



**PROYECTO DE LEY QUE INCORPORA EL
ARTÍCULO 10-A A LA LEY 31336, LEY
NACIONAL DEL CÁNCER, PARA LA
CREACIÓN DEL REGISTRO NACIONAL DE
TAMIZAJE ONCOLÓGICO**

El Congresista de la República **Ilich Fredy López Ureña**, y los Congresistas integrantes del Grupo Parlamentario **Acción Popular**, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Estado y de conformidad con lo establecido en los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de Ley:

PROYECTO DE LEY

El Congreso de la República

Ha dado la siguiente Ley:

FÓRMULA LEGAL

**LEY QUE INCORPORA EL ARTÍCULO 10-A A LA LEY 31336, LEY NACIONAL DEL
CÁNCER, PARA LA CREACIÓN DEL REGISTRO NACIONAL DE TAMIZAJE
ONCOLÓGICO**

Artículo 1. Incorporación del artículo 10-A a la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer

Incorpórese el artículo 10-A a la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, con el texto siguiente:

“Artículo 10-A.- Registro Nacional de Tamizaje Oncológico

10-A.1 El Ministerio de Salud (MINSA) implementa y administra el Registro Nacional de Tamizaje Oncológico (RENTO), que integra la información generada por los establecimientos de salud públicos y privados sobre las pruebas de tamizaje para la detección temprana del cáncer, priorizando las neoplasias de mayor incidencia y mortalidad.

10-A.2 El RENTO se articula con el sistema de vigilancia epidemiológica y con el registro nacional de pacientes con cáncer previsto en el artículo 10, asegurando la trazabilidad desde el tamizaje hasta la confirmación diagnóstica, oportunidad de inicio de tratamiento y resultados clínicos.

10-A.3 Son finalidades del RENTO:

- a) Integrar y sistematizar datos de tamizajes realizados, resultados, confirmación diagnóstica, referencia/contrarreferencia y seguimiento.
- b) Monitorear cobertura, calidad y oportunidad del tamizaje y evaluar el impacto de los programas de prevención y detección temprana.

- c) Sustentar la planificación de políticas, la focalización de intervenciones, la asignación de recursos y la investigación epidemiológica, en coordinación con el INEN y los IREN.

10-A.4 El reporte al RENTO es obligatorio para los establecimientos de salud públicos y privados que realicen tamizaje oncológico, conforme a la periodicidad, estándares y mecanismos que establezca el reglamento. Sin perjuicio de las competencias de supervisión y sanción de SUSALUD.

10-A.5 El tratamiento de datos personales se sujeta a la Ley 29733, su reglamento y normas complementarias; el MINSA garantiza medidas de seguridad, confidencialidad y anonimización para difusión estadística y transparencia, sin afectar la continuidad asistencial.

10-A.6 Mediante Decreto Supremo, refrendado por el Ministro de Salud, se aprueba el Reglamento del RENTO dentro del plazo máximo de noventa (90) días calendario contado desde la vigencia de la presente ley. El reglamento establecerá, como mínimo:

- a) El conjunto mínimo de datos (CMD) y los estándares de codificación.
- b) Los procedimientos de interoperabilidad con sistemas de información en salud (HIS, vigilancia, INEN/IREN), IAFAS, SUSALUD y RENIEC.
- c) Los plazos y responsabilidades para el reporte, validación y calidad de datos.
- d) Los indicadores y metas de cobertura, oportunidad y desempeño.
- e) El acceso a información agregada y anonimizada para fines de salud pública y rendición de cuentas.”

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Interoperabilidad

El MINSA dispone las acciones para la interoperabilidad del RENTO con los sistemas de información en salud y de vigilancia, así como con SUSALUD, las IAFAS y el RENIEC, bajo estándares de dato único e intercambio seguro.

SEGUNDA. Implementación progresiva y metas

El Reglamento establecerá las fases de implementación del RENTO y fijará metas trimestrales de cobertura de tamizaje, oportunidad de confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento, definidas sobre la base de la línea de base que determine el MINSA.

TERCERA. Transparencia y control

El MINSA remitirá informes semestrales a la Comisión de Salud del Congreso sobre cobertura, calidad, brechas regionales y desempeño del RENTO.

CUARTA. Adecuación normativa

El MINSA, el INEN y las entidades competentes adecuan sus disposiciones internas para el cumplimiento de la presente ley dentro de los sesenta (60) días de publicado su reglamento.

QUINTA. Financiamiento

La implementación de la presente ley y de su Reglamento se financia exclusivamente con cargo a los presupuestos institucionales de las entidades públicas involucradas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público y sin creación de nuevas plazas, incremento de remuneraciones ni adquisición de infraestructura o equipamiento distintos de los ya programados.

El Reglamento precisará la asignación de responsabilidades operativas y presupuestarias entre las entidades intervinientes, así como los mecanismos de priorización y optimización de recursos, en el marco del Sistema Nacional de Presupuesto; para su aprobación se recabará la opinión previa del Ministerio de Economía y Finanzas en materia presupuestaria, cuando corresponda. En ningún caso se autorizarán modificaciones presupuestarias que incrementen el gasto total aprobado ni se generarán nuevas obligaciones para el Tesoro Público.

SEXTA. Vigencia

La presente ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación



Firmado digitalmente por:
LOPEZ UREÑA Ilich Fredy
FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 20/10/2025 12:41:24-0500



Firmado digitalmente por:
VERGARA MENDOZA Evis
Herman FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 20/10/2025 21:05:03-0500

ILICH FREDY LÓPEZ UREÑA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA



Firmado digitalmente por:
MORI CELIS Juan Carlos
FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 10:00:12-0500



Firmado digitalmente por:
MARTINEZ TALAVERA Pedro
Edwin FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 20/10/2025 16:59:50-0500



Firmado digitalmente por:
MARTINEZ TALAVERA Pedro
Edwin FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 20/10/2025 17:00:11-0500



Firmado digitalmente por:
ALVA ROJAS Carlos Enrique
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 20/10/2025 17:28:12-0500



Firmado digitalmente por:
PORTERO LOPEZ Hilda
Marleny FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 14:12:50-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Perú y representa un desafío creciente para la salud pública. De acuerdo con Globocan 2022 del Observatorio Global del Cáncer de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC)/Organización Mundial de la Salud (OMS), en el país se estimaron 72 827 casos nuevos y 35 934 muertes por cáncer. En hombres, el cáncer de próstata encabeza la incidencia (8 553 casos), seguido por estómago y colorrectal; en mujeres, lideran mama (7 797) y cuello uterino (4 809), seguidos por estómago y colorrectal. Estas cifras confirman la magnitud del problema y la urgencia de fortalecer la detección temprana de las neoplasias más frecuentes.

A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) advierte que, de no intensificarse la prevención y la detección oportuna, los nuevos casos de cáncer en las Américas aumentarán alrededor de 60% para 2045 (de 4,2 a 6,7 millones anuales). El Perú no es ajeno a esta tendencia, por lo que urge organizar sistemas de tamizaje que permitan anticiparse a la carga proyectada.

La detección tardía sigue siendo un obstáculo crítico. La OMS subraya que el diagnóstico temprano salva vidas y reduce costos: cuando el cáncer se identifica en etapas iniciales, es posible iniciar tratamientos menos complejos y más efectivos; por el contrario, el retraso diagnóstico disminuye la probabilidad de supervivencia y encarece la atención. Este principio es especialmente relevante para cánceres como mama, cuello uterino y colorrectal, en los que el tamizaje organizado ha demostrado impacto en la mortalidad.

En el país persisten brechas de cobertura y desigualdades territoriales en el acceso a pruebas de pesquisa. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), solo el 21,7% de mujeres de 40 a 69 años reportó haberse realizado examen clínico de mama en los últimos 12 meses, indicador que pone de relieve la necesidad de

organizar mejor la oferta preventiva y fortalecer su seguimiento en poblaciones rurales y de difícil acceso.

A ello se suma un vacío operativo: hoy la información de tamizajes se genera en múltiples sistemas y formatos, con heterogeneidad en calidad y oportunidad del dato, lo que dificulta la trazabilidad desde el tamizaje hasta la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento. El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC Perú/MINSA) ha iniciado el despliegue de tableros para la vigilancia oncológica; sin embargo, para orientar de manera eficaz las decisiones sanitarias se requiere un registro nominal, interoperable y obligatorio que estandarice el conjunto mínimo de datos y consolide el reporte de establecimientos públicos y privados.

La creación del Registro Nacional de Tamizaje Oncológico (RENTO) —mediante la incorporación del artículo 10-A a la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer— permitirá articular la información de tamizaje con el registro nacional de pacientes con cáncer y la vigilancia epidemiológica ya previstas en el artículo 10 de dicha ley. Así se asegurará la trazabilidad clínica desde la pesquisa hasta el tratamiento y los resultados, se contará con indicadores comparables de cobertura y oportunidad en todo el territorio, y se podrán focalizar intervenciones allí donde las brechas sean mayores.

La evidencia internacional respalda esta ruta. Países que han organizado sus programas de pesquisa apoyándose en registros nacionales han mejorado la cobertura y la oportunidad diagnóstica. Un referente es Australia, cuyo National Cancer Screening Register (NCSR) opera como un registro único electrónico por persona, integra los programas poblacionales (cérvix, colorrectal y pulmón), registra y reporta resultados, envía invitaciones y recordatorios a la población elegible y se integra con el software clínico y portales para profesionales y participantes, lo que fortalece la detección temprana y el seguimiento oportuno de casos (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2023; National Cancer Screening Register). Estas funcionalidades son replicables en el Perú preservando la seguridad y confidencialidad de los datos personales, tal como demuestran las políticas y marcos de privacidad del NCSR (National Cancer Screening Register,

2025; 2024). En el plano nacional, la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, ya prevé la vigilancia epidemiológica y el registro nacional de pacientes con cáncer (artículo 10); la creación del Registro Nacional de Tamizaje Oncológico (artículo 10-A) se articula con dicho marco y lo potencia.

Además del impacto sanitario, el RENTO contribuirá a la sostenibilidad financiera del sistema: al aumentar la pesquisa oportuna y mejorar la trazabilidad, se favorecerá el desplazamiento de diagnósticos hacia etapas tempranas, con mejor pronóstico y menores costos terapéuticos, reduciendo la presión sobre los servicios de alta complejidad y el gasto de bolsillo de las familias. La propuesta normativa es, además, fiscalmente neutral, pues su implementación se efectúa con presupuestos institucionales y los detalles operativos y presupuestarios se precisan en el Reglamento, en el marco del Sistema Nacional de Presupuesto.

En suma, el Registro Nacional de Tamizaje Oncológico llenará un vacío crítico en la lucha contra el cáncer en el Perú: centralizará información hoy dispersa, permitirá monitorear cobertura, calidad y oportunidad, focalizar recursos donde más se necesitan y evaluar el impacto de la prevención secundaria. Con ello, el Estado contará con una herramienta esencial para reducir la mortalidad por cáncer, cerrar desigualdades y cumplir los objetivos sanitarios nacionales e internacionales en materia de control del cáncer.

II. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

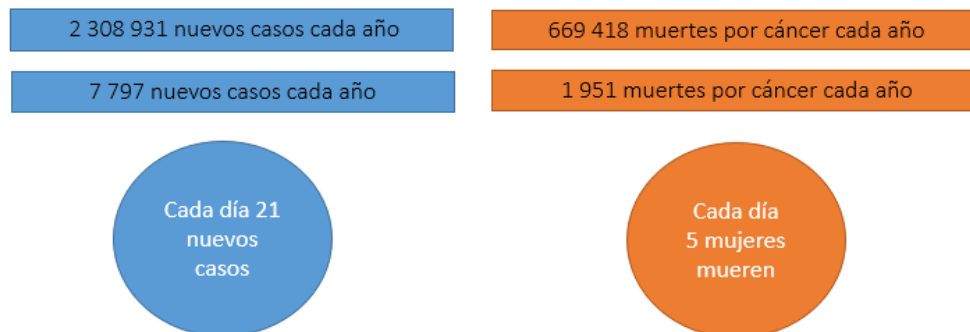
El cáncer constituye hoy una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Perú y demanda instrumentos de gestión que aseguren detección temprana y oportunidad diagnóstica. Conforme al Observatorio Global del Cáncer de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC)/Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en 2022 el país registró 72 827 casos nuevos y 35 934 muertes por cáncer. En varones, el cáncer de próstata lidera la incidencia, seguido de estómago y colorrectal; en mujeres, predominan mama y cuello uterino, además de estómago y colorrectal. Estos datos dimensionan la carga actual y justifican fortalecer la prevención secundaria con tamizajes organizados y trazables.

¹ International Agency for Research on Cancer (IARC)/World Health Organization (WHO). (2024). *Peru — Cancer fact sheet (GLOBOCAN 2022, v1.1)*.

Como se observa en la Figura 1, el cáncer de mama ilustra la magnitud del problema: a nivel global y nacional mantiene un peso epidemiológico elevado; en el Perú se estimaron 7 797 casos nuevos en 2022. La visibilización de incidencia y mortalidad permite priorizar recursos y metas para detección oportuna.

Figura 1. Incidencia y mortalidad por cáncer de mama: Mundo y Perú

INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN EL PERÚ Y EL MUNDO



Fuente: IARC Reporte de Estadísticas Globales de Cáncer. Globocan 2022

En paralelo, las tendencias regionales exigen acelerar la respuesta: la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)² proyecta que los nuevos casos de cáncer en las Américas aumentarán ~60% hacia 2045 si no se intensifican las acciones de prevención y detección temprana. El Perú no es ajeno a esta trayectoria demográfica y epidemiológica, por lo que urge organizar la oferta de tamizaje y su trazabilidad clínica.

Un factor crítico es la detección tardía. La OMS³ ha señalado que diagnosticar temprano salva vidas y reduce costos: identificar el cáncer en estadios iniciales habilita terapias menos complejas y más costo-efectivas; por el contrario, el retraso diagnóstico disminuye la probabilidad de supervivencia y encarece la atención. Este

² Pan American Health Organization (PAHO/WHO). (2024). *Cancer*.

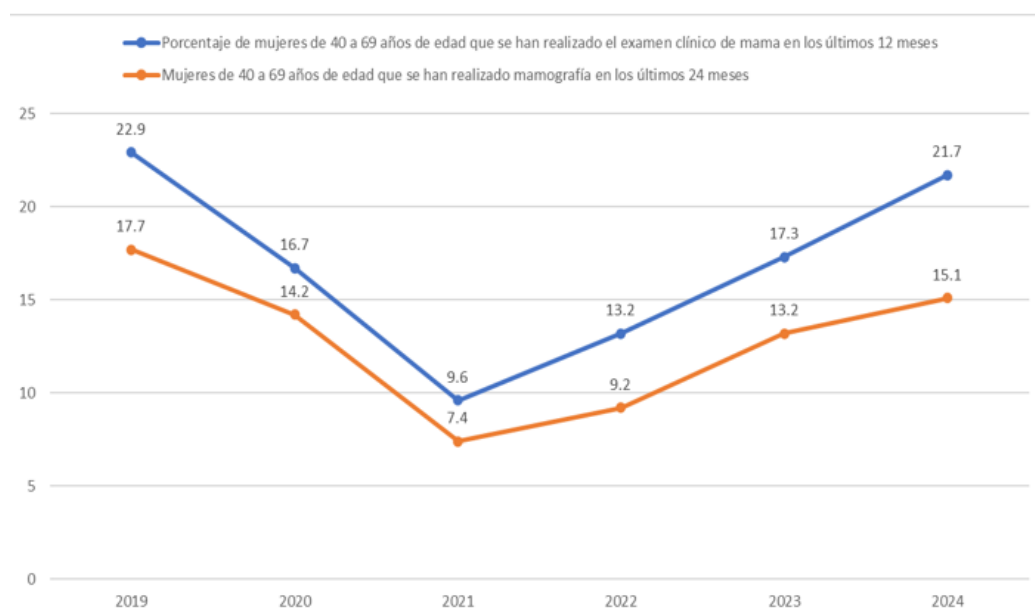
³ World Health Organization (WHO). (2017). El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos del tratamiento.

principio es especialmente relevante en mama, cuello uterino y colorrectal, neoplasias con estrategias de tamizaje poblacional probadas.

A ello se suman brechas de cobertura y desigualdades territoriales. Como se muestra en la Figura 2, los indicadores de pesquisa en cáncer de mama (p. ej., examen clínico/mamografía en mujeres objetivo)⁴ exhiben coberturas bajas y heterogéneas entre 2018 y 2024, lo que evidencia la necesidad de un sistema que monitoree, alerte y cierre brechas de manera focalizada —con énfasis en zonas rurales y de difícil acceso—.

Figura 2. Cobertura de pesquisa en cáncer de mama (indicadores ENDES), Perú 2018–2024

Indicadores de desempeño del tamizaje de cáncer de mama



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES).

Actualmente, los datos de tamizaje se generan en múltiples sistemas y formatos, con variabilidad en calidad y oportunidad, lo que impide la trazabilidad desde el tamizaje hasta la confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento, y dificulta medir con precisión la oportunidad y calidad de los procesos. El país cuenta con el marco

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2025). *El 21,7% de las mujeres de 40 a 69 se realizó examen de mama (ENDES 2024)*.

para interoperabilidad —Resolución Ministerial 464-2019/MINSA⁵ que aprueba la Directiva Administrativa N.º 266-MINSA/2019/OGTI— y con el Reglamento de la Ley 31336 aprobado por Decreto Supremo 004-2022-SA, que orientan la integración y uso de información clínica⁶. Corresponde ahora operativizar ese marco en el componente preventivo oncológico mediante un registro nominal, interoperable y de reporte obligatorio para establecimientos públicos y privados.

En ese contexto, la creación del Registro Nacional de Tamizaje Oncológico (RENTO) —incorporado como artículo 10-A de la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer— permitirá articular la información de tamizaje con la vigilancia epidemiológica y el registro nacional de pacientes con cáncer ya previstos en el artículo 10; estandarizar el conjunto mínimo de datos; asegurar interoperabilidad con los sistemas sectoriales; y disponer de indicadores comparables de cobertura, calidad y oportunidad a nivel nacional, habilitando alertas de seguimiento desde un resultado anormal hasta el tratamiento oportuno.

La evidencia internacional respalda esta ruta. Australia opera el National Cancer Screening Register (NCSR)⁷, un registro único electrónico que registra y reporta resultados, envía invitaciones y recordatorios a la población elegible e interopera con software clínico y portales para profesionales y participantes, fortaleciendo la detección temprana y el seguimiento. Estas funcionalidades —convocatoria, recordatorios, interoperabilidad y paneles— son replicables en el Perú, preservando la seguridad y confidencialidad de los datos personales y alineadas al marco de interoperabilidad del MINSA.

III. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La vigencia de la ley que incorpora el artículo 10-A a la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer producirá efectos positivos y complementarios sobre el ordenamiento sanitario vigente, sin generar conflictos de competencia ni contravenir la neutralidad fiscal. En el plano normativo-institucional, el nuevo artículo 10-A crea el Registro

⁵ Ministerio de Salud (MINSA). (2019). *RM N.º 464-2019/MINSA: Directiva de interoperabilidad de los sistemas de información asistenciales*.

⁶ CDC Perú/MINSA. (2024). *Sala situacional de cáncer, SE 24* (presentación).

⁷ Australian Government Department of Health and Aged Care. (2023). *National Cancer Screening Register*.

Nacional de Tamizaje Oncológico (RENTO) y lo articula explícitamente con la vigilancia epidemiológica y con el registro nacional de pacientes con cáncer ya previsto en el artículo 10 de la Ley 31336. De este modo, la norma no deroga ni altera regímenes existentes, sino que los integra y operacionaliza para el componente de tamizaje, cerrando la brecha entre la pesquisa (detección) y la confirmación diagnóstica/tratamiento bajo un mismo continuo de trazabilidad.

En cuanto a armonización reglamentaria, la ley se ejecuta dentro del Reglamento de la Ley 31336 (D.S. N.° 004-2022-SA) y lo complementa: el Reglamento ya define la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA) y los roles del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y la Red Oncológica; el RENTO añade un módulo funcional para datos de tamizaje, con indicadores de cobertura, oportunidad y calidad y con interoperabilidad con los sistemas sectoriales (HIS, vigilancia, IAFAS/SUSALUD, RENIEC), en línea con lo previsto por el propio Reglamento.

La norma respeta la protección de datos personales (Ley 29733): el tratamiento de datos en el RENTO se sujeta a confidencialidad, seguridad y anonimización para fines estadísticos, tal como exige la legislación vigente y las directivas de seguridad emitidas por la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales. Esto asegura que la ampliación de la capacidad de registro no vulnere derechos fundamentales ni prácticas de gobernanza de datos en salud.

Desde la perspectiva de aseguramiento en salud, la obligación de reporte para establecimientos públicos y privados (IPRESS) y la interacción con las IAFAS y con la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) se encuadran en la Ley N.° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su TUO, que reconocen funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del sistema; el RENTO provee insumos objetivos para la supervisión de estándares (oportunidad y continuidad diagnóstica) y para la gestión del riesgo sanitario por parte de los aseguradores públicos y privados.

En el plano tecnológico y de gobierno de datos, la norma se alinea con la Directiva de Interoperabilidad de los Sistemas de Información Asistenciales (R.M. N.° 464-2019/MINSA), que exige información confiable, consistente y oportuna y define

lineamientos técnicos para el intercambio seguro de datos clínicos. El RENTO operará como repositorio nominal interoperable, estandarizando un conjunto mínimo de datos y reduciendo duplicidades, lo que facilita el seguimiento longitudinal de pacientes (del tamizaje al tratamiento) y fortalece la rendición de cuentas con datos abiertos y anonimizados.

En términos sanitarios, la principal consecuencia será la mejora en la eficiencia diagnóstica y en la oportunidad: disponer de un registro nominal y obligatorio permite identificar tempranamente a las personas con resultados anormales, activar referencias y monitorizar tiempos hasta confirmación e inicio de terapia. La OMS sostiene que el diagnóstico temprano salva vidas y reduce costos, porque desplaza casos hacia etapas tratables con intervenciones menos complejas y más costo-efectivas. El RENTO crea las condiciones para medir y gestionar ese desplazamiento (porcentaje de casos en estadio I–II, tiempos puerta-a-tratamiento, pérdida de seguimiento).

En el ámbito social, la norma reduce desigualdades internas: con tableros interoperables se podrán mapear brechas de cobertura de pesquisa por región, ámbito urbano–rural, edad y sexo, priorizando campañas móviles en territorios con menor acceso. Ello es coherente con las alertas de OPS/OMS sobre el incremento proyectado de la carga oncológica en las Américas ($\approx +60\%$ hacia 2045) y con la necesidad de reforzar prevención y tamizaje para no profundizar inequidades en mortalidad por cáncer.

En el componente económico-presupuestario, el RENTO no crea gasto: su implementación se financia con presupuestos institucionales, y los detalles operativos se precisan en el Reglamento (neutralidad fiscal). Aun así, su efecto esperado es desinflacionario del gasto asistencial oncológico: al aumentar la pesquisa oportuna y acortar tiempos a diagnóstico, se reduce el peso de estadios avanzados, donde los tratamientos son más prolongados, intensivos y costosos (hospitalizaciones, cirugías complejas, radio/quimioterapia de alta complejidad). La OMS documenta que el tratamiento en fases iniciales es sustancialmente menos costoso que en fases avanzadas y que el diagnóstico temprano disminuye el impacto financiero para los sistemas y las familias.

Finalmente, en coherencia comparada, la ley facilita adoptar buenas prácticas internacionales. Experiencias como el National Cancer Screening Register (NCSR) de Australia —registro único electrónico que invita/recuerda a la población elegible, registra y reporta resultados e interopera con software clínico y portales— muestran que los registros nacionales de tamizaje mejoran cobertura y seguimiento. Estas funcionalidades son adaptables al Perú bajo el paraguas de interoperabilidad del MINSA y el cumplimiento estricto de la Ley de Protección de Datos Personales.

En suma, la vigencia de la norma ordena y potencia la legislación existente: complementa la Ley 31336 y su Reglamento, respeta la Ley 29733, provee insumos al aseguramiento universal (Ley 29344) y operacionaliza la interoperabilidad sanitaria (R.M. 464-2019/MINSA). En paralelo, genera beneficios clínicos y sociales (más diagnósticos tempranos, menos pérdidas de seguimiento, menor inequidad territorial) y ganancias de eficiencia para la sostenibilidad del sistema, todo ello sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

IV. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

1) Problema identificado

El Perú enfrenta una alta proporción de diagnósticos tardíos, baja cobertura de pesquisa y fragmentación de la información de tamizajes. En cáncer de mama, entre los casos con estadio consignado, 48,6% se diagnostican en estadios III–IV y solo 4,3% se capta in situ, reflejando detección tardía y peor pronóstico (CDC Perú/MINSA, 2024).

En prevención, la cobertura es insuficiente: 21,7% de mujeres de 40–69 años reportó examen clínico de mama en los últimos 12 meses (INEI, 2025). Además, los datos de tamizaje se producen en múltiples sistemas con estándares heterogéneos, lo que impide la trazabilidad desde la pesquisa hasta la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento; si bien existe un marco para la interoperabilidad (R.M. N.º 464-2019/MINSA) y un Reglamento específico para la Ley 31336 (D.S. N.º 004-2022-SA), este no está plenamente operativizado para el componente de tamizaje (MINSA, 2019; 2022). La evidencia internacional indica que el diagnóstico temprano salva

vidas y reduce costos; sin acciones, la carga regional de cáncer podría aumentar ~60% hacia 2045.

2) Sujetos involucrados en el problema

Población objetivo de los programas de tamizaje y sus familias, con énfasis en ámbitos rurales y vulnerables.

- MINSA y CDC Perú (rectoría, vigilancia y tableros), INEN e IREN (dirección técnica oncológica).
- SUSALUD, IAFAS públicas y privadas (p. ej., SIS) e IPRESS públicas/privadas (reporte, continuidad asistencial).
- Gobiernos regionales (DIRESA/GERESA) e instituciones de soporte como RENIEC (validación de identidad/interoperabilidad).
- Academia y sociedades científicas (alineamiento de guías) y proveedores tecnológicos (integraciones).

3) Objetivos del Proyecto de Ley

Objetivo general

Crear el Registro Nacional de Tamizaje Oncológico (RENTO) (art. 10-A de la Ley 31336) articulado con la vigilancia epidemiológica y el registro nacional de pacientes con cáncer (art. 10), para trazar el continuo tamizaje–diagnóstico–tratamiento, incrementar la cobertura, reducir los tiempos críticos y mejorar la calidad del dato (MINSA, 2022).

Objetivos específicos

1. Estandarizar un conjunto mínimo de datos (CMD) y lograr interoperabilidad con HIS/vigilancia/INEN/IREN/IAFAS/SUSALUD/RENIEC (MINSA, 2019; 2022).
2. Aumentar la cobertura de tamizaje en poblaciones objetivo y reducir la pérdida de seguimiento posterior a resultados anormales (INEI, 2025).
3. Disminuir los intervalos: tamizaje→confirmación y confirmación→inicio de tratamiento (WHO, 2017).
4. Desplazar la distribución por estadio hacia I–II (p. ej., +10–15 p.p. a 36 meses) (CDC Perú/MINSA, 2024).
5. Publicar tableros con datos agregados y anonimizados para transparencia y gestión de brechas (MINSA, 2022; Ley 29733).

4) Alternativas de solución del problema

- Persisten fragmentación, sub-reporte y diagnósticos tardíos; implica alto costo sanitario futuro y ausencia de trazabilidad (CDC Perú/MINSA, 2024; PAHO, 2024).
- Mejoras parciales y no sostenibles; sin medición consistente de oportunidad/calidad.
- Menor resistencia inicial, pero sesgo de selección y brecha público–privado; escasa utilidad para control poblacional.
- Neutralidad fiscal (presupuestos institucionales conforme al D. Leg. 1440), máxima efectividad para cobertura, oportunidad y equidad; habilita auditoría y mejora continua (MEF, 2018; MINSA, 2022; WHO, 2017; OECD, 2024).
- Efectividad sanitaria, equidad territorial, trazabilidad, tiempo de implementación, riesgo regulatorio, neutralidad fiscal y alineamiento con interoperabilidad/privacidad.

5) Indicadores vinculados a objetivos y alternativas

- Cobertura de tamizaje por programa y grupo etario objetivo. *Línea base referencial:* examen clínico de mama 21,7% (mujeres 40–69). *Meta reglamentaria sugerida:* +10 p.p. a 24 meses (INEI, 2025).
- Oportunidad diagnóstica: mediana de días tamizaje→confirmación y confirmación→inicio. *Meta:* –30% a 24 meses (WHO, 2017).
- Continuidad asistencial: pérdida de seguimiento $\leq 10\%$ a 12 meses tras resultado anormal.
- Distribución por estadio: +10–15 p.p. en I–II a 36 meses (CDC Perú/MINSA, 2024).
- Calidad del dato: $\geq 95\%$ de reportes dentro de plazo con CMD completo; $\geq 99\%$ vinculación unívoca de identidad (RENIEC).
- Interoperabilidad: % de IPRESS/IAFAS integradas y uptime del servicio $\geq 99,5\%$.
- Eficiencia económica: reducción del uso de terapias de alta complejidad y de estadios avanzados (Park et al., 2022; OECD, 2024).

Matriz 1. Consideraciones previas a la aplicación del análisis costo–beneficio

Problema identificado	Sujetos involucrados	Objetivos del proyecto de ley	Alternativas de solución	Indicadores
• Alta proporción de diagnósticos en estadios avanzados (III–IV) en neoplasias prioritizadas (mama, cuello uterino, colorrectal, próstata). • Cobertura de tamizaje baja y heterogénea por territorio y aseguramiento. • Fragmentación de datos; ausencia de trazabilidad tamizaje → diagnóstico → inicio de tratamiento. • Pérdida de seguimiento de casos con resultado anormal. • Limitada transparencia y uso oportuno de información para cerrar brechas.	• MINSA y CDC Perú (rectoría y vigilancia). • INEN e IREN (dirección técnica oncológica). • SUSALUD, IAFAS (p. ej., SIS, EPS), e IPRESS públicas/privadas. • Gobiernos regionales (DIRESA/GERESA). • RENIEC (validación de identidad/interoperabilidad). • Academia, sociedades científicas y proveedores TI.	Objetivo general: Crear el Registro Nacional de Tamizaje Oncológico (RENTO) (art. 10-A de la Ley 31336) articulado con el art. 10 (vigilancia y registro de pacientes), para trazar el continuo tamizaje–diagnóstico–tratamiento, aumentar cobertura, reducir tiempos y mejorar calidad del dato a nivel nacional. Objetivos específicos: 1) Estandarizar el CMD y lograr interoperabilidad con HIS/vigilancia/INEN-IREN/IAFAS-SUSALUD/RENIEC. 2) Incrementar la cobertura de tamizaje en grupos objetivo. 3) Disminuir los intervalos tamizaje→ confirmación y confirmación→ inicio de tratamiento. 4) Reducir la pérdida	1) Status quo (sin cambios). 2) Lineamientos/campañas sin registro nominal (mejoras parciales, no sostenibles). 3) Registro sectorial voluntario (no interoperable; sesgo público–privado). 4) RENTO nacional obligatorio e interoperable (propuesta).	• Cobertura de tamizaje por programa/grupo etario y territorio. • Oportunidad: mediana de días tamizaje→ confirmación y confirmación→ inicio. • Continuidad: % pérdida de seguimiento a 12 meses tras resultado anormal. • Estadios: % de casos confirmados en I–II. • Calidad del dato: % reportes en plazo y con CMD completo; % vinculación unívoca con RENIEC. • Interoperabilidad: % IPRESS/IAFAS integradas ≥99,5%. • Transparencia: publicación trimestral de tableros. • Eficiencia (proxy): ↓ uso de

		de seguimiento tras resultado anormal. 5) Desplazar la distribución por estadio hacia I–II. 6) Publicar tableros con datos agregados y anonimizados para gestión y rendición de cuentas.		terapias de alta complejidad y proporción de estadios avanzados.
--	--	--	--	--

Matriz 2. Evaluación del impacto de las alternativas de solución

Alternativa	Sujetos involucrados	Monetario – Beneficios	No monetario – Costos	No monetario – Beneficios
1. Status quo (sin cambios)	Usuarios; IPRESS/IAFAS; MINSA/INEN/IREN; Gob. regionales	—	Mayor mortalidad y discapacidad; pérdida de seguimiento; inequidad territorial; baja transparencia	—
2. Lineamientos/ campañas sin registro nominal	Usuarios; IPRESS/IAFAS; MINSA/DIRESA/GERESA	Incremento marginal de detecciones	Continuidad débil; datos dispersos; difícil evaluar oportunidad/calidad	Mayor sensibilización y educación sanitaria puntual
3. Registro sectorial voluntario (no interoperable)	Usuarios en establecimientos “adheridos”; IPRESS/IAFAS parciales; MINSA/INEN	Eficiencias internas en adheridos; datos incompletos para gestión	Fragmentación; sesgo público–privado; baja comparabilidad	Aprendizajes piloto; base para escalar
4. RENTO nacional obligatorio e interoperable (propuesta)	Usuarios; IPRESS/ IAFAS; MINSA/ INEN/ IREN; SUSALUD; Gob. regionales; RENIEC	Menos duplicidades; diagnóstico más temprano → menor costo global; mejor asignación de recursos	Gestión del cambio y ajustes operativos iniciales	Mayor supervivencia y oportunidad; trazabilidad y equidad territorial; transparencia y rendición de cuentas; planeamiento basado en evidencia

La implementación del Registro Nacional de Tamizajes Oncológicos representa una inversión estratégica en la salud pública, que no solo fortalecerá la infraestructura del sistema de salud, sino que también mejorará de manera significativa la eficiencia y efectividad de la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer. A continuación, se presentan los costos y beneficios de la propuesta, que permiten evaluar su viabilidad económica, social y sanitaria.

Al respecto, se puede afirmar lo siguiente:

Cuadro 1.- Análisis Costo – Beneficio

Costos	- La presente iniciativa no genera obligaciones de gasto público adicionales ni requiere la creación de nuevas partidas presupuestarias. La implementación del Registro Nacional de Tamizajes Oncológicos se llevará a cabo dentro de las competencias regulares de las entidades responsables, como el Ministerio de Salud (MINSA), el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Los recursos necesarios para su funcionamiento, como la actualización de sistemas informáticos, el personal encargado de la supervisión y el mantenimiento de la plataforma, serán absorbidos dentro de los presupuestos operativos de estas instituciones, sin comprometer recursos adicionales del erario público. - Si bien la implementación del sistema requerirá algunos ajustes operativos y administrativos, como la capacitación del personal y la actualización de los sistemas informáticos existentes, estos costos son mínimos y transitorios. Las modificaciones necesarias en la infraestructura actual podrán ser absorbidas sin generar un impacto negativo en las finanzas públicas. Además, la integración del registro con los sistemas de salud existentes garantizará una distribución eficiente de los recursos, aprovechando la infraestructura ya disponible. - La creación del registro implicará esfuerzos de coordinación interinstitucional entre distintas entidades públicas y privadas, lo cual puede generar un coste de tiempo y esfuerzo adicional para la integración de los sistemas de información existentes. Sin embargo, la optimización de recursos y la mejor distribución de la carga de trabajo permitirán que estos costos operativos sean asumidos por las entidades involucradas, sin necesidad de un presupuesto adicional significativo.
---------------	---

Beneficios	- Los beneficios sanitarios de la ley son considerables, ya que la detección temprana de cáncer reduce las tasas de mortalidad en hasta un 40% (Organización Mundial de la Salud, 2023). La creación de un sistema centralizado y de fácil acceso para registrar y hacer seguimiento de los tamizajes permitirá identificar rápidamente a las personas en riesgo y garantizar que reciban el tratamiento adecuado en las primeras etapas de la enfermedad. Esto no solo salva vidas, sino que también reduce la presión sobre los hospitales y centros de salud al evitar la sobrecarga de pacientes en etapas avanzadas, lo que mejora la calidad general de la atención. - Uno de los beneficios más destacados de la detección temprana es la reducción de los costos asociados al tratamiento. Los tratamientos para cáncer en etapas avanzadas son considerablemente más costosos que aquellos iniciados en etapas tempranas. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los tratamientos en fases avanzadas requieren una mayor intervención médica, como cirugías complejas, quimioterapia prolongada, y hospitalizaciones extensas (OPS, 2023). La detección precoz no solo mejora los resultados de salud, sino que también contribuye a disminuir los costos operativos, tanto para los pacientes como para los sistemas de salud. - La implementación del registro tendrá un impacto significativo en la equidad en salud, ya que proporcionará acceso equitativo a los servicios de detección temprana del cáncer en todas las regiones del país, incluyendo zonas rurales y poblaciones vulnerables. Actualmente, muchas de estas zonas carecen de acceso adecuado a los programas de tamizaje y tratamiento oncológico, lo que genera disparidades significativas en la mortalidad y morbilidad por cáncer. La creación del Registro Nacional de Tamizajes Oncológicos permitirá una distribución más equitativa de los recursos y garantizará que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de
--------------------------	--

	calidad, independientemente de su ubicación geográfica o nivel socioeconómico. - La implementación de este registro también contribuirá a fortalecer la infraestructura de salud pública en el país. A través de la capacitación del personal de salud en el uso del sistema de tamizajes y el seguimiento de los pacientes, el registro no solo mejora la eficiencia del sistema, sino que también mejora las capacidades técnicas de los profesionales de salud. Esto contribuirá a un sistema sanitario más eficiente, que puede responder con mayor agilidad a los desafíos sanitarios, especialmente a aquellos relacionados con el cáncer. - Desde un punto de vista social, la ley promoverá una cultura de prevención y autocuidado, en la que los ciudadanos participen activamente en la detección precoz de enfermedades oncológicas. Esto no solo mejorará la salud de la población, sino que también fortalecerá el sentimiento de pertenencia y cohesión social, ya que todos los ciudadanos, especialmente los más vulnerables, tendrán igual acceso a los servicios de salud, reduciendo así las desigualdades sociales.
--	--

V. VINCULACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA

La presente iniciativa legislativa se encuentra plenamente alineada con las prioridades de la Política Nacional de Salud, cuyo objetivo central es garantizar la cobertura universal en salud y mejorar la calidad de la atención sanitaria en el país. En particular, el Registro Nacional de Tamizajes Oncológicos contribuye a la política de prevención y detección temprana del cáncer, como lo establece el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2024), que busca reducir las tasas de mortalidad mediante la detección precoz. Esta ley también responde a los lineamientos establecidos por la Ley 31336, Ley Nacional de Cáncer, que promueve políticas integrales para la atención de los pacientes oncológicos, fortaleciendo los esfuerzos del Estado para asegurar un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud (INEN, 2024).

El registro responde a la necesidad de una gestión centralizada de los datos sobre los tamizajes realizados, lo que facilitará una distribución más equitativa de los recursos y permitirá a las autoridades de salud garantizar la cobertura de los programas en todo el país, especialmente en zonas rurales y vulnerables (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). De este modo, la ley refuerza los esfuerzos del Estado para garantizar el acceso universal a los servicios de salud de calidad.

Este proyecto también se vincula directamente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular con el ODS 3: Salud y Bienestar, que promueve la prevención, detección temprana y tratamiento adecuado del cáncer (Naciones Unidas, 2023), y con el ODS 10: Reducción de las Desigualdades, garantizando que todas las personas, sin importar su ubicación o condición socioeconómica, tengan acceso a los servicios de salud de calidad. Además, la ley contribuye a alcanzar una sociedad más justa y saludable.

Finalmente, la ley responde a la necesidad de una descentralización efectiva de los servicios de salud, alineándose con los principios de equidad, inclusión y justicia social. Este enfoque contribuirá a un Perú más saludable y equitativo, con un sistema de salud más preparado para enfrentar los desafíos sanitarios del futuro, de manera inclusiva y eficiente.

VI. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La creación del Registro Nacional de Tamizajes Oncológicos es una medida clave para enfrentar la creciente carga del cáncer en el Perú. Este registro no solo fortalecerá los mecanismos de detección temprana y tratamiento oportuno, sino que también mejorará la capacidad de respuesta del sistema de salud ante esta grave problemática de salud pública. Este proyecto se alinea directamente con los objetivos estratégicos del Estado, establecidos en el Acuerdo Nacional, especialmente con el Objetivo 13: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, al garantizar que todos los ciudadanos, especialmente los más vulnerables, puedan acceder a los tamizajes oncológicos, sin importar su ubicación geográfica o nivel socioeconómico.

El Objetivo 3 del Acuerdo Nacional: Promoción de la salud pública, también se ve fortalecido con la creación del registro, que fomenta una cultura de prevención y una mayor conciencia pública sobre la importancia de la detección temprana del cáncer. Este sistema permitirá no solo la prevención sino también una mejor distribución de los recursos de salud, lo que optimiza la respuesta ante la creciente carga del cáncer (Ministerio de Salud del Perú, 2024).

Además, el registro contribuirá a la descentralización de la atención sanitaria, un principio clave del Objetivo 29 del Acuerdo Nacional: Descentralización política, económica y administrativa, al asegurar que las regiones más alejadas del país cuenten con las mismas oportunidades para la detección temprana y el tratamiento adecuado del cáncer. Esto contribuirá a reducir la brecha de inequidad en el acceso a los servicios de salud y garantizará que todas las personas, sin importar su ubicación, tengan acceso a una atención de calidad.

La implementación de esta ley también apoyará la descentralización administrativa y política, fortaleciendo el papel de los gobiernos regionales y locales en la gestión de la salud pública, en línea con el Objetivo 29: Descentralización política, económica y administrativa. Este enfoque permitirá una gestión más eficiente y coordinada entre el Estado, las autoridades locales y las instituciones del sector salud, garantizando que los recursos sean distribuidos de manera más equitativa y eficaz.

En conjunto, el Registro Nacional de Tamizajes Oncológicos contribuirá a la materialización de principios fundamentales del Acuerdo Nacional, como la equidad, la inclusión, la descentralización y el desarrollo sostenible, reafirmando su coherencia con el marco de gobernabilidad democrática vigente en el Perú.

De lo expuesto, con el RENTO, el Congreso transforma la prevención oncológica en una garantía concreta y verificable. Deja de ser una declaración de buenas intenciones para convertirse en un sistema público que no deja a nadie atrás: cada tamizaje tendrá nombre y trazabilidad, cada resultado anormal activará un camino claro hasta el diagnóstico y el tratamiento. No pedimos más al Tesoro; ordenamos lo que ya existe: unificamos estándares, conectamos plataformas y exigimos tiempos, metas y cuentas claras. Así, la información se vuelve acción, la oportunidad clínica

se mide y la desigualdad territorial se reduce con decisiones basadas en evidencia. Esta es una política que permanece más allá de los gobiernos, fortalece la rectoría del MINSA y le entrega al Parlamento una rendición de cuentas con datos a la vista del país.

Y es, sobre todo, una apuesta por un Perú más justo. El RENTO encarna la agenda de salud pública, los ODS y el Acuerdo Nacional en hechos tangibles como el acceso oportuno, descentralización efectiva y equidad real. No hay colores ni banderas en esta urgencia, sin embargo, hay vidas que pueden cambiar si el Estado llega a tiempo. Cada día sin un registro interoperable son diagnósticos tardíos que sí podemos evitar. Apostemos por una infraestructura que salva tiempo, salva recursos y salva vidas; por una reforma que une, que dignifica el servicio público y que coloca a cada persona —viva en Ayacucho, Tumbes o Lima— en el centro. Aprobar el RENTO es dar un paso responsable y valiente hacia un sistema de salud oportuno, transparente y humano.