

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 31561, LEY DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN LAS MUJERES Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA ONCOLÓGICA

#### I. OBJETO

El presente Decreto Supremo tiene por objeto aprobar el Reglamento de la Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica (en adelante, la Ley), el cual contiene las disposiciones para su implementación.

#### II. FINALIDAD

El Reglamento de la Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica, tiene por finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares a nivel nacional, a través de la regulación de los derechos de licencia con goce de haber para exámenes de detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino de las mujeres que laboran en un centro de trabajo público o privado, la cobertura de la atención quirúrgica reconstructiva a las pacientes con cáncer de mama, la atención prioritaria de pacientes oncológicos, del soporte a los cuidadores familiares de pacientes con cáncer y la actualización de los instrumentos técnicos de gestión, incidiendo especialmente donde la carga por enfermedad sea alta o se acentúen por factores de riesgo.

#### III. ANTECEDENTES

El Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley N° 26842, Ley General de Salud, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud, y es la máxima Autoridad en materia de salud.



Con Decreto Supremo N° 009-2012-SA, se declaró de interés nacional la atención integral del cáncer y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú, a cargo del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el ámbito de sus competencias.



En el 2021, se promulga la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, cuyo objeto es garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria de los servicios de salud para todos los pacientes oncológicos, indistintamente al tipo de cáncer que padezcan, con la finalidad de asegurar el acceso al derecho fundamental a la salud en igualdad de condiciones y sin discriminación. La citada Ley, en su Segunda Disposición Complementaria Final, declara de necesidad pública e interés nacional la organización y ejecución de acciones para la prevención, promoción, control y vigilancia del cáncer de mama, así como de cuello uterino, y el fortalecimiento de la estrategia de vacunación

contra el virus del papiloma humano en las niñas y adolescentes en etapa escolar a nivel nacional.

En el año 2022, mediante Decreto Supremo N° 004-2022-SA, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, con el fin de establecer las disposiciones para la implementación de dicha Ley.

El 16 de agosto de 2022 se promulgó la Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica, que establece medidas complementarias para la prevención del cáncer en las mujeres, el control y atención especializada del cáncer de mama y de cuello uterino, así como de otros diagnósticos oncológicos que padece la población, independientemente de la condición socioeconómica o de vulnerabilidad social que atraviesen, sobre todo, la población vulnerable con la finalidad de obtener diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación adecuados y oportunos.

Con Resolución Ministerial N° 865-2022/MINSA, se aprobó la creación del Grupo de Trabajo Multisectorial de naturaleza temporal encargado de elaborar el informe técnico que contenga la propuesta de Reglamento de la Ley N° 31561. El citado Grupo de Trabajo se instaló el 07 de noviembre de 2022.

#### IV. MARCO JURÍDICO

Los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú señalan que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, estableciendo que el Estado determina la política nacional de salud y que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, y es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

El artículo 123 de la Ley N° 26842, modificado por el Decreto Legislativo N° 1161, señala que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional y, como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud, y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud.

El numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas; y el artículo 4 del citado Decreto Legislativo dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las



competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.

A su vez, los literales b) y h) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros.

La Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica, tiene por objeto establecer medidas complementarias para la prevención del cáncer en las mujeres, el control y atención especializada del cáncer de mama y de cuello uterino, así como de otros diagnósticos oncológicos que padece la población, independientemente de la condición socioeconómica o de vulnerabilidad social que atraviesen, sobre todo, la población vulnerable con la finalidad de obtener diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación adecuados y oportunos.

La Segunda Disposición Complementaria Final de la Ley N° 31561 dispone la reglamentación de ésta por parte del Poder Ejecutivo.

El Ministerio de Salud, en atención a lo dispuesto en la Ley, con Resolución Ministerial N° 865-2022/MINSA, aprobó la creación del Grupo de Trabajo Multisectorial de naturaleza temporal encargado de elaborar el informe técnico que contenga la propuesta de Reglamento de la Ley, el cual se instaló el 07 de noviembre de 2022 y sostuvo reuniones, producto de las cuales presentó el informe técnico respectivo sustentando la propuesta.



H. Gamboa

## V. JUSTIFICACIÓN O FUNDAMENTO TÉCNICO DE LA PROPUESTA

El cáncer constituye un problema de salud pública mundial por su elevada carga, en especial para los países en desarrollo. Cada año se diagnostica algún cáncer a más de 18 millones de personas, cifra que, según se prevé, ascenderá a 29,5 millones en el 2040<sup>1</sup>.



Aunque la incidencia del cáncer es menor en América del Sur (204,3 casos nuevos por 100 000 habitantes) que en Europa (281,5 por 100 000 habitantes) o en los Estados Unidos de América (352,2 por 100 000 habitantes), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la detección del cáncer en etapas más avanzadas lo cual está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el

<sup>1</sup> International Agency for Research on Cancer. Cancer today. Lyon: IARC; 2018. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>.

tratamiento. En los Estados Unidos de América, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados tempranamente, mientras que en Brasil sólo el 20%, y en México el 10% se diagnostican en una etapa temprana<sup>2</sup>.

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en reconocimiento del aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT), adoptaron una Declaración Política al respecto durante la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se fijó como objetivo para el 2025 una reducción del 25% de la mortalidad prematura por cáncer y otras ENT (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes). Para entender la situación local y hacer frente al aumento de la incidencia del cáncer, es imprescindible que los responsables de las políticas de salud pública dispongan de datos pertinentes y objetivos sobre la carga del cáncer con fines de planificar intervenciones de prevención y control, así como para el monitoreo y evaluación de estas.<sup>3</sup>

Aproximadamente dos tercios de las muertes a nivel mundial por cáncer se producen en países de bajos y medianos ingresos, donde las tasas son más altas debido a la presentación tardía y menor acceso al tratamiento. Las consecuencias de los retrasos en la atención y el cáncer avanzado son el aumento significativo de la mortalidad y discapacidad por cáncer; por lo tanto, es fundamental identificar las barreras para un diagnóstico y tratamiento oportunos para implementar programas que mejoren el acceso a la atención. El peso de la carga económica del cuidado del cáncer en los países en desarrollo es desproporcionado con mayores efectos en economías precarias; los gastos familiares por ENT como el cáncer se traducen en menos dinero para necesidades básicas, tales como alimentación, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza.<sup>4</sup>

Una rápida implementación de control del cáncer a nivel nacional y/o regional que incluyan vigilancia, prevención primaria, detección temprana y tratamiento integrados en los planes de ENT, probablemente tenga un impacto importante en la reducción de la carga proyectada. La prevención es mucho menos costosa que la implementación de todas las infraestructuras de salud requeridas para el manejo de los pacientes con cáncer de las que actualmente carecen los países de bajos y medianos ingresos.<sup>5</sup>

Uno de los desafíos planteados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) está enfocado en la falta de acceso a un diagnóstico y tratamiento efectivo y oportuno: En ausencia de programas efectivos de detección precoz del cáncer, los pacientes son diagnosticados en etapas muy tardías cuando el tratamiento curativo ya no es una opción. Se han implementado métodos de tamizaje para el cáncer del cuello uterino y mama en la mayoría de países; sin embargo, estos no se implementan con los recursos



H. Gamboa



<sup>2</sup> Análisis de Salud de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

<sup>3</sup> 65.ª Asamblea Mundial de la salud Ginebra, 21-26 de mayo de 2012, Resoluciones y decisiones, anexos. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65-REC1/A65\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf).

<sup>4</sup> Ramos W, Venegas D, Honorio H, Pesantes J, Arrasco J, Yagui M. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. Rev. Peru. Epidemiol. 2014; 18: 1 - 10.

<sup>5</sup> Análisis de Salud de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

necesarios y no están disponibles en la mayoría de las regiones. Además, los servicios de diagnóstico histopatológico y acceso al tratamiento son limitados en muchos países de bajos y medianos ingresos, lo que conlleva a un alto nivel de mortalidad.<sup>6</sup>

El cáncer es una patología que daña en gran magnitud no sólo al paciente, sino a toda la familia. Al 2012, el número de años de vida saludable perdidos (AVISA) por cáncer en el Perú fue de 420 024, lo que constituyó el 7,2% de la carga de enfermedad nacional. Anteriormente las personas de escasos recursos económicos no tenían acceso a la oferta de servicios en salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Cuando lograban acceder, era tarde, ya que el 75% de pacientes llegaba a los servicios de salud en etapa avanzada (estadios clínicos III y IV).<sup>7</sup>

En el Perú, según el Observatorio Global de Cáncer (GLOBOCAN 2020), se diagnostican 70 mil nuevos casos de cáncer cada año; al evaluar la distribución de casos de cáncer por grupo de edad en base a los registros hospitalarios entre el 2013 al 2017, se observa que los casos diagnosticados de cáncer en un 65% corresponden al sexo femenino. Dentro de esta distribución, cerca del 51% de los casos en el sexo femenino corresponden al grupo etario entre 45 a 69 años.

Asimismo, entre las neoplasias de mayor frecuencia tenemos al cáncer de mama, de estómago, de colon - recto y de cuello uterino, estimando que cada día en el Perú se presentan 24 nuevos casos de cáncer de próstata, 19 nuevos casos de cáncer de mama, 17 nuevos casos de cáncer de estómago, 12 nuevos casos de cáncer de colon-recto y 12 nuevos casos de cáncer de cuello uterino.

## 5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO

### 5.1.1 Situación del cáncer de mama y cuello uterino

El cáncer de mama representa un problema de salud pública. A nivel mundial, en la incidencia de los principales tipos de cánceres en mujeres, se encuentra en primer lugar el cáncer de mama, ya que cada año ocurren 2, 3 millones de casos nuevos de los cuales el 85% corresponde a países en vías de desarrollo. Con respecto a la mortalidad de los principales tipos de cánceres en mujeres, se encuentra el cáncer de mama, ya que al año se producen 685 000 muertes por este cáncer, representando el 58% de los países vías de desarrollo<sup>8</sup>. (Gráficos N° 1 y N° 2).



H. Gamboa

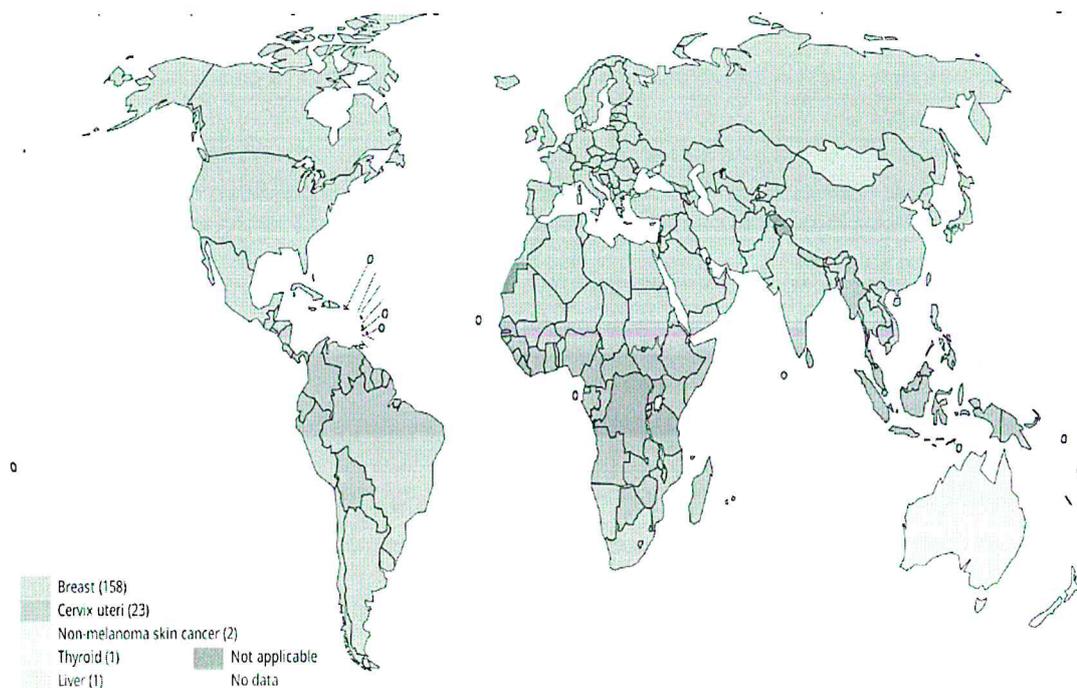


<sup>6</sup> World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WOH; 2015.

<sup>7</sup> Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú "Plan Esperanza". Decreto Supremo N° 009-2012-SA. Diario el Peruano: Normas Legales, N° 477902.

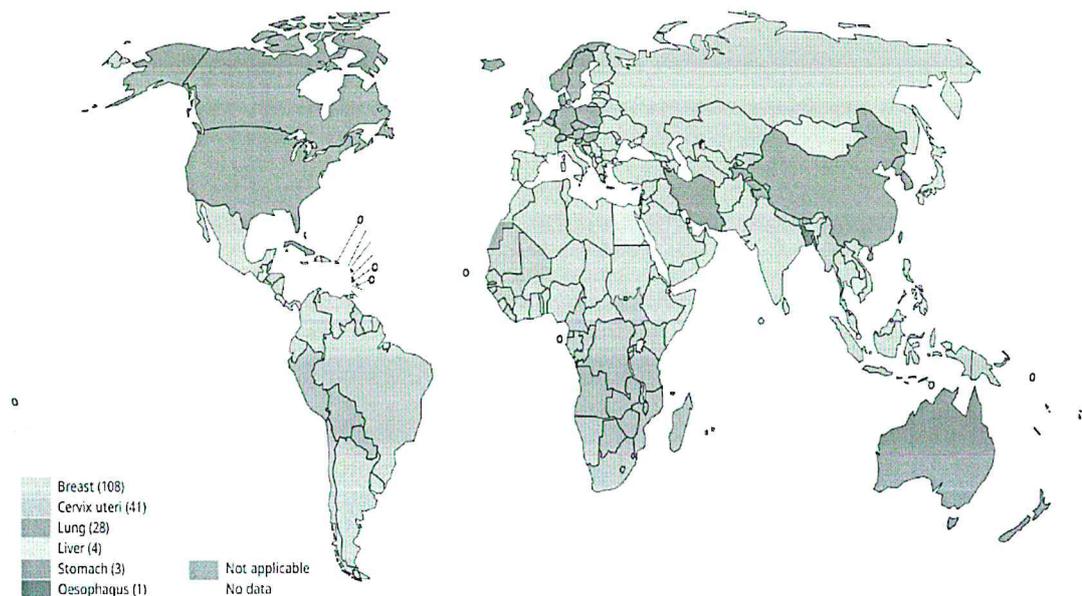
<sup>8</sup> Número de Casos nuevos y Muertes de cáncer de mama en países desarrollados vs países en vías de desarrollo. GLOBOCAN 2020. IARC.

**Gráfico N°1. Incidencia de principales tipos de cáncer en mujeres por país y el mundo**



Fuente: IARC reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

**Gráfico N°2. Mortalidad de principales tipos de cáncer en mujeres por país y el mundo**



Fuente: IARC reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.



H. Gamboa



En nuestro país, el cáncer de mama, ocupa el primer lugar; para el año 2020 se reportaron en el Perú 6860 nuevos casos provocando 1824<sup>9</sup> muertes, por lo tanto,

<sup>9</sup> Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en su reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

en nuestro país cada día 19 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama y de estas 5 mueren. (Gráficos N° 3 y N° 4).

**Gráfico N°3. Tasa de incidencia estandarizada por edad de cáncer de mama a nivel mundial y en el Perú**



Fuente: IARC reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

**Gráfico N°4. Tasa de mortalidad estandarizada por edad de cáncer de mama a nivel mundial y en el Perú**

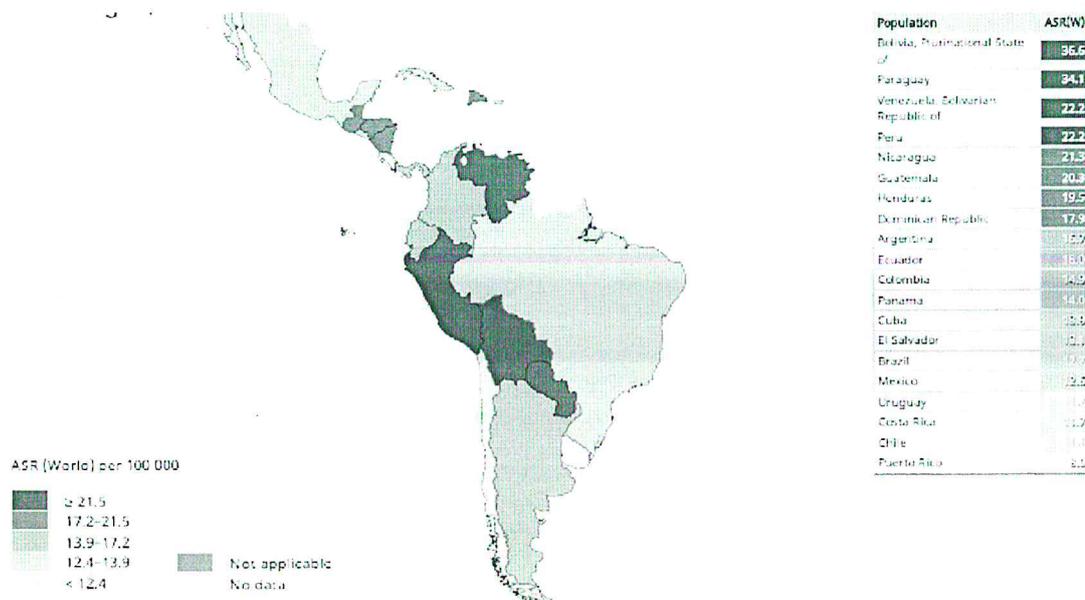


Fuente: IARC reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

Asimismo, el cáncer de cuello uterino también representa un problema de salud pública. A nivel mundial, se encuentra en el cuarto lugar, ya que cada año ocurren 500 mil casos nuevos y 275 000 mujeres mueren por esta causa. En el Perú, ocupa el segundo lugar; para el año 2020 se reportaron 4270 nuevos casos provocando

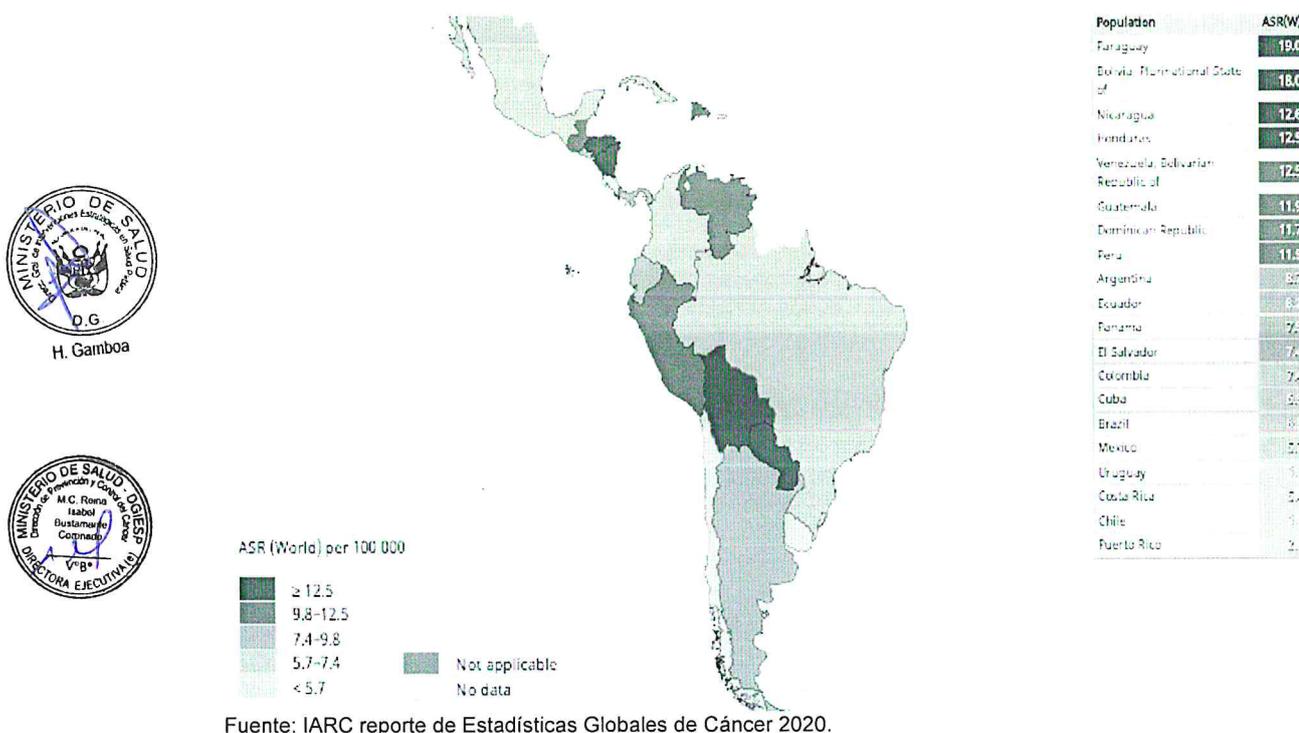
2288 muertes<sup>10</sup>, por lo tanto, en nuestro país cada día 12 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y de estas 6 mueren. (Gráficos N° 5 y N° 6).

**Gráfico N°5. Tasa de incidencia estandarizada por edad de cáncer de cuello uterino a nivel mundial y en el Perú**



Fuente: IARC reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

**Gráfico N°6. Tasa de mortalidad estandarizada por edad de cáncer de cuello uterino a nivel mundial y en el Perú**



Fuente: IARC reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.



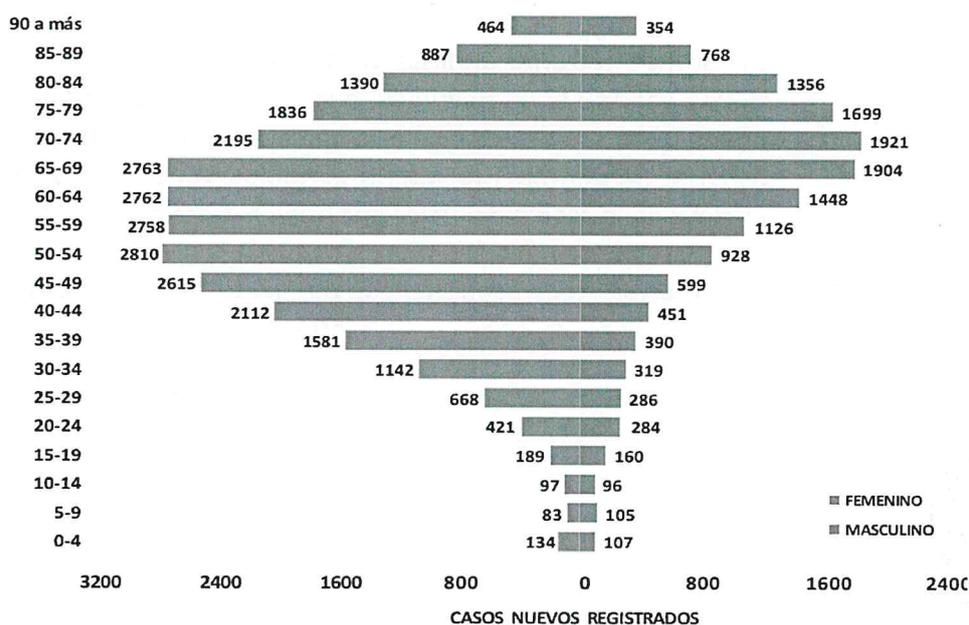
<sup>10</sup> Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en su reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

En el período 2010-2012, en Lima Metropolitana, en el sexo femenino, el cáncer de mama fue el más frecuente, con 6 051 casos nuevos, representando el 10,0% del total de casos nuevos de cáncer y el 18,3% del total de casos nuevos de cáncer de mama en mujeres; en las mujeres fallecidas por cáncer se tuvo una tasa ajustada de 9,7 por 100 000 mujeres, donde el cáncer de mama fue la primera causa de muerte con 1 619 defunciones y una tasa de mortalidad de 10,7 por 100 000 mujeres.<sup>11</sup>

Para el mismo periodo (2010-2012), en Lima Metropolitana, se presentaron 3 163 casos nuevos de cáncer de cuello uterino siendo el 5,2% del total de casos nuevos de cáncer y el 9,6% del total de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en mujeres; además ocupa el cuarto lugar en orden de frecuencia en las mujeres y fue responsable de 1201 fallecimientos (9% del total) con una tasa de mortalidad de 8,0 por 100 000 mujeres.<sup>12</sup>

Para el período 2014-2018, a nivel nacional en el sexo femenino se tuvieron 26 908 casos diagnosticados, representando el 65,3%; la mayor frecuencia se agrupó entre los 45 y 69 años (50,9%).<sup>13</sup> (Gráfico N° 7).

**Gráfico N°7. Distribución de casos nuevos registrados según grupo de edad y sexo. Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basada en registros hospitalarios 2014-2018**



Fuente: Centro nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Los tipos de cáncer más frecuentes en el sexo femenino fueron los de cuello uterino (28,5%), mama (14,9%) y piel (9,4%) respectivamente.



<sup>11</sup> Análisis de Salud de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

<sup>12</sup> Análisis de Salud de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

<sup>13</sup> Análisis de Salud de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

Los casos fueron detectados con mayor frecuencia por presentación clínica (con síntomas de cáncer), que representó el 67,7% de los casos; esto indica que el diagnóstico se realiza tardíamente. Las técnicas de detección temprana y tamizaje detectaron de forma global al 7,2% de los casos, correspondiendo de forma específica para cáncer de mama el 4,2% y para cáncer de cuello uterino el 32,2%, observándose un incremento importante para el cáncer de cérvix, cuya tendencia fue ascendente, mientras que, la detección temprana de casos de cáncer mama es muy limitada. (Cuadro N°1)

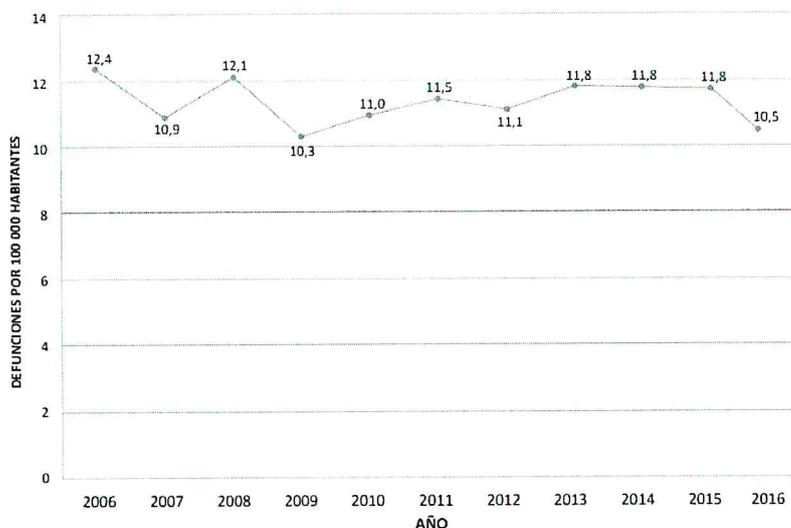
**Cuadro N°1. Método primario de diagnóstico de los casos registrados de cáncer. 2014-2018**

MÉTODO DEL PRIMER DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Presentación clínica con síntomas	27 554	66.9
Imágenes	3969	9.6
Técnicas de detección/Tamizaje	2971	7.2
Exploración endoscópica	2956	7.2
Exploración clínica	1490	3.6
Otro	2268	5.5
<b>TOTAL</b>	<b>41 208</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

En el más reciente análisis la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama por 100 000 habitantes, distribuido en regiones del país, corresponde al año 2016, y se evidencia que las tasas más altas se encuentran en Madre de Dios, Callao, Ica, San Martín, Arequipa, Amazonas y Lima, con valores por encima de la media del valor nacional.<sup>14</sup> (Gráfico N° 8, Tabla N°1).

**Gráfico N° 8. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en mujeres. Perú, 2006-2016**



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2006-2016. OGTI-MINSA. Expansión de base de datos y cálculo de tasas con corrección de subregistro realizado por el CDC-MINSA.



<sup>14</sup> Análisis de Salud de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

**Tabla N° 1. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en mujeres según departamentos. 2006–2016**

Departamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Amazonas	6,2	3,9	3,8	9,1	---	3,5	2,3	6,4	8,8	12,0	12,4
Ancash	3,9	6,7	9,7	5,6	6,4	8,1	4,7	8,2	6,9	5,2	5,7
Apurímac	1,2	2,8	2,2	2,8	3,3	1,1	3,5	3,3	5,2	7,4	8,1
Arequipa	14,9	13,7	15,2	11,6	10,5	10,1	12,1	10,3	12,3	10,2	12,9
Ayacucho	1,4	5,0	2,9	2,7	4,1	5,8	4,0	2,0	3,1	5,1	6,3
Cajamarca	5,8	1,5	7,7	4,8	4,9	8,3	9,1	8,1	8,0	7,7	6,9
Callao	19,4	19,0	22,0	11,2	13,2	14,5	13,3	14,3	11,5	13,7	15,4
Cusco	5,9	5,4	5,1	4,1	6,6	4,4	6,2	6,2	2,4	2,6	8,2
Huancavelica	3,8	---	---	0,9	---	1,2	6,7	0,8	3,7	0,7	4,0
Huánuco	6,2	6,4	3,1	9,2	9,4	10,3	2,4	6,6	9,7	7,4	5,4
Ica	13,9	6,9	15,0	6,9	11,3	10,9	7,9	13,6	13,0	15,6	14,4
Junín	5,8	7,4	5,0	6,3	6,3	5,4	7,2	9,1	14,3	8,6	10,6
La libertad	9,8	10,9	10,8	10,8	11,0	10,7	11,2	11,4	12,7	11,1	11,4
Lambayeque	10,6	15,6	13,4	12,7	15,3	13,3	11,3	11,7	14,4	15,0	10,6
Lima	20,6	16,2	16,9	15,2	15,8	16,9	17,2	17,7	17,2	16,1	12,2
Loreto	16,2	5,8	2,2	6,4	12,1	13,7	8,4	12,8	8,4	21,1	7,5
Madre de Dios	---	---	5,0	---	2,5	1,5	16,7	7,7	4,2	2,6	23,8
Moquegua	12,0	14,1	20,9	4,9	---	19,5	10,1	13,0	6,6	4,4	7,6
Pasco	---	11,2	2,5	14,3	16,6	5,1	7,8	0,7	6,4	10,6	7,7
Piura	11,1	9,6	15,5	10,9	11,0	11,8	13,1	13,1	12,1	13,8	11,9
Puno	2,2	3,8	4,6	2,2	3,2	2,9	2,6	4,9	3,2	4,2	3,4
San Martín	10,4	7,5	2,8	11,4	9,4	10,5	2,3	13,8	6,6	19,9	13,4
Tacna	12,1	8,3	11,1	8,0	11,2	6,9	8,5	2,8	9,1	15,1	5,4
Tumbes	34,4	6,3	34,9	14,0	20,7	19,1	17,3	20,5	13,6	---	2,2
Ucayali	6,3	4,5	13,3	5,2	7,7	3,2	5,9	7,8	9,6	1,9	7,5

Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2006-2016. OGTI-MINSA. Expansión de base de datos y cálculo de tasas con corrección de subregistro realizado por el CDC-MINSA.

Para el cáncer de cérvix en el 2016 la tasa ajustada de mortalidad por 100000 habitantes, distribuido en las regiones a nivel nacional, pone en evidencia que las tasas más altas se encuentran Madre de Dios, Loreto, Huánuco, Pasco, San Martín, Amazonas y Apurímac, con valores por encima de la media del valor nacional.<sup>15</sup> (Gráfico N° 9, Tabla N° 2).



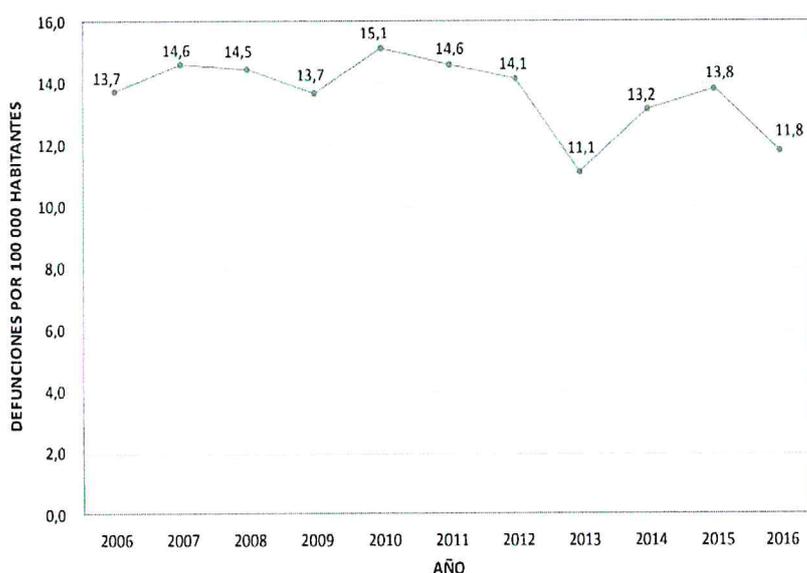
H. Gamboa



Estas tasas ajustadas de mortalidad para el cáncer de mama y cáncer de cuello uterino ponen en evidencia la inequidad dentro de nuestro sistema de salud, con diferencias significativas en disponibilidad de recursos humanos, equipamiento, infraestructura, registro de información, además de factores socioeconómicos que impactan en la población de mujeres de estas regiones.

<sup>15</sup> Análisis de Salud de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 9. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Perú, 2006-2016**



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2006-2016. OGTI-MINSA. Expansión de base de datos y cálculo de tasas con corrección de subregistro realizado por el CDC-MINSA.

**Tabla N° 2. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres según departamentos. 2006–2016**

Departamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Amazonas	9.2	34.9	42.5	10.7	35.4	8.8	22.3	5.7	20.4	16.8	22.9
Ancash	5.6	11.6	8.9	11.7	13.4	8.8	9.9	7.7	13.0	9.9	6.6
Apurímac	12.6	11.8	8.8	11.4	9.6	13.0	13.4	8.2	7.5	13.3	22.5
Arequipa	13.5	9.7	10.6	12.8	12.7	13.2	9.8	7.5	11.9	11.3	9.0
Ayacucho	11.2	6.1	14.0	9.9	13.5	17.0	13.2	12.3	15.4	15.5	15.3
Cajamarca	12.8	21.5	14.0	20.1	18.0	13.2	20.1	9.6	12.2	15.8	10.0
Callao	5.2	11.2	5.9	12.0	9.0	14.3	8.3	10.1	10.1	9.4	8.5
Cusco	17.8	12.0	18.8	9.9	12.9	15.3	10.7	13.6	13.2	14.1	15.2
Huancavelica	4.9	15.3	12.8	7.8	14.9	15.5	12.4	7.4	14.8	13.1	11.3
Huánuco	18.2	31.1	33.8	29.1	27.0	31.8	32.8	30.1	35.9	25.7	29.8
Ica	11.7	7.9	7.2	6.2	9.6	6.5	9.6	6.5	10.0	6.2	10.4
Junín	10.9	23.4	23.9	14.1	23.9	26.0	17.6	21.3	18.7	18.8	20.6
La Libertad	13.4	18.1	13.4	12.6	14.0	12.0	14.7	10.6	9.2	10.7	9.5
Lambayeque	23.8	14.9	6.3	12.4	22.9	20.5	19.2	12.4	18.2	19.7	16.6
Lima	11.8	9.6	10.7	10.9	13.6	11.7	11.1	8.8	9.8	10.0	7.9
Loreto	36.2	42.9	67.1	69.3	26.0	48.0	42.6	45.2	27.0	77.0	34.8
Madre de Dios	---	56.7	234.2	60.9	37.3	41.5	58.8	46.1	47.4	45.7	62.5
Moquegua	11.1	18.9	15.3	14.5	27.0	19.7	10.4	22.6	10.4	9.9	9.0
Pasco	26.5	21.8	11.5	14.7	23.7	19.9	40.4	8.7	14.2	13.3	28.9
Piura	11.7	13.1	9.8	12.1	11.3	9.9	9.2	10.5	12.2	10.3	9.9
Puno	8.0	10.2	12.9	6.1	5.8	7.4	8.5	6.4	10.2	11.0	7.8
San Martín	32.7	31.2	25.0	26.5	20.0	25.0	23.3	21.9	24.8	18.8	28.5
Tacna	26.8	12.4	13.3	19.5	12.0	17.4	19.7	4.0	15.4	14.0	17.0
Tumbes	9.1	7.0	5.7	1.8	5.2	14.9	5.0	3.8	10.4	3.0	4.6
Ucayali	70.8	48.4	54.0	38.3	43.7	30.7	34.4	16.7	51.5	22.4	7.1

Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2006-2016. OGTI-MINSA. Expansión de base de datos y cálculo de tasas con corrección de subregistro realizado por el CDC-MINSA.



## 5.2. ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA SITUACIÓN FÁCTICA QUE SE PRETENDE REGULAR O MODIFICAR

En el Perú, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por neoplasia en mujeres, y para el año 2020 se reportaron 6 860 nuevos casos y 1 824 muertes, mientras que el cáncer cuello uterino, ocupa la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres, y para el año 2020 se reportaron 4 270 nuevos casos y 2288 muertes<sup>16</sup>.

Por lo tanto, cada día 19 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama y 5 mujeres mueren. Esto representa una tasa ajustada de incidencia de 35,9, y tasa ajustada de mortalidad de 9,1 por 100 000 mujeres (Gráficos N° 3 y N° 4); mientras que para el cáncer de cuello uterino cada día 12 mujeres son diagnosticadas y de éstas 6 mueren, representando una tasa ajustada de incidencia de 22,2 y tasa ajustada de mortalidad de 11,5 por 100 000 mujeres<sup>17</sup>. (Gráficos N° 5 y N° 6).

## 5.3. ANÁLISIS SOBRE LA NECESIDAD, VIABILIDAD Y OPORTUNIDAD DEL PROYECTO

### Sobre la necesidad del proyecto

El proyecto surge como consecuencia de una idea que busca la solución a un problema de salud pública. En efecto, al ser el cáncer de mama la segunda causa y el cáncer de cuello uterino la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres, en esta oportunidad se ha identificado un problema que se va a solucionar con el proyecto, por lo tanto, deben buscarse con prioridad todas las opciones que conduzcan al objetivo.

### Sobre la viabilidad y oportunidad del proyecto

La viabilidad del proyecto está referida a su capacidad para finalizar satisfactoriamente, entregando los resultados esperados con la iniciativa. En efecto, la prevención o la detección a tiempo del cáncer de mama y cuello uterino pueden encontrar casos de cáncer en estadios tempranos e incrementar las tasas de éxitos en los tratamientos, mejores niveles de sobrevida e inclusive se pueden curar totalmente a muchas pacientes, evitando así una atención quirúrgica reconstructiva a pacientes en el caso del cáncer de mama. Pero lo más importante es que los indicadores de 5 mujeres y 6 mujeres que mueren por día de cáncer de mama y cuello uterino, respectivamente, se reducirán. La viabilidad radica en modificar favorablemente la tasa ajustada de incidencia de 35,9 y tasa ajustada de mortalidad de 9,1 por 100,000 mujeres para el cáncer de mama y tasa ajustada de incidencia de 22,2 y tasa ajustada de mortalidad de 11,5 por 100 000 mujeres para el cáncer de cuello uterino.



<sup>16</sup> Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en su reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

<sup>17</sup> Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en su reporte de Estadísticas Globales de Cáncer 2020.

## VI. PROYECTO REGLAMENTO

Se propone el presente proyecto de Decreto Supremo, en el marco de la Ley N°31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica.

El Reglamento es aplicable a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas, debidamente registradas en el Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS), Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), así como a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas del ámbito nacional, que brinden o gestionen la prestación y/o financiamiento de servicios de salud oncológica en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

La propuesta de Reglamento establece la regulación vinculada a los siguientes aspectos:

1. Derecho de licencia con goce de haber a las trabajadoras para la detección temprana.
2. Continuidad de la atención de la trabajadora.
3. Cobertura de la atención quirúrgica reconstructiva a las pacientes con cáncer de mama.
4. Implementación de los programas de apoyo dirigidos a las/los cuidadores familiares de pacientes con cáncer.
5. Financiamiento del traslado y estadía para la paciente con cáncer y el/la cuidador familiar.
6. Fortalecimiento de la atención especializada oncológica.

- **Derecho de licencia con goce de haber a las trabajadoras para la detección temprana**

En el artículo 4 se indica el procedimiento para que las mujeres trabajadoras de la actividad pública y privada, incluida la Policía Nacional del Perú y las Fuerzas Armadas, ejerciten el derecho de licencia con goce de haber para la detección temprana, coordinación con el empleador o autoridad superior para acceder a esta licencia con goce de haber y obligación de presentación de la documentación respectiva para la solicitud de la licencia, así como la verificación de la atención; además se establece que la licencia otorgada a la trabajadora es asumida por el empleador.



- **Continuidad de la atención de la trabajadora**

En el artículo 5 se establece que, en los casos de sospecha de cáncer, se debe realizar la referencia para la continuidad y oportunidad de la atención de la paciente a través del sistema de referencia y contra referencia, según la normativa vigente y articuladas con la Red Oncológica Nacional (RON), así como se establece la obligatoriedad de las IPRESS que realizan los exámenes de detección temprana de cáncer de mama y/o de cuello uterino de informar a la trabajadora los resultados por medio electrónico y al centro de labores de considerarlo pertinente, para las facilidades que permitan la continuidad de la atención.



En efecto, la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, aprobada con la Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, tiene como finalidad garantizar la continuidad de la atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un sistema de referencia efectivo y eficiente, implementado en los diferentes establecimientos del sector salud, mejorando el estado de salud de la población.

La articulación con la RON permitirá el diagnóstico y la atención integral oncológica en el marco de la Redes Integradas de Salud (RIS) y del Modelo de Cuidados Integrales, tal como señala el Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 004-2022-SA. El artículo 5 de la Ley N° 31561 menciona la atención prioritaria de pacientes oncológicos, la cual ya se encuentra regulada en el Reglamento de la Ley Nacional del Cáncer antes mencionado, a través de la cobertura integral al paciente oncológico, por lo que no se incluye en el presente Reglamento. Asimismo, para realizar la atención oportuna y eficiente generando una alerta para sospecha de cáncer e inicio del tratamiento a la brevedad, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas es el responsable del Plan de implementación para la gestión de la Red, que actualmente está en proceso de desarrollo.

En el Reglamento se establece además que el Médico ocupacional o quien haga sus veces en el centro de labores, puede requerir o solicitar los documentos que indiquen el diagnóstico de cáncer de mama y/o cuello uterino para los fines pertinentes a fin de realizar el seguimiento respectivo para la continuidad de la atención de la trabajadora.

- **Cobertura de la atención quirúrgica reconstructiva a las pacientes con cáncer de mama**

El artículo 6 del Proyecto de Reglamento de la Ley N° 31561, establece que las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas, privadas y mixtas deben incluir en sus planes complementarios y específicos las atenciones quirúrgicas reconstructivas de cáncer de mama, según los protocolos de atención o guías de prácticas clínicas vigentes.



H. Gamboa

El Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, en su artículo 22 señala que los planes de aseguramiento en salud son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento, y se clasifican en los siguientes grupos, artículo concordante con el artículo 12 de la Ley N° 29344<sup>18</sup>:



1. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
2. Planes complementarios.
3. Planes específicos

<sup>18</sup> Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Asimismo, la citada norma, en sus artículos 27 y 28, señala, con respecto a los planes complementarios y planes específicos, lo siguiente:

**“Artículo 27.- De los planes complementarios**

*Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud pueden ofrecer planes que complementen el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La regulación de estos planes, así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud<sup>19</sup>.*

**“Artículo 28.- Planes de aseguramiento específicos y derechos adquiridos**

*Los planes de aseguramiento en salud específicos del Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú que posean mejores condiciones que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se mantienen vigentes para los nuevos afiliados a dichas instituciones de acuerdo con la normativa aplicable a cada caso.*

*Ninguna entidad pública, privada o mixta que brinde servicios de aseguramiento en salud puede invocar las normas de la presente Ley para afectar los derechos adquiridos contenidos en los planes contratados, reduciendo las intervenciones o prestaciones contenidas en ellos<sup>20</sup>.*

Con respecto a la cobertura en cáncer de mama por parte de la IAFAS FISSAL, esto obedece a lo dispuesto en la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, el cual, en su artículo 10, señala:

*“Créase la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) sobre la base del fondo creado por la Ley 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, con el fin de financiar la atención de las enfermedades de alto costo de atención, así como la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas, establecida en la Ley 29698, Ley que Declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padece Enfermedades Raras o Huérfanas”. (El subrayado es nuestro).*



En línea con lo anterior, el Ministerio de Salud aprobó, mediante la Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, incluyendo las patologías de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de próstata, Leucemias, Linfomas e Insuficiencia renal crónica. (El subrayado es nuestro).



Por otro lado, el Seguro Integral de Salud (SIS), mediante la Resolución Jefatural N° 112-2020/SIS, aprobó la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS/GA-V.01 Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de

<sup>19</sup> Concordante con el artículo 17 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

<sup>20</sup> Concordante con el artículo 18 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Salud, en la cual dispone que el Plan Complementario incluye el listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención:

*“**Plan Complementario al PEAS:** Otorga al asegurado la cobertura financiera de las condiciones asegurables y las prestaciones no contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, tales como las Prestaciones Administrativas, el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención y el Listado de Enfermedades Raras y Huérfanas” (el subrayado es nuestro).*

Por lo antes expuesto, la cobertura que brinda el SIS a sus afiliados, correspondiente a las enfermedades de alto costo de atención, la realiza a través del Plan Complementario financiado por la IAFAS FISSAL, y dentro del cual se encuentra el diagnóstico asociado al cáncer de mama.

Asimismo, para el caso de la IAFAS EsSalud y las IAFAS de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, les corresponde brindar los planes específicos, y según la información que brindaron estas IAFAS en la reunión de fecha 02 de marzo de 2023, su cobertura es amplia, y si bien no presentaron requerimiento de cobertura de las atenciones quirúrgicas reconstructivas, sumado a que no cuentan con la oferta de servicios de salud, señalaron que, de aprobarse este Reglamento, iniciarían el proceso para la incorporación a nivel de su cobertura.

A su vez, es importante precisar que el Plan Complementario es un plan de aseguramiento en salud, que puede ser ofertado por las IAFAS, motivo por el cual, para el caso expreso de las IAFAS privadas, si bien no representa una obligación absoluta, sin embargo, en atención a lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley N° 31561, se precisa que deben considerar dentro de sus planes complementarios, aquellos que incluyan la atención quirúrgica reconstructiva para las pacientes con cáncer de mama que hubieran tenido una mastectomía parcial o total, siendo importante que las IAFAS privadas tomen en cuenta lo establecido en el artículo 11 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.



H. Gamboa



Es importante señalar que no corresponde que el Reglamento considere disposiciones relacionadas al PEAS, toda vez que, en su actualización, uno de los criterios de exclusión corresponde a las enfermedades de alto costo.<sup>21</sup>

Por lo antes expuesto, se precisa que la cobertura de los planes de aseguramiento en salud es variable según el tipo de IAFAS<sup>22</sup>, tal es así que el SIS brinda la cobertura

<sup>21</sup> Exposición de Motivos del D.S. N° 023-2021-SA

<sup>22</sup> Decreto Supremo N° 014-2020-SA, Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud  
(...)

**Artículo 7.- De las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS**

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

El registro en la Superintendencia Nacional de Salud es requisito indispensable para la oferta de las coberturas antes señaladas.

de la patología cáncer de mama (considerada enfermedad de alto costo de atención) a través de la IAFAS FISSAL (cobertura que se brinda como Plan Complementario); por lo que es pertinente recalcar que los planes complementarios pueden ser ofertados por las IAFAS (artículo 27 del TUO de la Ley N° 29344) y los planes específicos son ofertados por la IAFAS ESSALUD y las IAFAS de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú (artículo 28 del TUO de la Ley N°29344), y en el caso de las IAFAS privadas, se está consignando una disposición referente a la posibilidad de que puedan ofertar el Plan Complementario, de considerarlo pertinente, teniendo en cuenta la Carta Magna y las normas en el marco del AUS.

- **Implementación de los programas de apoyo dirigido a las/los cuidadores familiares de pacientes con cáncer**

En el artículo 7 del Reglamento se establece la gestión de los programas de apoyo dirigidos a las/los cuidadores familiares de pacientes con cáncer a través del documento técnico que regule o norme el mismo, el cual es elaborado por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. La implementación está a cargo de los gobiernos regionales, provinciales y locales en articulación con las entidades competentes del gobierno nacional, para lo cual incluyen: Asesoramiento e información sobre el manejo de la enfermedad, la creación de redes de apoyo de pacientes y cuidadores, el soporte psicológico y/o emocional y la implementación de albergues temporales.

Para la implementación de los programas de apoyo, el gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales deben gestionar presupuesto en el Programa Presupuestal 0024: Prevención y Control del Cáncer, o gestionar proyectos de inversión o presupuesto participativo.

- **Financiamiento del traslado y estadía para la paciente con cáncer y el/la cuidador/a familiar**

La Primera Disposición Complementaria Final autoriza al SIS a financiar el traslado y estadía para la paciente con cáncer y el/la cuidador/a familiar que no sean financiados por el FISSAL, en coordinación con los gobiernos regionales, locales y, según corresponda, a entidades sin fines de lucro, de acuerdo a disponibilidad presupuestal.

Por otro lado, para poder cumplir con esta disposición, el SIS estima la necesidad de generar un presupuesto adicional de S/. 12, 662,910 para el SIS, por concepto de



Son IAFAS las siguientes:

1. Seguro Integral de Salud.
2. Seguro Social de Salud (EsSalud), excluyendo la cobertura de prestaciones económicas y sociales.
3. Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).
4. Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.
5. Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
6. Empresas de Seguros contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso d) del artículo 16 de la Ley 26702, que oferten cobertura de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas.
- (...)
8. Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagadas.
9. Autoseguros y fondos de salud, que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas.
10. Otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto distintas a las señaladas anteriormente.

Estadía (alimentación y alojamiento) del paciente y acompañante, tal como se aprecia en el siguiente detalle:

**Cuadro N°2. Número de atenciones por cáncer financiadas por el SIS y Promedio de Estancia Hospitalaria.2019-2021-2022**

Año*	N° Atenciones	Periodo promedio de estancia hospitalaria
2019	11,167.00	8.26
2021	10,092.00	9.13
2022	11,209.00	8.28
<b>Promedio</b>	<b>10,823.00</b>	<b>9.00</b>

Fuente: Elaboración: Seguro Integral de Salud. SIS.

(\*) No se considera el año 2020, debido a la pandemia del COVID-19

**Cuadro N°3. Promedio de Estancia Hospitalaria.2019-2021-2022**

N° atenciones por año	Estancia promedio de atención	Costo de estadía (S/.) – por acompañante		Costo total de estadía (S/.)
		Costo de Alimentación (**)	Costo de Alojamiento (***)	
10,823	9	25	40	6,331,445
		65		

Fuente: Elaboración: Seguro Integral de Salud. SIS

(\*\*) Resolución Jefatural N° 000019-2023-SIS/J

(\*\*\*) De acuerdo a estudio de mercado este costo es solo por persona

**- Fortalecimiento de la Atención Especializada Oncológica**

La Segunda Disposición Complementaria Final establece el fortalecimiento de la Atención Especializada Oncológica, que se realizará optimizando la RON, según lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley N° 31336, Ley Nacional de Cáncer, y tiene como propósito promover la implementación de centros especializados de atención oncológica integral y brindar un diagnóstico adecuado, atención oportuna y seguimiento de los pacientes con cáncer a nivel nacional. Asimismo, la RIS provee servicios de salud en concordancia con las políticas nacionales de salud mediante prestaciones de salud comprendidas en la cartera de servicios de salud individual y de salud pública, bajo los principios de complementariedad y continuidad del cuidado integral de salud entre las IPRESS de la RIS o fuera de ella, a través de las modalidades de oferta fija, oferta móvil y telesalud, asegurando así, la continuidad de los cuidados de salud de la población, según lo establece el Reglamento de la Ley N°30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes integradas de Salud -RIS.

Por lo antes mencionado resulta pertinente citar la creación de la RON así como la implementación de la RIS, las cuales buscan optimizar la prestación de servicios al usuario y la atención de sus necesidades de salud a través de una respuesta articulada de prestaciones de salud.



Asimismo, se establece que se promoverá la actualización/elaboración de las normas y dispositivos técnicos para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y cuidados del paciente con cáncer.

## VII. OBJETIVO(S) RELACIONADO(S) CON EL PROBLEMA IDENTIFICADO

Con Decreto Supremo N°042-2023-PCM se aprobó la Política General de Gobierno para el presente mandato presidencial, estableciendo como Eje de Política 8 La Salud Como Derecho Humano; el cual ha establecido como cuarto lineamiento: “Mejorar la prevención y el tratamiento del cáncer, prioritariamente para la niñez y población en situación de vulnerabilidad”, emitiendo para ello el “Plan de Cumplimiento de Gobierno 2023”; que establece como responsable de la implementación de dicho lineamiento a la Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) del Ministerio de Salud.

## VIII. ANÁLISIS DE IMPACTOS CUANTITATIVOS Y/O CUALITATIVOS

### 8.1 Análisis de beneficio en términos de carga de enfermedad por cáncer en las mujeres y para el sistema de salud

El cáncer es la segunda causa de muerte por grupo de enfermedad en el Perú desde el año 2015; el cáncer de mama es la segunda causa de muerte y el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres respectivamente. Además, se debe considerar que la pandemia ha generado un incremento del 30% de exceso de mortalidad por cáncer en el año 2020, y se espera sea mayor a mediano y largo plazo, esto debido a la falta de acceso de la población peruana a intervenciones de prevención y control del cáncer, estimando que la razón de letalidad por cáncer se eleve de 50% a cerca del 75%.

El estudio de Carga de Enfermedad en el Perú, realizado en el año 2016 por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, evidenció que, para el año 2016, se perdieron 365 387 años de vida saludable (AVISA) debido a neoplasias malignas, de los cuales 56,3% correspondieron al sexo femenino. A nivel nacional se evidenciaron los cánceres con mayor carga: Estómago (13,5%), leucemia (11,8%), cuello uterino (8,0%), mama (7,8%) y pulmón, tráquea y bronquios (6,9%) y los que produjeron mayor carga de enfermedad en las mujeres: Cuello uterino (14,3%), mama (13,9%) y estómago (11,0%). Además, hubo un predominio notable del componente muerte prematura (AVP: 91,8%) a diferencia de la discapacidad (AVD: 8,2%) a nivel nacional, donde los cánceres de estómago, médula ósea (Leucemia) y cérvix presentaron mayor componente de muerte prematura, mientras que el cáncer de mama, cérvix, boca y orofaringe evidenciaron mayor discapacidad; en relación al cáncer de mama se evidencia que el componente de muerte prematura (AVP) asciende a 72.9%, y el componente de discapacidad es de 27.1%, y para el cáncer de cuello uterino se tuvo que el componente de muerte prematura (AVP) asciende a 78.0%, y el componente de discapacidad es de 22.0%. (Tabla 3).



H. Gamboa



**Tabla N°3. Distribución de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en el Perú según tipos de cáncer. 2016**

TIPO DE CÁNCER	AVP	%	AVD	%	TOTAL AVISA
Estómago	47 652	96,8	1575	3,2	49 227
Leucemia	42 054	97,9	901	2,1	42 955
Cérvix	22 926	78,0	6464	22,0	29 389
Mama	20 900	72,9	7771	27,1	28 671
Tráquea, bronquios, pulmón	25 000	98,6	361	1,4	25 362
Tumor maligno hígado	21 320	99,5	100	0,5	21 421
Linfoma	19 573	95,4	947	4,6	20 520
Colorectal	18 685	93,6	1270	6,4	19 955
Próstata	12 666	83,2	2552	16,8	15 218
Encéfalo	12 846	95,9	555	4,1	13 401
Páncreas	10 997	99,9	14	0,1	11 011
Cuerpo uterino	10 039	93,9	647	6,1	10 685
Vesícula biliar	10 256	98,0	212	2,0	10 468
Ovario	8004	90,0	885	10,0	8889
Riñón	6987	96,8	232	3,2	7219
Boca, orofaringe	4167	78,4	1151	21,6	5318
Hueso y cartilagos	4643	97,1	138	2,9	4781
Mieloma múltiple	3915	92,7	310	7,3	4225
Tiroides	2886	79,0	769	21,0	3654
Melanoma	2827	82,1	618	17,9	3445
Esófago	3233	95,8	142	4,2	3375
Vejiga urinaria	2490	89,4	295	10,6	2785
Cáncer de piel no melanoma	1977	83,4	394	16,6	2371
Laringe	1391	86,8	212	13,2	1603
Sitio no especificado	0	0,0	673	100,0	673
Otros tumores malignos	17 809	94,9	953	5,1	18 762

Fuente: Carga de enfermedad en el Perú, 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Se considera que, con el Reglamento de la Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica, se tendrá un impacto positivo, al contribuir a la disminución de los años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad por cáncer en mujeres, ya que con la licencia para la realización de pruebas de tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino en las mujeres trabajadoras, se permitirá que un mayor número de mujeres accedan a los servicios de salud de manera oportuna; esto también va a incidir en el número de disminución de los años de vida saludable debido a neoplasias.



H. Gamboa

## 8.2 Análisis de costos y beneficios de la implementación del Reglamento de la Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica

Las acciones previstas en el proyecto de Decreto Supremo se financian con cargo a las diferentes IAFAS, sean públicas o privadas, a fin de brindar una prestación idónea de las atenciones quirúrgicas reconstructivas de cáncer de mama, según los protocolos de atención o guías de prácticas clínicas vigentes, para la gestión de los programas de apoyo dirigidos a las/los cuidadores familiares de pacientes con cáncer, y estará a cargo de los gobiernos regionales, provinciales y locales, en articulación con las entidades competentes del gobierno nacional, que cuentan con lo programado en el Programa Presupuestal 0024: Prevención y Control del Cáncer, o pueden elaborar proyectos de inversión o presupuesto participativo.

En cuanto al financiamiento del traslado y estadía para la paciente con cáncer y el/la cuidador/a familiar el FISSAL, según su cobertura, financia las atenciones de diagnóstico temprano y de atención del cáncer; así como el traslado y estadía de la

paciente con cáncer, de acuerdo a disponibilidad presupuestal. El FISSAL financia las atenciones establecidas en el artículo 4 de la Ley; en los casos que no sean financiados por el FISSAL, el Reglamento autoriza al SIS a financiar estos conceptos, en coordinación con los gobiernos regionales, locales y, según corresponda, entidades sin fines de lucro, de acuerdo a disponibilidad presupuestal.

Toda la reglamentación en relación al financiamiento permitirá el incremento presupuestal progresivo a nivel de los gobiernos regionales y locales.

Este proyecto de Reglamento tendrá un impacto positivo en la disminución de los años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad por cáncer en mujeres, ya que, con la licencia para la realización de pruebas de tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino en mujeres trabajadoras, se permitirá que un mayor número de mujeres accedan a los servicios de salud de manera oportuna; esto también va a incidir en la disminución de los años de vida saludable debido a neoplasias, y a su vez permitirá brindar una prestación idónea de las atenciones quirúrgicas reconstructivas de cáncer de mama, según los protocolos de atención o guías de prácticas clínicas vigentes.

La gestión de los programas de apoyo dirigidos a las/los cuidadores familiares de pacientes con cáncer estará a cargo de los gobiernos regionales, provinciales y locales en articulación con las entidades competentes del gobierno nacional, que cuentan con lo programado en el Programa Presupuestal 0024: Prevención y Control del Cáncer, o pueden elaborar proyectos de inversión o presupuesto participativo.

Por otro lado, el costo que van a irrogar las acciones previstas en el proyecto de Decreto Supremo se financiará con cargo al presupuesto institucional de los pliegos involucrados, incluyendo lo programado en el Programa Presupuestal 0024: Prevención y Control del Cáncer, y para el caso de las IAFAS privadas, según cobertura y sostenibilidad económico financiera.

## IX. ANÁLISIS DE IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL



Con la entrada en vigencia del presente Decreto Supremo se reglamenta la Ley N°31561, Ley de Prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención especializada oncológica, en el marco de lo dispuesto por su Segunda Disposición Complementaria Final.

