



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”



**PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL
ARTÍCULO 6, DE LA LEY N° 31041, LEY DE
URGENCIA MÉDICA PARA LA
DETECCIÓN OPORTUNA Y ATENCIÓN
INTEGRAL DEL CÁNCER DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE**

Los congresistas de la República quienes suscriben, a iniciativa de la congresista **KELLY ROXANA PORTALATINO ÀVALOS**, miembro de la Bancada Parlamentaria **PERÚ LIBRE**, de conformidad con lo señalado en el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, así como de los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente fórmula legal.

FÓRMULA LEGAL

**LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 6, DE LA LEY N° 31041, LEY DE URGENCIA
MÉDICA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL
CÁNCER DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Artículo 1.- Objeto de la ley

La presente ley tiene como objeto, modificar el artículo 6, de la ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente

Artículo 2.- Finalidad de la ley

Modificar el artículo 6, de la ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y el adolescente

**Artículo 3. – Modificación del artículo 6 de la Ley de urgencia médica para la
detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente - Ley
31041.**

Modificar el artículo 6 de la Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, en los términos siguientes:

Lo que la norma dice:

Artículo 6.- Subsidio oncológico

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), públicas o privadas, otorgan un subsidio económico equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales (RMV) al trabajador por familia que tenga un niño o adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Firmado digitalmente por:
QUITO SARMIENTO Bernardo
Jaime FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
5/2022 18:02:38-0500

hospitalario a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal debidamente certificado por médico especialista.

Lo que la norma debe decir:

Artículo 6.- Subsidio oncológico

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), públicas, privadas o mixtas otorgan un subsidio económico equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales (RMV) al trabajador por familia que tenga un niño o adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal debidamente certificado por el médico especialista.

La institución administradora de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) Seguro Integral de Salud (SIS), otorga un subsidio económico equivalente a una remuneración mínima vital (RMV) de forma mensual, al representante por familia clasificada socioeconómicamente de acuerdo al sistema de focalización de hogares (SISFOH) como pobre o pobre extremo, que tenga un niño o adolescente menor de 18 años afiliado al SIS, que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal debidamente certificado por médico especialista.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

ÚNICA. -

El Ministerio de Salud (MINSA) emite las disposiciones complementarias que sean necesarias para la entrega del subsidio oncológico.

Lima, 25 de abril de 2022



Firmado digitalmente por:
CERRON ROJAS Waldemar
Jose FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23/05/2022 00:04:03-0500



Firmado digitalmente por:
TELLO MONTES Nivardo
Edgar FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/05/2022 14:24:52-0500



Firmado digitalmente por:
PORTALATINO AVALOS Kelly
Roxana FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/05/2022 13:23:40-0500



Firmado digitalmente por:
ROBLES ARAUJO SILVANA
BmPERATRIZ FIR 42760152 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/05/2022 15:44:31-0500



Firmado digitalmente por:
CORONADO María
Elizabeth FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/05/2022 19:41:02-0500



Firmado digitalmente por:
MEDINA HERMOSILLA
Elizabeth Sara FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/05/2022 09:57:23-0500



Firmado digitalmente por:
GONZA CASTILLO Américo
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/05/2022 19:47:02-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **27** de **mayo** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N°2106/2021-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

1. SALUD Y POBLACIÓN.

.....
HUGO ROVIRA ZAGAL
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”



Firmado digitalmente por:
PALACIOS HUAMAN Margot
FAU 20181748126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 24/05/2022 14:11:07-0500

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1. Introducción

La Ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, tiene por objeto según su artículo 1 de, «garantizar la detección oportuna y atención integral de calidad de los niños y adolescentes con enfermedades oncológicas y que permita disminuir de manera significativa la tasa de diagnóstico tardío, abandono de tratamiento y morbilidad»¹.

De la citada norma, el artículo 6 prescribe textualmente, «Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), públicas o privadas, otorgan un subsidio económico equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales (RMV) al trabajador por familia que tenga un niño o adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal debidamente certificado por médico especialista»². (énfasis agregado)

¹ LEY 31041. «LEY DE URGENCIA MÉDICA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE»

Artículo 1. Objeto de la ley
(...)

² LEY 31041. «LEY DE URGENCIA MÉDICA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE»

Artículo 6. Subsidio oncológico
(...)



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

En el extremo de la norma que hace referencia «al trabajador por familia que tenga un niño o adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado con cáncer (...)»; por lo que, entendiendo que el objetivo del subsidio es prevenir el abandono de tratamiento para todos los menores de dieciocho (18) años con cáncer, la ley señala como beneficiario **al trabajador** por familia, y cuando hacemos referencia a esta categoría, nos encontramos que en nuestro país no tan solo existen trabajadores formales sino también los hay informales, los mismos que tienen cobertura por el Seguro Integral de Salud (SIS), pero que sin embargo, la norma no los ha incluido en cuanto a la percepción de este subsidio, pues no únicamente padecen de cáncer los familiares del trabajador formal sino también los hay en esta parte de nuestra sociedad; resultando ellos ser el sector que el Estado debe prestar la atención correspondiente.

Por lo antes expuesto, se requiere la modificación a la Ley 31041 debido a que los padres trabajadores formales estaban siendo beneficiados con dos subsidios (dos remuneraciones mínimas vitales y licencia con goce de haberes), y de acuerdo a los reportes emitidos por el Ministerio de Salud (Minsa) «(...) se calcula que 1 800 niños y adolescentes menores de 18 años son diagnosticados anualmente con cáncer en el Perú»³, dentro esta cantidad de pacientes, se calcula que tan solo el 25 % de las familias de niños y adolescentes con cáncer en el país están siendo beneficiadas con el subsidio tal como está en la Ley; es decir, en cifras exactas, el subsidio acude a 450, quedando de lado, más de 1 000 niños sin cobertura.

Es aquí la pertinencia en la cual el Seguro Integral de Salud, como aseguradora pública debe socorrer con el auxilio de la población que se encuentra al margen de la formalidad; se estima que existe un alto porcentaje de niños y adolescentes con cáncer en el país cuyo padre, madre o tutor no cuenta con vínculo laboral o un trabajo formal, y que en el 65 % de los casos cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS); por consiguiente, la cobertura del mencionado subsidio puede mejorar el aspecto más importante relacionado al abandono de tratamiento, que alcanza casi el 20 % del total⁴.

1.2. Marco Normativo

- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Constitución Política del Perú
- Ley 26842, Ley General de Salud.
- LEY 31041. Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente.

³ DIARIO OFICIAL EL PERUANO. «CÁNCER INFANTIL». Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/139406-cancer-infantil-1800-casos-nuevos-se-detectan-anualmente-en-el-peru#:~:text=14%2F02%2F2022%20Un%20promedio,conmemora%20cada%2015%20de%20febrero.>

⁴ PORTAL EL BUHO. «Ley sobre cáncer infantil: padres recibirán subsidio durante tratamiento de hijos». Disponible en: <https://elbuho.pe/2020/09/ley-sobre-cancer-infantil-padres-recibiran-subsidio-economico-durante-el-tratamiento-de-sus-hijos-peru-arequipa/>



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

- Resolución Ministerial 149-2020-MINSA, aprueba la Directiva Sanitaria 090-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para la detección temprana y atención de cáncer en el niño y adolescente.

1.3. Diagnóstico situacional del cáncer infantil en el Perú

«En el Perú, la población de 0-19 años (10,176,529 habitantes) representa el 37 % de la población total (INEI, censo 2017). De ellos, se estima que por lo menos 1600 niños y adolescentes serán afectados con cáncer cada año (Observatorio Global de Cáncer: GLOBOCAN 2020). Según GLOBOCAN, la incidencia de cáncer en pacientes de 0 a 19 años se situaría en 15 casos por 100,000 habitantes, y la tasa de mortalidad en 6.7 por 100,000 habitantes. La incidencia reportada en Perú es inferior a la vista en otros países de ingreso medio alto, lo que evidencia que existe un subdiagnóstico o un subregistro de casos de cáncer en niños y adolescentes. Según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana (2010-2012), se presentaron 1048 casos nuevos de 0-14 años durante ese período, con una tasa de incidencia de 15.3 por 100,000 habitantes, siendo la leucemia el tipo de cáncer más frecuente, seguidos de los tumores del sistema nervioso central y linfomas. De acuerdo a los registros médicos hospitalarios del año 2017 (disponibles de instituciones del Ministerio de Salud, EsSalud y privados), se diagnostican anualmente 1396 casos nuevos de cáncer en niños y adolescentes en el Perú, correspondiendo el 42.7 % a leucemia y 57.3 % a tumores malignos sólidos»⁵.

Mortalidad

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), «El cáncer es la segunda causa de muerte en las personas de hasta 19 años en la región. Cada año alrededor de 29.000 niños son diagnosticados con cáncer, según el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los tipos más comunes son la leucemia, el linfoma, tumores de sistema nervioso central, el tumor de Wilms y el retinoblastoma»⁶; una situación preocupante que nos conduce inevitablemente a tomar decisiones.

De acuerdo a lo manifestado por Globocan, la tasa de mortalidad por cáncer en pacientes de 0 a 19 años es de 6.7 por 100,000 habitantes. La tasa de mortalidad por cáncer en menores de 20 años es superior a la vista en Argentina, Chile y el promedio de países de alto ingreso. De acuerdo con el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana (2010-2012), se registraron 380 fallecidos para ese periodo con una tasa de mortalidad de 5.5 por 100,000 habitantes. Y de acuerdo a las cifras oficiales del Minsa, en la actualidad, «De los 1 800 casos que se registran cada año, el 42 % corresponde a Leucemia y 57.3 % a tumores malignos sólidos;

⁵ GUÍA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PERÚ. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5044.pdf>

⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-2-2022-55-ninos-adolescentes-con-cancer-se-curan-america-latina-caribe>



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

el 8.5 % abandona el tratamiento y 400 niños fallecen a causa del cáncer anualmente»⁷

Carga de enfermedad

«Con relación a la carga de enfermedad, se evidencia que las neoplasias infantiles son patologías que producen una elevada carga de enfermedad que condiciona mayor cantidad de años de vida saludables perdidos (AVP) y años de vida con discapacidad (AVD). Las enfermedades que tienen un predominio de muerte prematura son las infecciones respiratorias (AVP: 93.2 %) seguidas de los tumores malignos (AVP: 90.6 %). Asimismo, en el Perú, la patología neoplásica es la tercera causa de pérdida de años saludable en el grupo etario de 5 a 14 años»⁸.

Sobrevida

«Según estudios publicados, la sobrevida por cáncer pediátrico no supera el 50% en la mayoría de las neoplasias. Se ha identificado que el retraso diagnóstico, abandono de tratamiento y la deficiente capacidad resolutive del sistema de salud son factores determinantes en la baja sobrevida en niños y adolescentes con cáncer en el Perú. De acuerdo con el Registro de Cáncer de Lima, la sobrevida global a 5 años para todos los tipos de cáncer fue 57.85 %»⁹.

1.4. Problemas identificados en cáncer infantil en Perú

Retraso diagnóstico

Desde el inicio se presentan dificultades, «El diagnóstico de cáncer infantil en el Perú es tardío, teniendo un retraso diagnóstico de cerca de 4 veces más prolongado que lo que se observa en países desarrollados. Un niño en Perú demora en promedio 3 meses desde que inicia los síntomas hasta su diagnóstico definitivo. Asimismo, en nuestro país, el 69 % de los casos se diagnostican en estadios avanzados o diseminados. Los factores asociados a este retraso incluyen: la pobre capacitación de médicos de atención primaria y pediatras en temas de cáncer infantil y retrasos en el sistema de referencias»¹⁰.

Abandono de tratamiento

Otro de los factores que problematizan esta realidad, se trata del abandono del tratamiento, el cual se define como la discontinuación de un tratamiento curativo por al menos 4 semanas y conlleva a peor pronóstico y altas tasas de recidiva. «A

⁷ MINISTERIO DE SALUD. PERÚ: CADA AÑO HAY 1 800 CASOS NUEVOS DE CÁNCER INFANTIL Y 400 NIÑOS FALLECEN A CAUSA DE ESTA ENFERMEDAD. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/583555-peru-cada-ano-hay-1800-casos-nuevos-de-cancer-infantil-y-400-ninos-fallecen-a-causa-de-esta-enfermedad>

⁸ GUÍA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CANCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PERÚ. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5044.pdf>

⁹ GUÍA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CANCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PERÚ. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5044.pdf>

¹⁰ Vasquez L et al. Factors associated with the latency to diagnosis of childhood cancer in Peru. *Pediatr Blood Cancer*. 2016 Nov;63(11):1959-65.



nivel nacional, la tasa de abandono de tratamiento es de un 18 %. Dicha cifra, es más alta de lo que se estima para un país de ingreso medio-alto como el Perú, tiene una etiología multifactorial siendo los factores socioeconómicos (bajo nivel de ingresos promedio familiar y bajo nivel educativo de los padres), culturales (rechazo al tratamiento debido a la asociación de “incurabilidad” con cáncer y pensamiento místico) y geográficos (larga distancia al centro de atención y lugar de procedencia) los más involucrados en dicho problema». ¹¹

Sistema de salud con limitada capacidad resolutive

En el Perú los servicios de salud se encuentran fragmentados y según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), indica que, «Según el informe técnico Estado de la Niñez y Adolescencia elaborado con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), del total de asegurados, el 63,3 % tienen únicamente el Seguro Integral de Salud (SIS), el 21,1 % EsSalud y otros seguros el 2,9 % (Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado, otro Sistema de Prestación de Salud)»¹², de lo cual se infiere entonces que, tenemos al seguro integral de salud (SIS) que cubre el 65 % de los casos de cáncer en menores de 18 años, un 25 % está a cargo de la seguridad social (EsSalud), 5 % corresponde a las fuerzas armadas y policiales y 5% a las clínicas privadas. Asimismo, a pesar que la mayoría de casos o de pacientes proceden de las regiones del interior del país, el 90 % de las atenciones de los niños y adolescentes con cáncer se desarrollan en nuestra capital de la república, afectando severamente no tan solo el bolsillo familiar, sino que tienes que lucharla para subsistir, para lidiar con el contexto social, cultural, laboral entre otros aspectos que hacen mucha más difícil la labor de la familia por recuperar al paciente.

1.5. Propuesta normativa y justificación

Entonces, entrando en materia, el artículo 6 de la Ley señala: *«Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), públicas o privadas, otorgan un subsidio económico equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales (RMV) al trabajador por familia que tenga un niño o adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal debidamente certificado por médico especialista».*

Siendo la propuesta de modificación la siguiente:

«Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), públicas, privadas o mixtas otorgan un subsidio económico equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales (RMV) al trabajador por

¹¹ Vasquez et al. Factors associated with abandonment of therapy by children diagnosed with solid tumors in Peru. *Pediatr Blood Cancer*. 2018 Jun;65(6):e27007.

¹² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-873-de-la-poblacion-menor-de-18-anos-de-edad-tiene-algun-seguro-de-salud-13095/>



familia que tenga un niño o adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal debidamente certificado por el médico especialista.

La institución administradora de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) Seguro Integral de Salud (SIS), otorga un subsidio económico equivalente a una remuneración mínima vital (RMV) de forma mensual, al representante por familia clasificada socioeconómicamente de acuerdo al sistema de focalización de hogares (SISFOH) como pobre o pobre extremo, que tenga un niño o adolescente menor de 18 años afiliado al SIS, que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario a partir de confirmado el padecimiento de dicho mal debidamente certificado por médico especialista».

Entonces, tal como lo habíamos señalado *supra* la actual norma establece como beneficiario al trabajador por familia, en tal motivo, en cumplimiento a lo taxativamente dispuesto, la formulación de una propuesta reglamentaria, únicamente beneficiaría con el subsidio oncológico, aproximadamente al 25 % de las familias de niños y adolescentes con cáncer en el país; por lo que, a efectos de mitigar el problema, urge modificar la norma *strictu sensu* según lo detallado en la propuesta, teniendo en cuenta el porcentaje de niños y adolescentes con cáncer en el país cuyo padre, madre o tutor no cuenta con vínculo laboral o un trabajo formal, y que la cobertura del mencionado subsidio puede mejorar el aspecto más importante relacionado al abandono de tratamiento.

2. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

2.1. Descripción del costo incremental de aplicado el subsidio oncológico

El cáncer en los menores de 18 años es la principal causa de muerte por enfermedad en nuestro país. El retraso diagnóstico, la limitada capacidad resolutoria de los centros de atención y altas tasas de abandono de tratamiento han sido descritos como problemas urgentes, contribuyendo directamente a un peor pronóstico y a mayores costos económicos a nivel nacional; siendo la tasa de abandono, uno de los principales factores, abordados a través del subsidio oncológico, esperando reducir el 18 % de pacientes que abandonan su tratamiento de cáncer, además de amortiguar la cifra de empobrecimiento debido al gasto catastrófico que genera la situación de tener un hijo(a) con cáncer en la familia.

Este gasto de bolsillo se define como aquellos pagos directos que realizan los padres a los proveedores de atención médica para realizar el diagnóstico de cáncer, que no es cubierto por SIS, así como las tarifas cobradas por procedimientos médicos, el costo de los medicamentos, el transporte, la alimentación, hospedaje entre otros. Constituye un gasto inesperado para las



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

familias, poniendo en riesgo la salud y la vida, resultando en gasto catastrófico cuando supera el 40 % de la capacidad de pago del hogar que conduce al empobrecimiento de la familia. El estudio revela que el gasto en que incurren cada familia cuando sus hijos tienen diagnóstico de cáncer es en promedio S/ 1,400.00 cada mes, superando la capacidad de pago de la mayoría de las familias (86 % antes del diagnóstico definitivo y 75 % después del diagnóstico de cáncer) esto significa un gasto catastrófico en estas familias antes y después del diagnóstico. Por ello se concluye que la asignación de 2 remuneraciones mínimas bimestral (cada dos meses) aliviará económicamente a este grupo vulnerable y contribuirá a disminuir la tasa de abandono de tratamiento¹³.

Este subsidio será otorgado por la IAFAS SIS, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario (Tratamiento oncológico que incluye administración de quimioterapia endovenosa y/u oral, radioterapia, cirugía, trasplante de progenitores hematopoyéticos o cuidados paliativos o del final de la vida, sea en internamiento o en ambulatorio). Se elaboró la siguiente lista con el tiempo de tratamiento hospitalario según la patología oncológica, para la asignación del subsidio:

Tabla 1. Duración aproximada de tratamiento de las patologías oncológicas pediátricas

Patología oncológica	Tiempo (meses)
1. Hepatoblastoma	8
2. Hepatocarcinoma	8
3. Histiocitosis bajo riesgo	6
4. Histiocitosis Alto riesgo	12
5. Leucemia linfoblástica aguda	36
6. Leucemia mieloide aguda	13
7. Leucemia promielocítica	28
8. Leucemia mieloide crónica	36
9. Leucemias de fenotipo mixto, bilineales y otras	36
10. Linfoma Hodgkin EC I y II	6

¹³ Maradiegue E, et al. Out-of-pocket Expenditure in Childhood Cancer during the COVID-19 pandemic in an LMIC. Authorea. July 27, 2021.

DOI:10.22541/au.162742233.36886119/v1



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

11. Linfoma Hodgkin EC III y IV	9
12. Linfoma Burkitt y difuso de células grandes B EC I y II	3
13. Linfoma Burkitt y difuso de células grandes B EC III y IV	7
14. Linfoma linfoblástico EC I y II	13
15. Linfoma linfoblástico EC III y IV	36
16. Linfoma anaplásico bajo riesgo	4
17. Linfoma anaplásico riesgo intermedio y alto	7
18. Neuroblastoma riesgo bajo o intermedio	6
19. Neuroblastoma riesgo alto	18
20. Osteosarcoma	12
21. Rabdomiosarcoma bajo riesgo	7
22. Rabdomiosarcoma riesgo intermedio	13
23. Rabdomiosarcoma alto riesgo	19
24. Retinoblastoma unilateral	6
25. Retinoblastoma bilateral	10
26. Sarcoma de partes blandas no Rabdomiosarcoma EC I y II	4
27. Sarcoma de partes blandas no Rabdomiosarcoma EC III y IV	7
28. Sarcoma de Ewing	12
29. Tumores cerebrales	12
30. Tumores germinales EC I y II	4
31. Tumores germinales EC III y IV	7
32. Tumor de Wilms EC I y II	10
33. Tumor de Wilms EC III y IV, bilateral y sarcoma de células claras renal	13
34. Otros tipos de cáncer (melanoma, carcinoma nasofaríngeo, tumor rabdoide, carcinoma de tiroides, carcinoma renal, etc.)	6

2.2. Estimación del costo incremental de aplicado el subsidio oncológico para la IAFAS SIS

El promedio de duración del tratamiento oncológico para niños y adolescentes con cáncer de las enfermedades descritas en la Tabla 1, es de 12 meses, intervalo de tiempo que se considera como límite inferior. Así mismo, el promedio de duración de las siete enfermedades oncológicas con mayor tiempo de tratamiento, donde se concentra el 80 % de las enfermedades con mayor duración de tratamiento, es de 30 meses, lo cual se considera como límite superior. Por otro lado, para estimar el número de nuevos casos de cáncer en niños y adolescentes diagnosticados cada año, se toma en consideración la tasa de incidencia correspondiente al grupo etario 0 a 19 años según GLOBOCAN 2020, siendo 15 nuevos casos por 100 mil personas; considerando la población peruana estimada para ese rango de edad que asciende a 10,715,357 personas (INEI 2022). Se logra estimar un total de 1,607 nuevos casos de cáncer cada año. Considerando el número de nuevos casos de cáncer en niños y



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

adolescentes, el tiempo de tratamiento oncológico y la asignación de subsidio, equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales de forma bimestral propuesta, se realiza la estimación del rango de costo incremental generado cada año, como se describe en la Tabla 2.

Tabla 2. Estimación del costo incremental de aplicado el subsidio oncológico para la IAFAS SIS

Criterio	Tiempo de tratamiento	Número de RMV	Beneficiarios	Monto (S/.)
Límite Superior	30 meses	30	1,607	44,835,300
Límite Inferior	12 meses	12		17,934,120

Tabla 3. Resumen beneficios en términos sanitarios de la vigencia de la norma en un horizonte de 10 años

Criterio	Sin Modificación	Con Modificación	Diferencia
Abandono de tratamiento	20%	Menor a 5%	-15%

3. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN NUESTRA LEGISLACIÓN

Con la entrada en vigencia de la presente iniciativa legislativa sobre la modificación del artículo 6 de la Ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, se procede a reglamentar los aspectos relacionados al subsidio oncológico, establecido en la Segunda Disposición Complementaria Final del Reglamento de la Ley 31041, aprobado mediante Decreto Supremo 024-2021-SA; generando una demanda presupuestal adicional para el presupuesto del año fiscal 2022, de S/. 44,835,300.00 (cuarenta y cuatro millones, ochocientos treinta y cinco mil, trescientos soles) para la IAFAS SIS, toda vez que se requiere generar una modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud – SIS, mediante Decreto Supremo, incorporando dentro de sus funciones generales el financiamiento del subsidio oncológico.



4. CONCORDANCIA CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa la ubicamos dentro del marco de la décimo tercera Política de Estado la cual forma parte integrante del Acuerdo Nacional sobre política de desarrollo con equidad y justicia social, la misma que a la letra señala: «Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; (h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social»¹⁴.

Asimismo, es compatible con la trigésima quinta política de estado, referida a la Sociedad de la información y sociedad del conocimiento, la cual desarrolla, «Nos comprometemos a impulsar una sociedad de la información hacia una sociedad del conocimiento orientada al desarrollo humano integral y sostenible, en base al ejercicio pleno de las libertades y derechos de las personas, y capaz de identificar, producir, transformar, utilizar y difundir información en todas las dimensiones

¹⁴ ACUERDO NACIONAL. OBJETIVOS DEL ACUERDO NACIONAL. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL. Rescatado de <https://www.acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%e2%80%8b/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/>



CONGRESISTA KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

humanas incluyendo la dimensión ambiental. Promoveremos el acceso universal al conocimiento a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), acompañado de la generación de contenidos, servicios y bienes digitales así como del desarrollo de capacidades para que todos los peruanos puedan desempeñarse plenamente y de manera segura en el entorno digital, y de igual manera promoveremos mecanismos que fortalezcan el acceso, conectividad y su uso en las regiones del país»¹⁵.

¹⁵ACUERDO NACIONAL. OBJETIVOS DEL ACUERDO NACIONAL. SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN Y SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO. Rescatado de: <https://www.acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%e2%80%8b/politicas-de-estado-castellano/iv-estado-eficiente-transparente-y-descentralizado/35-sociedad-de-la-informacion-y-sociedad-del-conocimiento/>