contra las mujeres, las poblaciones indígenas y otros grupos marginados exacerba significativamente las barreras para el diagnóstico y el tratamiento. Las barreras culturales y lingüísticas dificultan la comunicación entre los proveedores de atención médica y las comunidades indígenas, lo que fomenta la desconfianza en los servicios de salud. Como afirma Luis Más López, Director Ejecutivo del Departamento de Oncología Médica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN): “La aceptación cultural de los procedimientos y las barreras lingüísticas son problemas significativos”. La Sra. Clemente Tacza reitera esto y dice: “Si uno habla quechua, es posible que los profesionales no lo comprendan y no haya un traductor”. Las mujeres sienten que los profesionales de la salud a menudo carecen de paciencia y empatía, lo que impide que las mujeres regresen para recibir atención continua. La sensibilidad cultural y la colaboración intercultural también son fundamentales para garantizar la cooperación entre los más necesitados, como lo señala la Sra. Clemente Tacza, que explica: “Necesitamos políticas que incluyan las prácticas indígenas, donde los médicos trabajen junto con los curanderos y parteras locales, reconociendo el valor de los conocimientos tradicionales... es necesario reimaginar la atención médica teniendo en cuenta la interculturalidad, incluido el respeto por las identidades, lenguas y tradiciones indígenas”.

Figura 6: Acceso al personal de atención médica en Perú



Financiamiento del sistema de atención médica

El gasto en atención médica en Perú es más bajo que en Latinoamérica y el Caribe, que comprende 33 países (LAC33) en promedio: 5,14 % del PBI se gastó en atención médica en 2019, 3,26 % de esto fueron gastos del gobierno.^{4,38,39} Además, las diferencias regionales en la financiación del gobierno para la atención oncológica es un factor clave que contribuye al acceso desigual. Los expertos señalan que las regiones administrativas como Madre de Dios y Huancavelica reciben presupuestos desproporcionadamente bajos para la atención oncológica en comparación con las zonas urbanas como Arequipa y La Libertad.

Las diferencias en la cobertura del seguro médico también afectan el acceso a la atención. El gobierno brinda atención médica gratuita para la población económicamente vulnerable a través del SIS o Seguro de Salud Pública creado en 2001. El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud estableció un conjunto mínimo de derechos en virtud del SIS, incluida una amplia gama de

alrededor de 140 afecciones y 1100 diagnósticos con garantías de plazos y calidad. A pesar de estas medidas, muchas mujeres aún no saben que califican para el SIS o que tienen acceso a pruebas de detección y tratamiento gratuitos para el cáncer. Otros seguros incluyen EsSalud para los trabajadores del sector formal, el seguro para la policía y las fuerzas armadas y seguros privados.⁴⁰ El acceso a la atención personalizada y los tratamientos innovadores contra el cáncer dependen del tipo de seguro médico, y el SIS ofrece una gama más estrecha de opciones de tratamiento, mientras que el seguro privado proporciona un acceso más amplio.³⁴ Por ejemplo, con SIS, EsSalud y los seguros privados se puede acceder a pruebas moleculares para determinar el estado de receptores hormonales y el estado de HER2 en el tejido del cáncer de mama, pero las pruebas para el marcador PD-L1 solo están disponibles con seguros privados. El acceso a ciertos agentes nuevos solo está disponible a través de un seguro privado.⁴¹ Los expertos advierten las preocupaciones de la sociedad civil con respecto a la falta de datos sistemáticos sobre el acceso a medicamentos de alto costo.

Reducir la brecha de equidad

Mejorar la descentralización de la atención oncológica

El Plan Esperanza, el plan nacional integral de control del cáncer lanzado en Perú en 2012, ha mejorado el acceso a la atención oncológica de las poblaciones en situación de vulnerabilidad y remotas. A pesar del progreso que se ha logrado, es necesario desarrollar nuevas estrategias para abordar la realidad actual y los desafíos en curso. Por ejemplo, el Dr. López destaca la necesidad de una mejor colaboración entre el Ministerio de Salud y el INEN para la asignación y planificación adecuada de los recursos.

El Plan Esperanza ha facilitado la descentralización de los servicios oncológicos al expandir los centros de prevención y tratamiento del cáncer en Perú. Un programa presupuestal basado en resultados (PpR Cancer-024) aborda las barreras económicas mediante disposiciones financieras especiales para los cánceres de alto costo, como el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino, a través del Fondo Intangible Solidario de Salud. Las pruebas de detección gratuitas del cáncer son obligatorias para el cáncer de mama y de

cuello uterino.⁴² En respuesta al Plan Esperanza, la revisión de imPACT en 2014 evaluó el estado del control del cáncer en Lima, Arequipa y Huancayo, y dio recomendaciones que han contribuido a una mayor descentralización de la atención oncológica en el país, incluida la expansión de los servicios de promoción de la salud, las pruebas de detección, el diagnóstico y el tratamiento.⁴² Para mejorar el acceso a las pruebas de detección, los expertos señalan que “se está evaluando el establecimiento de centros de mamografía en zonas remotas como Yurimaguas o Bagua”.

También se está llevando a cabo la descentralización de centros de medicina nuclear y unidades de radioterapia fuera de la ciudad capital de Lima. Organizaciones multilaterales como el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (Agency for Research on Cancer, IARC), así como socios externos, como el MD Anderson Cancer Center y City Cancer Challenge (C/Can), están colaborando con el gobierno de Perú para apoyar estos esfuerzos.⁴³



A pesar de estas medidas, el personal de atención médica sigue estando distribuido de manera desigual, y los profesionales de zonas remotas carecen de capacitación en prevención y tratamiento del cáncer. La infraestructura para el control y el manejo del cáncer también es inadecuada.³⁹ Los expertos destacan que “el Ministerio de Salud debe fortalecer su compromiso de garantizar que tanto los proveedores de atención médica públicos como los privados en zonas remotas conozcan y respeten los derechos de atención médica”. Fortalecer el personal de atención oncológica requerirá una mejor capacitación de los profesionales de atención médica rurales en la atención oncológica y ofrecer apoyo y tutoría aprovechando tecnologías como la telemedicina. Si bien el Ministerio de Salud peruano ha establecido objetivos para aumentar la cantidad de trabajadores de la salud capacitados en la realización de pruebas, como la colposcopia, y tratamientos, como la crioterapia para las lesiones cervicales, los esfuerzos de desarrollo de capacidades están retrasados.⁴⁴ Los expertos destacan la necesidad de una mejor integración de los agentes de salud comunitaria para brindar atención oncológica a mujeres de zonas rurales y establecer asociaciones entre el sector público y privado para mejorar el alcance. Contar con mejores datos impulsaría una mejor asignación de recursos en la descentralización. Actualmente, Perú tiene dos registros de cáncer basados en la población en Lima y Arequipa, que

cubren aproximadamente el 33 % de la población del país. El Dr. López reafirma esto y dice: “No hay un sistema nacional electrónico de registros de salud ni un registro nacional de cáncer. Existen algunos registros locales basados en la población en zonas como Trujillo, Lima y Arequipa, pero son limitados. Los registros existentes cubren más del 30 % de la población, lo cual es suficiente para ciertos procesos de toma de decisiones. Sin embargo, un registro nacional integral sería beneficioso para la planificación de políticas y la asignación de recursos”.

Los expertos observan que la recopilación de datos es pasiva y que las plataformas son ineficaces. La mejora en la recopilación de datos requiere: 1) la expansión de los registros de cáncer para una cobertura más amplia de la población, 2) el establecimiento de mejores vínculos con los sistemas de informes obligatorios de cáncer y estadísticas vitales y 3) la mejora de los mecanismos de financiación.⁴⁵

Aumentar la colaboración del gobierno con las ONG para reducir las disparidades en la atención

Varias ONG trabajan activamente para reducir las disparidades en la atención oncológica de la mujer, y las asociaciones gubernamentales están mejorando su alcance. CerviCusco es una ONG en



la región central de Perú que trabaja para mejorar la detección temprana, las pruebas de detección y el tratamiento de los cánceres de las mujeres en poblaciones desatendidas. Las consultas médicas, las pruebas de Papanicolaou, la colposcopia, la electrocirugía, las pruebas de detección del cáncer de mama y los análisis de laboratorio son ofrecidos por médicos locales e internacionales certificados por juntas médicas.⁴⁶ En los últimos 15 años, la organización ha facilitado la vacunación de más de 25.000 niños y adolescentes contra el VPH, ha realizado más de 75.000 pruebas de Papanicolaou de base líquida y más de 10.000 exámenes y cirugía guiados por colposcopia. Más de 2000 pruebas de Papanicolaou anormales han sido revisadas por expertos en Estados Unidos mediante telepatología.⁴⁷ CerviCusco trabajó previamente con una organización llamada RAD-AID para ofrecer ecografías de mama para las pruebas de detección. Las mujeres con anomalías fueron derivadas al Centro Oncológico Regional, un hospital nacional satélite para el cáncer con capacidades oncológicas médicas y quirúrgicas para ofrecer apoyo de diagnóstico y tratamiento.

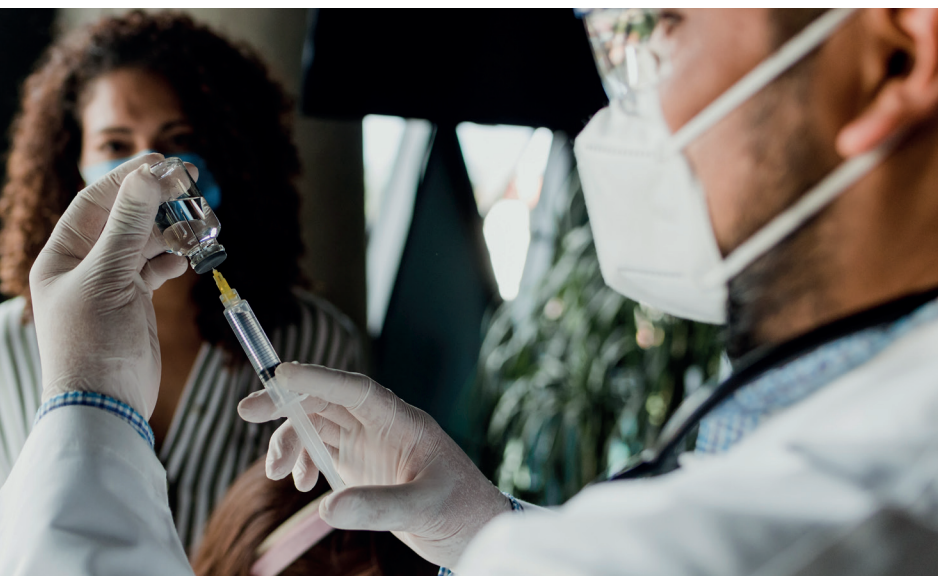
El INEN, el principal hospital nacional de cáncer en Perú, proporcionó apoyo de supervisión y telemedicina para el programa. El programa ofreció atención a aproximadamente 220 mujeres, pero se suspendió en marzo de 2020 debido a la pandemia.⁴⁸ La ONG internacional PATH también se asoció previamente con los institutos nacionales y regionales de cáncer de Perú para ofrecer un programa de detección temprana del cáncer de mama para mujeres en la región norte

de La Libertad, combinado con un programa de navegación de pacientes para apoyar a las mujeres que se realizan pruebas de detección y a las que se les detectan anomalías para que busquen atención adicional.⁴⁹ El resurgimiento y la expansión de este tipo de programas mejorarán significativamente el diagnóstico temprano y el tratamiento de las mujeres en situación de vulnerabilidad. El programa ALMA, ejecutado por la ONG Socios En Salud, se ocupa actualmente de las pruebas de detección, el tratamiento y la atención del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años de edad en la comunidad de Carabayllo, al norte de Lima. El programa utiliza folletos y campañas de divulgación, pero también aprovecha la tecnología a través de chatbots para apoyar a las mujeres en las pruebas de detección del cáncer de mama.⁵⁰

Es crucial ofrecer apoyo económico a las mujeres que viajan para buscar atención oncológica. La Fundación Peruana de Cáncer es una ONG que apoya el desplazamiento de pacientes de bajos ingresos de diferentes partes de Perú al INEN para la atención oncológica proporcionándoles alojamiento gratuito.⁵¹ Las asociaciones gubernamentales para mejorar el apoyo para viajes y alojamiento pueden facilitar la búsqueda de atención y su cumplimiento entre las mujeres.

Adoptar un enfoque intercultural centrado en las mujeres para la atención oncológica

Empoderar a las mujeres a través de la educación, la concientización y el autocuidado es clave para mejorar los resultados del cáncer en las mujeres. El gobierno está haciendo algunos esfuerzos en esta dirección, por ejemplo, mediante la adopción de campañas de concientización, que incluyen la campaña “Octubre rosa por el cáncer de mama”. Se han observado aumentos cíclicos en los volúmenes de búsqueda de Google sobre el cáncer de mama alrededor de la época de la campaña de Octubre rosa.⁵² El aumento de videos educativos culturalmente sensibles es otra intervención prometedora para mejorar la concientización entre mujeres en situación de vulnerabilidad.⁵³ Sin embargo, estas estrategias digitales no alcanzan grandes franjas de la población en zonas rurales y subdesarrolladas. Las mujeres en estas comunidades muestran preferencia por el asesoramiento y la educación





“Es necesario reimaginar la atención médica teniendo en cuenta la interculturalidad, incluido el respeto por las identidades, lenguas y tradiciones indígenas”.

Rosalía Adela Clemente Tacza, Presidenta de la Confederación Nacional Agraria, CNA

a través de voluntarios de salud de la comunidad, de modo que se necesitan mayores esfuerzos en su participación en la atención oncológica de las mujeres.⁵⁴ El apoyo de otras mujeres con cáncer también puede aprovecharse de manera eficaz para mejorar la concientización.⁵⁵

Se puede lograr una mejor atención centrada en las mujeres por medio de una mejor capacitación de los profesionales de atención médica y la promoción de la atención intercultural. El INEN ofrece programas informáticos que capacitan a los profesionales de la salud en la atención centrada en el paciente para reducir las barreras sociales, educativas y culturales, y así mejorar el cumplimiento del tratamiento del cáncer.⁴² Aun así, las mujeres indígenas están en situación de vulnerabilidad y no conocen bien sus expectativas en cuanto a la atención médica.

Aceptar las innovaciones en la prestación de atención, como el autoexamen del VPH para las

pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, puede reducir los desafíos logísticos y la vergüenza en torno a las pruebas de detección, mejorando así la captación entre las mujeres.⁵⁶ El proyecto Esperanza en Perú es una empresa social que ofrece kits de automuestreo del VPH a un precio comercial para las mujeres con un estatus socioeconómico más alto y utiliza las ganancias para ofrecer la misma prueba a un costo subsidiado para las mujeres de comunidades con condiciones socioeconómicas más desfavorables. Recopilar más datos sobre la relación costo-efectividad de este programa puede facilitar una implementación más generalizada.⁵⁷

Como destacan los expertos, “en Perú, no faltan recursos, pero sí la capacidad de visualizar objetivos ambiciosos para crear nuevos y mejores avances”. A través de una mejor asignación de recursos, descentralización, colaboración y enfoques de atención intercultural centrados en las mujeres, se pueden lograr resultados más equitativos en la atención oncológica de la mujer.

Referencias

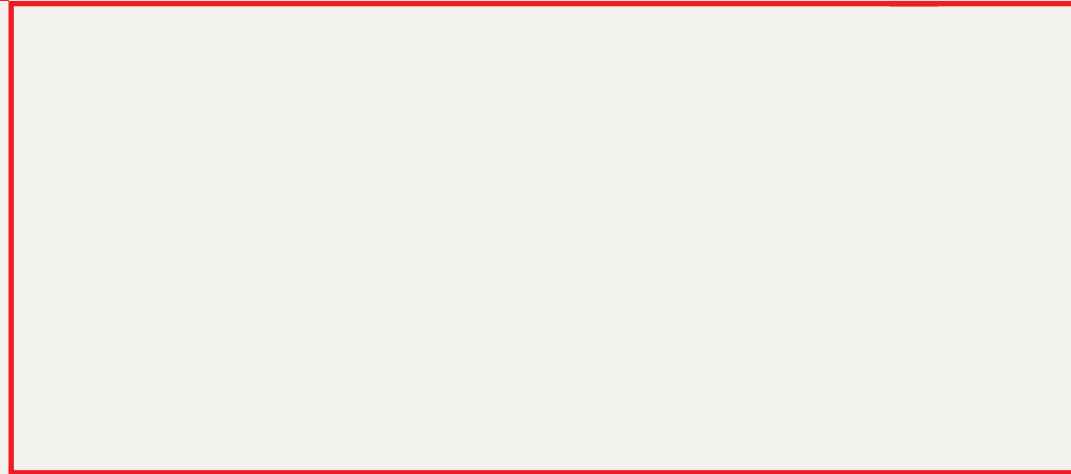
- ¹ IARC, OMS. Observatorio Mundial del Cáncer: Cancer Today, Perú. [Internet]. Lyon: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf>.
- ² IARC, OMS. Observatorio Mundial del Cáncer: Cancer Today - Latinoamérica y el Caribe. [Internet]. Lyon: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf>.
- ³ OMS. Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [Última actualización 2024]. Disponible en: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage).
- ⁴ Intimayta-Escalante C. Ethnic inequalities in coverage and use of women's cancer screening in Peru. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):418. doi: 10.1186/s12905-024-03225-6.
- ⁵ INEI. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1951/libro.pdf.
- ⁶ Araujo JM, Gómez AC, Jongh WZ, Ausejo J, Córdova I, Schwarz LJ, Bretel D, Fajardo W, Saravia-Huarca LG, Barboza-Meca J, Morante Z, Guillén JR, Gómez H, Cárdenas NK, Hernández L, Melo W, Villarreal-Garza C, Caglevic C, Palacio C, García H, Mejía G, Flores C, Vallejos C, Pinto JA. A nationwide pilot study on breast cancer screening in Peru. *Ecanccermedicalsecience*. 2023;17:1494. doi: 10.3332/ecancer.2023.1494.
- ⁷ Tiscoski KA, Giacomazzi J, Rocha MS, Gössling G, Werutsky G. Real-world data on triple-negative breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Ecanccermedicalsecience*. 2023;17:1635. doi: 10.3332/ecancer.2023.1635.
- ⁸ IHME. GBD Compare. [Internet]. Seattle [WA]: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington; 2024. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- ⁹ OCDE. Monitoring health system performance in Peru: data and statistics. [Internet]. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264282988-en>.
- ¹⁰ CIA. The World Factbook: Perú. [Internet]. Langley [VA]: Agencia de Inteligencia Central; [Última actualización 2 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/peru/>.
- ¹¹ Minority Rights Group International. World Directory of Minorities and Indigenous Peoples - Perú. [Internet]. Londres: Minority Right Group International; 2007. Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/4954ce0b2.html>.
- ¹² Torres-Roman JS, Ronceros-Cardenas L, Valcarcel B, Arce-Huamani MA, Bazalar-Palacios J, Ybaseta-Medina J, La Vecchia C, Alvarez CS. Cervical cancer mortality in Peru: regional trend analysis from 2008-2017. *BMC Public Health*. 2021;21(1):219. doi: 10.1186/s12889-021-10274-1.
- ¹³ Tamayo LI, Vidaurte T, Navarro Vásquez J, Casavilca S, Aramburu Palomino JI, Calderon M, Abugattas JE, Gomez HL, Castaneda CA, Song S, Cherry D, Rauscher GH, Fejerman L. Breast cancer subtype and survival among Indigenous American women in Peru. *PLoS One*. 2018;13(9):e0201287. doi: 10.1371/journal.pone.0201287.
- ¹⁴ Pastrana T, de Lima L, Sánchez-Cárdenas M, et al. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020. 2nd ed. Houston [TX]: IAHPC Press; 2021.
- ¹⁵ Grupo del Banco Mundial. Urban population (% of total population) - Perú. [Internet]. Washington [DC]: Grupo del Banco Mundial; [Última actualización 2024]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=PE>.
- ¹⁶ UIS. Data by theme. [Internet]. Montreal: Instituto de Estadísticas de la UNESCO; [Última actualización en 2024]. Disponible en: <https://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=3847>.
- ¹⁷ Grupo del Banco Mundial. Poverty headcount ratio at national poverty lines (% of population) - Perú. [Internet]. Washington [DC]: Grupo del Banco Mundial; [Última actualización 2023]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicador/SI.POV.NAHC?locations=PE>.
- ¹⁸ Grupo del Banco Mundial. Índice de Gini - Perú. [Internet]. Washington [DC]: Grupo del Banco Mundial; [Última actualización 2023]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=PE>.
- ¹⁹ UNDP. Human Development Reports: Perú. [Internet]. Nueva York [NY]: Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas; [Última actualización el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks>.
- ²⁰ World Population Review. Peru Population 2024 (Live). [Internet]. Walnut [CA]: World Population Review; [Última actualización 2024]. Disponible en: <https://worldpopulationreview.com/countries/peru>.
- ²¹ Becerra-Canales B, Campos M, Atuncar-Deza S, Cáceres-Yparraguirre H. Prevalence and factors associated with cervical cancer preventive screening in a Peruvian region. *Medwave*. 2023;23(8). Inglés, español. doi: 10.5867/medwave.2023.08.2709.
- ²² Barrenechea-Pulache A, Avila-Jove E, Hernández-Vásquez A, Runzer-Colmenares FM. Socio-demographic inequalities in the uptake of Papanicolaou tests in Peru: analysis of the 2015-2017 Demographic and Family Health Survey. *Epidemiol Health*. 2020;42:e2020043. doi: 10.4178/epih.e2020043.

- ²³ Luque JS, Opoku S, Ferris DG, Guevara Condorhuan WS. Social network characteristics and cervical cancer screening among Quechua women in Andean Peru. *BMC Public Health*. 2016 Feb 24;16:181. doi: 10.1186/s12889-016-2878-3.
- ²⁴ Olaza-Maguiña AF, De la Cruz-Ramírez YM. Barriers to the non-acceptance of cervical cancer screenings (pap smear test) in women of childbearing age in a rural area of Peru. *Ecancermedalscience*. 2019;13:901. doi: 10.3332/ecancer.2019.901.
- ²⁵ Pieters MM, Proeschold-Bell RJ, Coffey E, Huchko MJ, Vasudevan L. Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer screening among women in metropolitan Lima, Peru: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):304. doi: 10.1186/s12905-021-01431-0.
- ²⁶ Astigueta-Pérez J, Abad-Licham M, Chávez-Chirinos C, Beraun-Milla L, Lachos-Dávila A, Díaz-Pérez E, Portugal-Valdivia K, Castañeda PP, Alférez IP, Mezones-Holguín E. Cancer disease progression and death during the COVID-19 pandemic: a multidisciplinary analysis for the Peruvian setting. *Ecancermedalscience*. 2020;14:1098. doi: 10.3332/ecancer.2020.1098.
- ²⁷ Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional de cuidados integrales del cáncer (2020-2024). [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2021. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>.
- ²⁸ Sarria GR, Martinez DA, Li B, Castillo RD, Salgado A, Pinillos L, Felix A, Bobadilla I, Ferraris G, Castilho M, Carmona J, Leon B, Aviles L, Ricagni L, Isa N, Flores C, Giordano FA, Zubizarreta EH, Polo A, Sarria GJ. Leveling up the access to radiation therapy in Latin America: economic analysis of investment, equity, and inclusion opportunities up to 2030. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2023;116(2):448-458. doi:10.1016/j.ijrobp.2022.12.012.
- ²⁹ Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G, Turpo Cayo EY. Indigenous communities of Peru: Level of accessibility to health facilities. *J Taibah Univ Med Sci*. 2022;17(5):810-817. doi: 10.1016/j.jtumed.2022.02.006.
- ³⁰ Solís N, Zavaleta E, Wernhoff P, Dominguez-Barrera C, Dominguez-Valentin M. Challenges to bringing personalized medicine to a low-resource setting in Peru. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1470. doi: 10.3390/ijerph18041470.
- ³¹ OMS. Cancer country profile 2020: Perú. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cancer/per-2020.pdf?sfvrsn=7b13a0f5_2&download=true.
- ³² Burki T. Peru advances towards universal health care for patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2024 Sep;25(9):e402. doi: 10.1016/S1470-2045(24)00445-5.
- ³³ Nevin PE, García PJ, Blas MM, Rao D, Molina Y. Inequities in cervical cancer care in indigenous Peruvian women. *Lancet Glob Health*. 2019;7(5):e556-e557. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30044-0.
- ³⁴ Valencia-Mesías G, Rioja-Viera P, Morante-Cruz Z, Toledo-Morote Y, Neciosup-Delgado S, Gómez-Moreno H. The current situation regarding the availability and accessibility of anticancer drugs for breast cancer in the Peruvian public health systems. *Ecancermedalscience*. 2021;15:1224. doi: 10.3332/ecancer.2021.1224.
- ³⁵ Li B, Faúndez Salazar J, Rivera AF, Babayemi T, Colqui Campos K, Del Castillo Pacora RF, Noreña Gómez MP, Gamboa Garay OA, Vacaflo Romero L, Rodríguez Moura D, Condori Vasquez N, Martínez Pérez DA. Radiation oncology residency training in Latin America: a call to attention. *Adv Radiat Oncol*. 2022;7(3):100898. doi: 10.1016/j.adro.2022.100898.
- ³⁶ Grupo del Banco Mundial. Nurses and midwives (per 1,000 people) – Perú. [Internet]. Washington [DC]: Grupo del Banco Mundial; [Última actualización 2022]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMWP3?locations=PE>.
- ³⁷ Grupo del Banco Mundial. Physicians per 1,000 people – Perú. [Internet]. Washington [DC]: Grupo del Banco Mundial; [Última actualización 2022]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=PE>.
- ³⁸ Grupo del Banco Mundial. Domestic general government health expenditure (% of GDP). [Internet]. Washington [DC]: Grupo del Banco Mundial; [Última actualización el 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>.
- ³⁹ OCDE, Banco Mundial. Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2023. París: OECD Publishing; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>.
- ⁴⁰ Dale E, Prieto L, Seinfeld J, Pescetto C, Barroy H, Montañez V, Cid C. Budgeting for results in health: key features, achievements and challenges in Peru. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333887/9789240004436-eng.pdf>.
- ⁴¹ Valencia F, Gómez HL, Neciosup SP, Limón R, Torrico MDC, Morillas L, Torres R, Sánchez C, Araya I, Gómez R, Bruges R, Vargas C, Soria T, Muñoz R, Riofrío M, Gálvez M, Ruiz R, Benites P, Cardoso F. Advanced breast cancer guidelines in Latin America: assessment, adaptation, and implementation of fifth advanced breast cancer consensus guidelines. *JCO Glob Oncol*. 2024;10:e2200067. doi: 10.1200/GO.22.00067.
- ⁴² Vidaurre T, Santos C, Gómez H, Sarria G, Amorin E, López M, Regalado R, Manrique J, Tarco D, Ayestas C, Calderón M, Mas L, Neciosup S, Salazar M, Chávez JC, Ubillus M, Limache A, Ubillus JC, Navarro J, Sarwal K, Sutcliffe S, Gutiérrez-Aguado A, Silva M, Mena A, Guillén ME, Castañeda C, Abugattas J. The implementation of the Plan Esperanza and response to the imPACT Review. *Lancet Oncol*. 2017;18(10):e595-e606. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30598-3.
- ⁴³ Swabey-Van de Borne E, Saporiti G. Peru takes steps towards its goal of Universal Health Care for cancer patients. Viena: Agencia Internacional de Energía Atómica; [Última actualización 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.iaea.org/newscenter/news/peru-takes-steps-towards-its-goal-of-universal-health-care-for-cancer-patients#:~:text=Peru%20is%20advancing%20towards%20its,team%20of%20national%20and%20international>.
- ⁴⁴ Thoumi A, Bond SJ, Dotson ME, Krieger M, García PJ, Ramanujam N. Policy considerations to promote equitable cervical cancer screening and treatment in Peru. *Ann Glob Health*. 2021;87(1):116. doi: 10.5334/aogh.3442.
- ⁴⁵ Piñeros M, Ramos W, Antoni S, Abriata G, Medina LE, Miranda JJ, Payet E, Bray F. Cancer patterns, trends, and transitions in Peru: a regional perspective. *Lancet Oncol*. 2017;18(10):e573-e586. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30377-7.

- ⁴⁶ CerviCusco. Página de inicio. [Internet]. Cusco: CerviCusco; n.d. Disponible en: <https://cervicusco.org/>.
- ⁴⁷ Cervicusco. Patient impact. [Internet]. Cusco: CerviCusco; n.d. Disponible en: <https://cervicusco.org/impact/>.
- ⁴⁸ Matsumoto MM, Widemon S, Farfán G, Vidaurre T, Dunstan J, Krotish DE, Ferris DG, García Santos JM, Mollura DJ, Pollack E, Scheel JR. Earlier Breast Cancer Detection in Peru: Establishing a Comprehensive Program in an Underserved Region. *J Am Coll Radiol*. 2020;17(11):1520-1524. doi: 10.1016/j.jacr.2020.06.003.
- ⁴⁹ PATH. Community-based program for breast health, Peru. [Internet]. Seattle [WA]: PATH; 2016. Disponible en: https://media.path.org/documents/Breast_Program_Peru_Factsheet_Sept_2016_FINAL.pdf?_gl=1*159ugbi*_gcl_au*NjY4ODIyMDUuMTcyOTE4NzUzOA..*_ga*Nzg3Mzc5Njc4LjE3MjkxODc1Mzk.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcyOTE4NzUzOC4xLjAuMTcyOTE4NzUzU0NS41My4wLjA.
- ⁵⁰ PIH. Delivering breast cancer care in Peru. [Internet]. Boston [MA]: Partners in Health; [Última actualización: 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.pih.org/article/delivering-breast-cancer-care-peru>.
- ⁵¹ UICC. Fundación Peruana de Cáncer [Fundación Peruana de Cáncer]. [Internet]. Ginebra: Unión Internacional para el Control del Cáncer; n.d. Disponible en: <https://www.uicc.org/membership/fundacion-peruana-de-cancer>.
- ⁵² Luna-Abanto J, Gamarra L, Armestar DD, Condori BH, Tisoc GBM, Trujillo GF, Apumayta E, Tairo-Cerrón T, Centurión-Rodríguez C, Ruiz LG, Espinoza-Figueroa J, García KTM, Yovera JN, Trujillo MU, Sarria G. Impact of cancer awareness campaigns in Peru: a 5-year Google Trends analysis. *Ecancermedicalscience*. 2022;16:1477. doi: 10.3332/ecancer.2022.1477.
- ⁵³ Ferris DG, Condorhuaman WS, Waller J, Lilienthal A. Impact of a video intervention for rural Peruvian women with cervical neoplasia before loop excisional procedures. *J Low Genit Tract Dis*. 2015 Jul;19(3):224-8. doi: 10.1097/LGT.000000000000107.
- ⁵⁴ Vasudevan L, Stinnett S, Mizelle C, Melgar K, Makarushka C, Pieters M, Sanchez LER, Jeronimo J, Huchko MJ, Proeschold-Bell RJ. Barriers to the uptake of cervical cancer services and attitudes towards adopting new interventions in Peru. *Prev Med Rep*. 2020;20:101212. doi: 10.1016/j.pmedr.2020.101212.
- ⁵⁵ Fields BC, Morse RM, Ortega E, Waterfield K, Prieto BA, Oberhelman R, Paz-Soldán VA. "I wanted information": navigating breast Cancer and its treatment in Lima, Peru. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):230. doi: 10.1186/s12905-023-02321-3.
- ⁵⁶ Morán F, Cárcamo C, Valderrama M, García PJ. Preferencias y satisfacción hacia un programa de tamizaje con pruebas autoadministradas de detección del virus de papiloma humano. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):228-232. Español. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2453.
- ⁵⁷ Shin MB, García PJ, Saldarriaga EM, Fiestas JL, Ásbjörnsdóttir KH, Iribarren SJ, Barnabas RV, Gimbel S. Cost of community-based human papillomavirus self-sampling in Peru: A micro-costing study. *Lancet Reg Health Am*. 2022;8:100160. doi: 10.1016/j.lana.2021.100160.

Si bien se ha hecho todo lo posible para verificar la exactitud de esta información, Economist Impact no puede aceptar ninguna responsabilidad ni obligación por la confianza depositada por cualquier persona en este informe ni en ninguna información, opinión o conclusión expuestas en este informe.

Los hallazgos y puntos de vista expresados en el informe no reflejan necesariamente los puntos de vista del patrocinador.



LONDRES

The Adelphi
1-11 John Adam Street
Londres WC2N 6HT
Reino Unido
Tel.: (44) 20 7830 7000
Correo electrónico:
london@economist.com

NUEVA YORK

The 900 Third Avenue
16th Floor
Nueva York, NY 10022
Estados Unidos
Tel.: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
Correo electrónico:
americas@economist.com

HONG KONG

1301
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel.: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Correo electrónico:
asia@economist.com

GINEBRA

Rue de la Rôtisserie 11
1204 Ginebra
Suiza
Tel.: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Correo electrónico:
geneva@economist.com

DUBÁI

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubái
Tel.: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
Correo electrónico:
dubai@economist.com

SINGAPUR

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapur
048424
Tel.: (65) 6534 5177
Fax: (65) 6534 5077
Correo electrónico:
asia@economist.com

SÍDNEY

Level 14, Unit #138,
5 Martin Place, Sídney
Australia.
Tel.: (61) 2 8551 0023
Correo electrónico:
asia@economist.com

GURUGRAM

Skootr Spaces, Unit No. 1
12th Floor, Tower B
Building No. 9
Gurugram - 122002
India
Tel.: (91) 124 6409 300
Correo electrónico:
asia@economist.com