

## LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA EL TAMIZAJE NEONATAL UNIVERSAL Y EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (DDC)

Los Congresistas de la República del Grupo Parlamentario "**ALIANZA PARA EL PROGRESO**", que suscriben, a iniciativa de **MAGALY R. RUIZ RODRIGUEZ**, en uso de las facultades que les confiere el Artículo 107° de la Constitución Política del Perú, y conforme a lo establecido en los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presentan la siguiente Iniciativa Legislativa:

### FORMULA LEGAL

#### LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA EL TAMIZAJE NEONATAL UNIVERSAL Y EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (DDC)

#### Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto declarar de interés nacional y necesidad pública el tamizaje neonatal universal, la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) en recién nacidos y lactantes. Para efectos de esta ley, la DDC engloba el espectro completo de alteraciones anatómicas de la articulación coxofemoral, incluyendo la displasia acetabular, la subluxación y la luxación.

#### Artículo 2. Declaración de interés nacional

Declárese de interés nacional y necesidad pública la promoción, prevención y atención especializada de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC), con el fin de garantizar el desarrollo psicomotor, el bienestar integral y la prevención de discapacidades físicas permanentes en la población infantil.

#### Artículo 3. Acciones de Promoción y Fortalecimiento

El Ministerio de Salud, como ente rector y en el marco de sus competencias, coordina con los Gobiernos Regionales y el Seguro Social de Salud (EsSalud), la implementación progresiva de protocolos para el tamizaje clínico y el diagnóstico preventivo mediante técnicas de imagen, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y operativa de cada nivel de atención.

Asimismo, promueve el fortalecimiento de capacidades del personal de salud en el uso sistemático de métodos de exploración física y procedimientos diagnósticos vigentes, conforme a la evidencia científica y guías de práctica clínica actualizadas.

#### **Artículo 4. Evaluación de la normativa técnica**

El Ministerio de Salud, en el marco de sus competencias y funciones, evalúa la actualización de la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño (CRED), con el fin de optimizar los criterios de detección temprana, tamizaje universal y referencia oportuna de casos sospechosos o confirmados.

#### **Artículo 5. Financiamiento**

La implementación de lo dispuesto en la presente ley se efectúa con cargo al presupuesto institucional de los pliegos involucrados, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

## EXPOSICION DE MOTIVOS

### I. FUNDAMENTO DE LA PROPUESTA

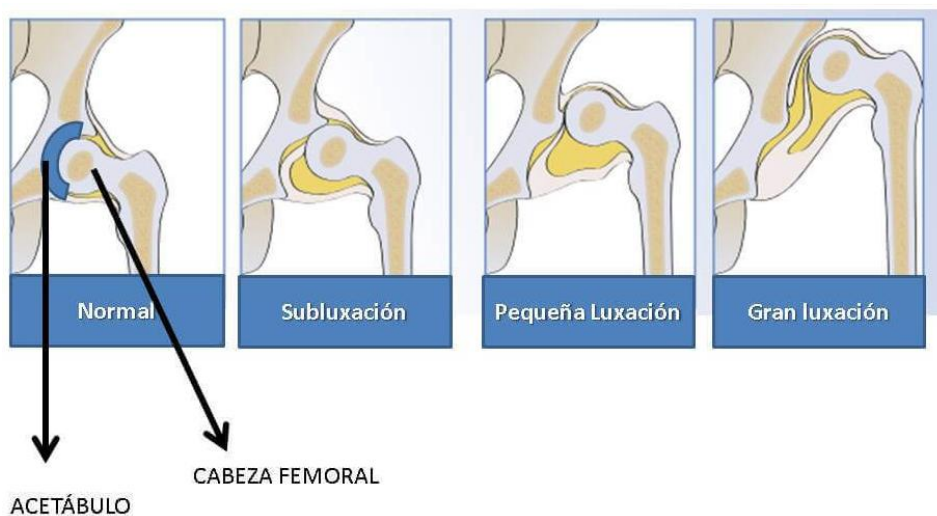
La presente iniciativa legislativa tiene como propósito fundamental colocar en la agenda pública la problemática de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (en adelante, DDC), condición que, a pesar de su alto impacto en la calidad de vida de la infancia, ha permanecido históricamente relegada de las prioridades de detección universal en el país.

#### a. Definición y Caracterización de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC):

La Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) puede ser definida como una alteración en la relación anatómica entre la cabeza del fémur y el acetábulo (cavidad de la pelvis donde se aloja el fémur). En ese sentido, como mencionan diversos autores, no se trata de una malformación aislada, sino de un espectro de anomalías dinámicas que afectan la articulación coxofemoral durante el periodo de crecimiento rápido del niño:

“(…)

*El término displasia del desarrollo de la cadera (DDC) hace referencia a un amplio espectro de alteraciones patológicas que engloba: la luxación, la subluxación y la displasia, que pueden aparecer desde el nacimiento hasta el desarrollo de la marcha. La cadera debe de reunir normalidad en la relación anatómica de la cabeza femoral y del acetábulo correctamente conformado, junto a las estructuras de que dan estabilidad dinámica a la articulación” (Abril et al. 2019, p. 177)<sup>1</sup>.*



Fuente: Traumatología Infantil Canarias

Asimismo, por su naturaleza, la DDC incluye desde formas leves de displasia, donde el acetábulo es poco profundo o inclinado (displasia acetabular), hasta formas severas donde la cabeza femoral pierde contacto parcial (subluxación) o total (luxación) con la cavidad articular.

“(…)

*La displasia [...] abarca desde la cadera inestable del recién nacido hasta la luxación de la misma, incluyendo la subluxación (contacto parcial entre la cabeza femoral y el acetábulo) y*

<sup>1</sup> Abril, J.C., Vara Patudo, I., Egea Gámez, R.M. y Montero Díaz, M. (2019). Displasia del Desarrollo de la Cadera y Trastornos Ortopédicos del recién nacido. *Pediatría Integral*, XXIII (4), pp. 176-186.

la *malformación o insuficiencia aislada del acetábulo (displasia acetabular pura)*” (Benavides y Figueroa, 2012, p. 51)<sup>2</sup>.

Considerando que se encuentra todavía en desarrollo y constante actualización, a continuación, se describe brevemente cuales son los factores que justifican la elección de este término para la formulación de la presente iniciativa.

#### b. Evolución Terminológica:

Históricamente, la DDC se denominaba “Luxación Congénita de la Cadera” (LCC), término que, si bien estaba relacionado con este espectro de patologías, se reducía a una manifestación específica. En términos generales, existen dos factores que sustentan la elección de la DDC como la etiqueta o categoría más adecuada para englobar este conjunto de anomalías dinámicas:

- 1) **Naturaleza “Del Desarrollo”:** el término “congénito” sugiere erróneamente que la condición es estática y está presente únicamente al momento del nacimiento (Isunza y López 2024, p. 540)<sup>3</sup>. En ese sentido, la DDC plantea que esta anomalía es una condición evolutiva; pues, aunque la cadera de un recién nacido se encuentre en condiciones normales, puede **desarrollar** una displasia semanas o meses después.
- 2) **Invisibilidad de la Displasia:** el término “luxación” plantea un grado determinado de este espectro de patologías, lo cual implica invisibilizar a otro tipo de displasias, como es el caso de la displasia acetabular pura, la cual es la variante más frecuente y que al no presentar una luxación física evidente, suele pasar desapercibida en exámenes clínicos rutinarios.

En este proceso de formulación de un término adecuado, la comunidad médica internacional ha elegido la DDC como el término más adecuado para categorizar un nuevo sistema de vigilancia que está presente durante el desarrollo del lactante y no se limita a un único examen al nacer. Como mencionan Musielak, Idzior y Józwiak (2015)<sup>4</sup>, contar con una definición mayoritariamente aceptada dentro de la especialidad, como es el caso de la DDC, es esencial para que los especialistas puedan realizar un diagnóstico confiable y elegir opción de tratamiento más efectiva para el paciente.

#### c. Clasificación del Espectro Patológico:

Si bien las categorías de displasia, subluxación y luxación constituyen pilares fundamentales para comprender el grado de pérdida de contacto articular, la práctica clínica contemporánea requiere de sistemas de evaluación multidimensionales que trasciendan la observación física. En ese sentido, la comunidad científica ha desarrollado diversos marcos y esquemas de clasificación que se estructuran de acuerdo a la **edad de presentación**, la **morfología acetabular** y **enfoques específicos** (Graf o Tonnis).

Como se detalla a continuación, estas herramientas no solo permiten tipificar la anomalía con un mayor grado de exactitud, sino que son determinantes para guiar intervenciones médicas de acuerdo a la condición real del paciente:

Tabla 1: Clasificación Integral de la Displasia Congénita de Cadera (DCC)		
Clasificación	Subclasificación	Características
Según la edad de presentación <sup>5</sup>	Displasia preluxante (Displasia acetabular)	Presenta un acetábulo anormalmente poco profundo. La cabeza femoral permanece en su lugar pero puede haber inestabilidad.

<sup>2</sup> Benavides, J. y Figueroa, L. (2012). Revisión de Conceptos Actuales: Displasia de la Cadera en Desarrollo. *Revista Colombiana Ortopedia y Traumatología*, 26 (1), pp. 50-60.

<sup>3</sup> Isunza, O. y López, M. (2024). Manejo actual de la displasia de cadera. ¡Lo que el pediatra debe saber! *Acta Pediátrica Mexico*, 45(5), pp. 540-544.

<sup>4</sup> Musielak, B., Idzior, M. y Józwiak, M. (2015). Evolution of the term and definition of dysplasia of the hip – a review of the literature. *Arch. Med. Sci.*, 5, pp. 1052 – 1057.

<sup>5</sup> Contextualiza cronológicamente el inicio del padecimiento.

	Luxación subluxada	La cabeza está parcialmente desplazada fuera del acetábulo. La articulación es inestable y puede desplazarse con maniobras físicas.
	Luxación completa	La cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo. La dislocación puede ser parcial (cabeza femoral aún en contacto con el acetábulo) o total (cabeza femoral fuera de contacto con el acetábulo).
Según la gravedad o sistema de Graf	Tipo I (Normal)	Tipo IA: Ángulo alfa > 60° y ángulo beta > 55°. Tipo IB: Ángulo alfa > 60° y ángulo beta ≥ 55°.
	Tipo II (Displasia Leve)	Tipo IIA: Ángulo alfa 50-59° en recién nacidos menores de 3 meses. Tipo IIB: Ángulo alfa 50-59° en lactantes mayores de 3 meses. Tipo IIC: Ángulo alfa 43 – 49°, riesgo de subluxación.
	Tipo III (Subluxación)	Tipo IIIA: Ángulo alfa < 43°, ángulo beta > 77°, pero con cobertura potencial parcial de la cabeza femoral.
	Tipo IV (Luxación)	La cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo. Ángulo alfa y beta no son evaluables debido a la luxación completa.
Clasificación Internacional de la Displasia de Cadera (ICHD)	Displasia Leve (Tipo I)	Displasia acetabular sin subluxación. Ángulo de cobertura acetabular (Índice de Wiberg) > 20°.
	Displasia Moderada (Tipo II)	Displasia acetabular con subluxación. Índice de Wiberg entre 15° y 20°.
	Displasia Severa (Tipo III)	Subluxación grave con inestabilidad índice de Wiberg < 15°.
	Luxación (Tipo IV)	Luxación completa de la cabeza femoral. Sin contacto entre el acetábulo y la cabeza femoral.
Clasificación de Tonnis	Grado 0	Cadera normal sin signos de displasia
	Grado I	Ángulo acetabular aumentado (30° - 40°). Cobertura femoral reducida, pero sin subluxación.
	Grado II	Ángulo acetabular > 40°. Subluxación de la cabeza femoral.
	Grado III	Luxación completa de la cadera.

Fuente: Panchi et al. (2024, p. 3302)<sup>6</sup>

Definitivamente, la existencia de un espectro clínico tan diverso, que engloba diferentes anomalías, algunas casi imperceptibles, evidencia que la detección temprana de la Displasia de Desarrollo de la Cadera no puede depender de revisiones superficiales ni aleatorias. Sobre todo, considerando que la complejidad técnica expresada en el cuadro previo exige precisión por parte del personal médico, así como voluntad institucional para estandarizar procesos de vigilancia que sean realmente universales.

<sup>6</sup> Panchi, J., Panchi, A., Aguilera, J., Peñafiel, M., Vanegas, C., Pino, G. y Bustamante, J. (2024). Actualización en el manejo de la displasia congénita de cadera: Artículo de revisión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, V (4), pp. 3260 – 3308.

En conclusión, de este primer apartado, la presente iniciativa busca elevar esta problemática de salud pública, que afecta a nuestros niños y niñas en una etapa tan vulnerable, para que se configure como un punto priorizado en la agenda nacional. **Solo mediante un marco normativo que garantice el tamizaje neonatal y el diagnóstico oportuno, el Estado podrá prevenir eficazmente discapacidades físicas permanentes, asegurando así el bienestar integral y el óptimo desarrollo psicomotor de la población infantil en el país.**

## II. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú
- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes
- Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional el Tamizaje Neonatal Universal
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad
- Ley N° 31975, Ley que modifica la Ley 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Norma Técnica de Salud N° 106-MINSA/DGSP-V.01: Atención Integral de Salud Neonatal.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

## III. PROBLEMÁTICA

La problemática de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) se estructura bajo una secuencia lógica que revela una patología de alta complejidad técnica y evolutiva, cuyo impacto trasciende la salud individual para convertirse en un desafío de bienestar colectivo. No se trata de una condición estática presente solo al nacer, sino de un espectro dinámico de alteraciones que, de no ser abordado con precisión y oportunidad, compromete severamente el desarrollo psicomotor del niño, la estabilidad socioafectiva y económica de su familia, así como la sostenibilidad financiera del sistema de salud del Estado.

Ante este escenario, **la declaración de interés nacional y necesidad pública se constituye como una solución estratégica necesaria para elevar la atención de la DDC a un eje fundamental de la política de salud infantil.** Esta medida busca garantizar que el Estado asuma un rol proactivo en la vigilancia del crecimiento de la población pediátrica, bajo la premisa irrefutable de que, en la lucha contra la discapacidad física permanente.

### - Epidemiología y Patogenia de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC):

La epidemiología de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) muestra una variabilidad significativa a nivel global, con reportes que oscilan entre 1 y 20 casos por cada 1,000 nacidos vivos, dependiendo de la población y los criterios diagnósticos aplicados (Morales-Lemus, 2025, p. 5)<sup>7</sup>. En el contexto peruano, la información es limitada y se encuentra fragmentada en estudios locales, lo que dificulta la consolidación de una estadística nacional unificada (Pomataylla, 2019, p. 7)<sup>8</sup>. Sin embargo, investigaciones regionales, realizadas en departamentos como Cajamarca indican que la incidencia puede variar del 0.65 al 4 por cada 1,000 recién nacidos vivos, con una prevalencia hospitalaria estimada entre el 1% y 1.5% (Malaver, 2022, p. 11)<sup>9</sup>. Esta variabilidad en las cifras sugiere que, sin un registro sistemático

<sup>7</sup> Morales Lemus, G. (2025). Caracterización clínica en pacientes con displasia del desarrollo de cadera. *Revista Científica Internacional*, 8(11), pp. 1-17.

<sup>8</sup> Pomataylla, M. (2019). Características Clínico-Epidemiológicas de Displasia del Desarrollo de Cadera en niños de 6 a 12 meses de edad, Hospital Regional del Cusco, 2015-2018. Escuela Profesional de Medicina Humano.

<sup>9</sup> Malaver, L. (2022). Características Clínicas y Hallazgos Radiológicos en pacientes menores de un año de edad con displasia del desarrollo de cadera en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2019.

y protocolos de tamizaje universales, la magnitud real de la patología en el Perú permanece subestimada (Sarango, 2019)<sup>10</sup>.

A nivel regional, la experiencia de otros países latinoamericanos refuerza la relevancia de esta problemática. Tomando como ejemplo, México, la literatura reporta una incidencia de dos a seis casos por cada 1,000 nacidos vivos, siendo la DDC uno de los diagnósticos más frecuentes en los servicios de ortopedia pediátrica (Quiroga-Vilchis, 2019, p. 51)<sup>11</sup>. Por su parte, aunque en Colombia es reconocida como una enfermedad de incidencia elevada, su documentación se encuentra relativamente limitada por la falta de tamizajes obligatorios y estandarizados (Sarmiento-Piñeros et al., 2022, p. 143)<sup>12</sup>. Estos datos coinciden en señalar un marcado predominio en el género femenino, el cual representa aproximadamente el 76% de los casos confirmados, y una mayor afectación de la cadera izquierda en comparación con la derecha.

La complejidad de la DDC radica en su naturaleza evolutiva y en los factores de riesgo que exacerbaban su incidencia, entre los cuales están: la presentación de nalgas al nacer (podálica), los antecedentes familiares, la primiparidad, entre otros (Morales-Lemus, 2025, p. 4)<sup>13</sup>. El siguiente cuadro, muestra de manera detallada, el conjunto de factores de riesgo que han sido asociados a esta patología:

Factores de Riesgo	Definición
Factores Mecánicos	Se trata de aquellos que limitan el movimiento intrauterino del feto, provocando así un mal desarrollo acetabular (como la posición fetal respecto a la columna).
Primiparidad	Los niños primogénitos se encuentran afectados con mayor frecuencia ya que la distensión uterina y de la pared abdominal de la madre primípara es menor que la de una mujer que es múltipara.
Oligohidramnios	Hace referencia a situaciones en las que el líquido amniótico presente es menor de lo necesario, aumentando el riesgo de DDC cuando se sufre esta carencia en las últimas fases de gestación.
Factores genéticos	La probabilidad de que el niño presente DDC puede deberse a la alteración de un gen dominante presente en el cromosoma 13. En términos estadísticos, existe un 6% de riesgo en familias que ya tienen un hijo afectado, un 12% si lo presenta uno de los padres y un 36% si lo padecen uno de los progenitores y
Factores Hormonales	Las hormonas no metabolizadas correctamente por el hígado, después del primer trimestre de embarazo, estimulan el útero produciendo relaxina, la cual interviene sobre el grado de laxitud capsulo ligamentosa.

<sup>10</sup> Sarango, B. (2019). Atención Oportuna a Niños < 36 meses con presunción de Displasia de Cadera en Desarrollo que acuden al Servicio de Rayos X, Policlínico Chíncha 2019. Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Administración de Servicios de Salud.

<sup>11</sup> Quiroga-Vilchis, L., González- Gómez, M. y Vanegas-García, D. (2019). Epidemiología de la Displasia del Desarrollo de Cadera en el Estado de México. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, X (2), pp. 50-59.

<sup>12</sup> Sarmiento-Piñeros, A., Muñoz-Medina, S. y Quevedo, S. (2022). Incidencia de la Displasia del Desarrollo de Cadera: Estandarizando la radiografía con un dispositivo anti rotario <<Orthohip>>. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*, 36, pp. 140-146.

<sup>13</sup> Morales Lemus, G. (2025). Caracterización Clínica en pacientes con Displasia del Desarrollo de Cadera. *Revista Científica Internacional*, 8(1), pp. 1-17.

Presentación Podálica	Situación en la que el trocánter mayor del feto está en contacto con el promontorio generando una compresión capaz de luxar la articulación.
Embarazo Múltiples	Debido a la reducción en el espacio intrauterino limitándose así los movimientos libres del feto, pudiendo conllevar un mal desarrollo de las estructuras articulares.
Anomalías Uterinas	Pueden provocar una limitación de movimiento debido a la ocupación del espacio intrauterino por el mioma.
Sexo Femenino	Debido al aumento de la laxitud presente en ligamentos y cápsula a consecuencia de las hormonas procedentes de la madre, en especial la relaxina.
Etnia Blanca	La patología está presente en la raza blanca mientras que en la raza negra, asiática y latina es casi inexistente.
Forma de la Pelvis Femenina	Menor espacio en el canal del parto puede provocar compresiones que lleven a una luxación.
Forma de envolver y transportar al niño	Mediante estos métodos se fuerza la posición de extensión de cadera y limita la abducción.

Fuente: Pérez (2016, p. 5-7)<sup>14</sup>

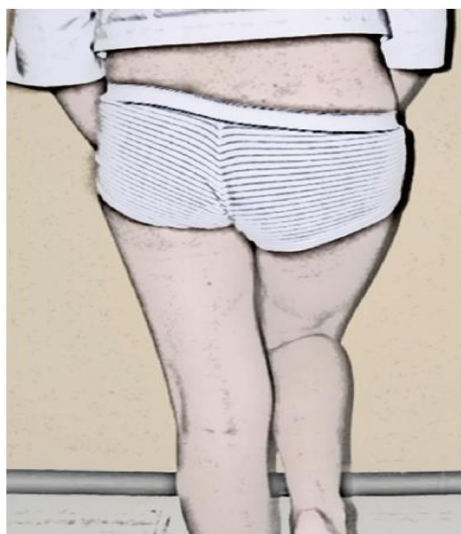
Como puede evidenciarse, existen múltiples factores o criterios que vienen siendo investigados como posibles “causas” de la DDC, aunque la comunidad académica no ha llegado todavía a un consenso. Considerando ello, es claro que, cuando se implementan programas de tamizaje universal, la incidencia informada puede elevarse drásticamente a rangos de **25 a 50 casos por cada 1,000**, lo que demuestra que muchos casos de displasia leve pasan desapercibidos bajo métodos de exploración física tradicionales (Malaver, 2022, p. 23 - 24). **Definitivamente, la invisibilización inicial de la patología subraya la necesidad de una vigilancia sistemática para evitar que el espectro patológico progrese hacia luxaciones completas que requieran intervenciones quirúrgicas complejas.**

- **Impacto en el Desarrollo Integral y Autonomía del Menor:**

La Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) representa una amenaza directa para la adquisición de los hitos del desarrollo psicomotor, afectando principalmente la transición hacia la bipedestación y la marcha independiente (Vergara-Amador y Suárez, 2013, p.82)<sup>15</sup>. Al tratarse de una patología evolutiva, la persistencia de la inestabilidad articular sin tratamiento provoca alteraciones en la biomecánica de la pelvis, lo que deriva en una marcha claudicante (cojera) y una limitación funcional, progresiva que compromete la autonomía del niño. **Estas deficiencias físicas, si no son tratadas en los primeros meses de vida, se consolidan como secuelas permanentes que dificultan la integración del menor en actividades propias para su edad, limitando su capacidad de exploración y juego.** Las cuales como son fundamentales para su integración grupal y el desarrollo de habilidades sociales que le permitan mantener buenas relaciones interpersonales.

<sup>14</sup> Pérez, M. (2016). Displasia de cadera en pacientes pediátricos; a propósito de un caso. Trabajo Fin de Grado, Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valladolid.

<sup>15</sup> Vergara-Amador, E. y Suárez, A. (2013). Conocimiento de la displasia de cadera en desarrollo en médicos pediatras. Encuesta piloto y revisión del estado actual de la enfermedad. *Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*, pp. 81-86.



Fuente: Vergara-Amador y Suárez

En el **ámbito psicosocial**, el impacto de la DDC trasciende lo estrictamente clínico para convertirse en un factor de vulnerabilidad que afecta la estabilidad emocional del niño y su entorno familiar (Harry et al. 2022)<sup>16</sup>. El acceso a tratamientos invasivos y prolongados en etapas críticas del desarrollo motor no solo supone una carga de estrés para el menor, sino que altera la dinámica de cuidado y la productividad del núcleo familiar (Theunissen et al. 2022)<sup>17</sup>. En ese sentido, la existencia de una “discapacidad evitable” representa un costo social innecesario que el Estado debe mitigar. En otras palabras, la incertidumbre y la ansiedad generadas por intervenciones quirúrgicas complejas subrayan la necesidad de una política pública orientada a proteger la salud mental y la cohesión de las familias peruanas.



Fuente: Dr. Navas, Artrosis de Cadera

Finalmente, las repercusiones de una DDC no detectada se manifiestan con mayor gravedad en la **vida adulta**, traduciéndose en una discapacidad física crónica por artrosis prematura. El desgaste acelerado de la articulación coxofemoral en etapas productivas de la vida impacta negativamente en la capacidad laboral y la calidad de vida a largo plazo. Así, **lo que inicia como una inestabilidad neonatal silenciosa, culmina en una carga de enfermedad que**

<sup>16</sup> Harry, A., Jonhston, C., Twomey, S., Wakely, L. (2022). A Survey of Parents’ and Carers’ Perceptions of Parenting a Child with Developmental Dysplasia of the Hip. *Pediatric Physical Therapy*, pp. 328-333.

<sup>17</sup> Theunissen, W., Van der Steen, M., Van Veen, M., Van Douveren, F., Witlox, M. y Tolk, J. (2022). Parental Experiences of Children with Developmental dysplasia of the Hip: A qualitative study. *BMJ Open*, 12, pp. 1-11.

**limita la productividad nacional y compromete la integridad física del ciudadano de manera reversible.**

Como puede observarse, el conjunto de impactos identificados agrupa desde una alteración considerable a la movilidad física, hasta un perjuicio grave en la socialización emocional y la estabilidad familiar. Bajo esta perspectiva, una DDC no tratada reduce las posibilidades y capacidades de desarrollo integral del niño o niña.

Dimensión del Impacto	Consecuencias de la Detección Tardía
Física y Motora	Alteración de la marcha, cojera persistente y deformidades óseas.
Funcional	Limitación de la movilidad y pérdida de autonomía en actividades diarias.
Psicosocial	Estrés por tratamientos invasivos y dificultades de integración social.
Quirúrgica	Osteoartritis prematura y necesidad de prótesis de cadera.
Permanente	Incremento del 25% en la probabilidad de cirugías complejas.

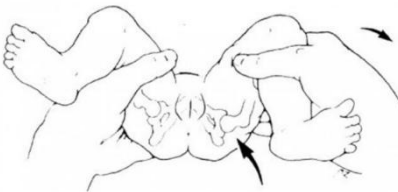
Fuente: Realización propia

**- Brecha de la Normativa actual y Alcances del tratamiento oportuno:**

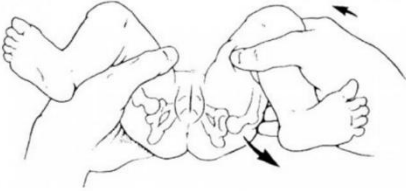
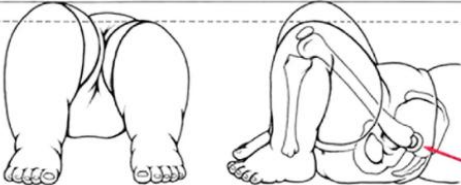
La normativa vigente en materia de control de crecimiento y desarrollo presenta vacíos técnicos y operativos que impiden una respuesta oportuna frente a la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC), generando una brecha que se materializa de la siguiente manera:

**a. Examen clínico limitado:**

La actual Norma Técnica de Salud, para el Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED)<sup>18</sup>, centra la detección en maniobras físicas (Ortolani y Barlow), sin embargo; la evidencia científica actual demuestra que estas maniobras son operador-dependientes y tiene una sensibilidad limitada para detectar displasias acetabulares puras, las cuáles no presentan luxación evidente, pero derivan en artrosis temprana. En ese sentido, la brecha radica en la falta de un protocolo que estandarice el uso de ayudas diagnósticas por imágenes (ecografías o radiografía) de manera preventiva y no solo ante la sospecha clínica tardía.

Maniobra	Objetivo	Procedimiento	Interpretación del Resultado
<b>Ortolani</b>	Detectar la DDC mediante la reducción de una cadera ya luxada.	Con el bebe decúbito supino, rodillas y caderas flexionadas, se abducen lentamente las caderas aplicando una suave presión hacia arriba. 	Es positiva si se percibe un sonido de “click” o “clunk” palpable y audible al entrar la cabeza femoral en el acetábulo.

<sup>18</sup> NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP

<b>Barlow</b>	Provocar la luxación de una cadera inestable para evaluar la laxitud articular.	En decúbito supino, se aduce suavemente la cadera mientras se aplica presión hacia abajo y hacia atrás en la rodilla. 	Es positiva si se siente la cabeza femoral se desplaza fuera del acetábulo (sensación de “clunk” o “clic”).
<b>Galeazzi</b>	Detectar diferencias en la longitud de las piernas y posibles luxaciones.	Con el bebé supino, se flexionan caderas y rodillas a 90° con los pies apoyados, alineando las rodillas para comparar sus alturas. 	Es positiva si una rodilla está notablemente más baja que la otra, indicando una posible luxación en ese lado.

Fuente: Realización propia en base a Panchi et al. (2024, p. 5-6)

**b. Mandato prioritario para el tamizaje neonatal inexistente:**

Si bien la existencia de salud contempla el control CRED hasta los 5 años (y con proyecciones de seguimiento mayores), no existe una norma con rango de ley que obligue a priorizar el tamizaje de cadera en las primeras semanas de vida. Por lo que, al no ser considerado un componente “crítico” u obligatorio del tamizaje neonatal, su implementación queda sujeta a la discrecionalidad operativa.

**c. Alto costo de la detección tardía frente a la inmediatez:**

La normativa actual permite que diversos casos, lleguen a la etapa de la marcha sin diagnóstico, lo que deriva en cirugías complejas, hospitalizaciones prolongadas y riesgo de discapacidad física permanente. De manera que, la brecha normativa actual ignora el impacto económico y social de la demora, pues como se ha señalado previamente, un diagnóstico oportuno permite tratamientos ortopédicos mínimamente invasivos (como el arnés del Pavlik), con tasas de éxito superiores y bajo costo. Asimismo, la falta de un marco de “implementación progresiva” pero obligatoria condena al Estado a asumir costos de rehabilitación mucho más altos que los de la prevención por imágenes.

En conclusión, la brecha normativa no es solo la falta de equipos, sino la ausencia de un mandato legal que catalogue el tamizaje de cadera como una prioridad de salud pública. **Es decir, una implementación progresiva de este enfoque está encaminado a dar viabilidad a este nuevo modelo preventivo, universal y tecnológico que tenga como fin disminuir las cifras de discapacidad infantil asociadas a la DDC y propiciar operativamente el desarrollo integral de niños y niñas.** El fin último es mitigar el impacto de la DDC, transformado el tamizaje y evaluación oportuna en un motor de bienestar social.

#### IV. EFECTO DE VIGENCIA DE LA NORMA

La presente iniciativa es plenamente coherente con el ordenamiento jurídico nacional, toda vez que se enmarca en el mandato constitucional de protección de la salud y el interés superior del niño. En ese sentido y como se señala a continuación, su implementación no contraviene ni deroga disposiciones legales vigentes, sino que busca complementar y fortalecer el marco

normativo actual a fin de garantizar la operatividad de la detección temprana de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC).

- **Constitución Política del Perú:** La propuesta legislativa se sustenta principalmente en los artículos 4° y 7° que establecen el deber del Estado a proteger la salud del niño como un miembro de la comunidad. En un contexto donde la DDC puede ser detectada a tiempo, realizar un tamizaje universal materializa el derecho fundamental a la integridad física y el desarrollo biopsicosocial que le corresponde a este grupo etario.
- **Ley N° 26842, Ley General de Salud:** Esta iniciativa se alinea directamente con la promoción activa y decidida de la salud entendida como un bien público. Por lo que, refuerza la responsabilidad estatal en la prevención de patologías que, al no ser atendidas adecuada y oportunamente, generan un alto costo social y sanitario para una población sumamente vulnerable.
- **Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes:** Desde este enfoque, se operativiza el principio de “Interés Superior del Niño”, garantizando que el sistema de salud actúe preventivamente para asegurar la integridad física y evitar secuelas que limiten o comprometan el desarrollo y movilidad de los menores. Para los cuales la capacidad de desplazarse libre e independientemente se constituye como un factor fundamental en su estabilidad socioafectiva.
- **Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional el Tamizaje Neonatal:** La norma busca complementar el marco general establecido mediante la Ley N° 29885 y sus posteriores modificaciones (Ley N° 31975), a fin de ampliar el alcance de las pruebas realizadas a los recién nacidos y cerrar la brecha en la detección de anomalías ortopédicas, integrando la DDC como una prioridad dentro del esquema de tamizaje universal.
- **Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad:** La propuesta guarda estrecha relación con el deber del Estado de realizar acciones de prevención de la discapacidad, considerando que la DDC no detectada es una de las causas principales de discapacidad física permanente en adultos. En ese sentido, esta iniciativa busca cumplir con el mandato preventivo estipulados en la legislación actual.
- **Norma Técnica de Salud N° 106-MINSA/DGSP-V.01, Atención Integral de Salud Neonatal:** Como se señala en la fórmula legal, se busca otorgar rango de ley y carácter de necesidad pública a los procedimientos clínicos ya contemplados en los protocolos del MINSA. Mediante este impulso institucional, se prioriza la actualización y ejecución de los métodos de exploración física y diagnóstico por imagen vigentes.

**A modo de conclusión, la presente iniciativa legislativa no colisiona con la norma vigente, sino que optimiza el sistema de salud preventiva, en un área fundamental para el bienestar de los niños y niñas peruanas, así como su desarrollo y expectativas de vida.** Su aprobación permitirá que las disposiciones técnicas ya existentes efectivamente sean instrumentos de alto nivel para que se garantice el diagnóstico oportuno de la DDC en todos los establecimientos de salud a lo largo y ancho del país.

## V. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

En el presente apartado se evalúa cuáles serían los beneficios y costos de declarar de necesidad pública e interés nacional, el tamizaje neonatal universal y el diagnóstico oportuno de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC). **Por un lado**, se identifica que, al institucionalizar este tipo de sistema, el Estado reconoce que el diagnóstico precoz representa un cambio significativamente positivo en el pronóstico de esta patología, transformando una condición potencialmente discapacitante en una afección tratable mediante métodos ortopédicos no invasivos. Esta dimensión que podría catalogarse como simbólica permite que la problemática

deje de reducirse exclusivamente a intervenciones o cirugías para convertirse en una política de prevención integral que garantiza el derecho a la salud y el desarrollo motriz de la infancia peruana.

La relevancia de colocar este tema como una prioridad en la agenda pública radica en la reducción de la incertidumbre diagnosticada y la fragmentación actual de los servicios de salud, donde muchos casos son tardíamente referenciados por falta de protocolos unificados. En términos específicos, la creación del sistema fomenta un entorno de vigilancia activa que empodera a las familias y capacita al personal de salud en técnicas fundamentales, como las maniobras de Ortolani y Barlow en neonatos, o el uso de técnicas de imagen según la edad del paciente. Como se señala en el cuadro a continuación, mediante esta iniciativa se fomenta un ecosistema amigable con los niños y niñas, sus familias y el personal de salud:

Población Beneficiada	Beneficios Esperados
<b>Niños y Niñas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a un diagnóstico oportuno.</li> <li>- Acceso sistemático a técnicas de imagen en atención a la edad del paciente.</li> <li>- Acceso a tratamientos no invasivos y menos costosos.</li> <li>- Mayor bienestar físico y capacidad motora.</li> <li>- Estado emocional equilibrado.</li> </ul>
<b>Familias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción de la carga emocional asociada a la gestión de este conjunto de patologías.</li> <li>- Diminución del gasto destinado al acceso de tratamientos quirúrgicos o rehabilitaciones prolongadas.</li> <li>- Reducción del gasto relacionado a la implementación de cuidados especiales por una condición discapacitante.</li> </ul>
<b>Personal de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso estandarizado de criterios clínicos.</li> <li>- Acceso a capacitación continua para la detección oportuna de inestabilidad acetabular y luxación.</li> </ul>
<b>Instituciones de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimización de la infraestructura existente.</li> <li>- Incremento de la eficiencia de la gestión de las redes de referencia y contrarreferencia para patologías ortopédicas pediátricas.</li> </ul>

Realización Propia

**Por otro lado**, debido a su naturaleza declarativa, esta iniciativa no demanda recursos adicionales al Tesoro Público ni contraviene la prohibición de iniciativa de gasto por parte de los Congresistas de la República. Es así como, su implementación se canaliza a través de los presupuestos ya asignados al sector salud y la optimización de los canales de comunicación estatales.

Si bien, este breve análisis expone las ventajas de la presente propuesta legislativa posee, es esencial realizar una descripción mucho más detallada, centrándonos en un componente fundamental como es el **ahorro proveniente de la detección y tratamiento oportuno de este espectro de patologías**. Como se señala a continuación, la literatura científica demuestra que el costo económico y social de no intervenir oportunamente es significativo para el Estado:

- **Ahorro en tratamiento:** un programa de tamizaje ecográfico puede generar ahorros sustanciales; se estima que los costos de tratamiento hospitalarios sin tamizaje son 1.6

veces superiores a los costos de implementar el programa de detección (Bralic, Vrdoljak, Kovacic 2001, p. 173)<sup>19</sup>.

- **Reducción de Cirugías de Alta Complejidad:** el diagnóstico temprano permite el uso de métodos ortopédicos (como el arnés de Pavlik), lo que evita la necesidad de reducciones abiertas, ostomías pélvicas y, en la etapa adulta, reemplazos totales de cadera por artrosis prematura:

*“Los resultados demuestran que el examen clínico universal, complementando con un tamizaje dirigido a recién nacidos, facilita la detección temprana y la derivación para el tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera (DDH). De un total de 746 ecografías realizadas, 20 arrojaron resultados anormales, de los cuales dos casos requirieron una intervención oportuna. El tamizaje supuso un costo total de 147,200 rupias indias (INR) y permitió evitar dos posibles cirugías de reemplazo de cadera” [Traducción Propia]<sup>20</sup> (Daule et al. 2021, p. 71)<sup>21</sup>*

- **Carga de Enfermedad (DALYs):** la DDH no tratada genera una pérdida significativa de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), lo que impacta directamente en la productividad futura nacional y el desarrollo del capital humano:

*“Al evaluar la rentabilidad de diversos modelos mediante la consolidación de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos y los costos de cada escenario, se observa que el tamizaje ecográfico universal es el que evita la mayor cantidad de AVAD. Por su parte, el examen clínico combinado con la ecografía dirigida presenta la menor razón de costo-efectividad incremental (RCEI) y, por ende, genera la mayor ganancia en AVAD evitados por unidad de costo entre las opciones de tamizaje. No obstante, si bien la ecografía generalizada previene más AVAD en términos absolutos, implica un costo financiero superior por cada AVAD evitado. Por lo tanto, **dependiendo de la disposición a pagar cada AVAD evitado, tanto el examen clínico con ecografía dirigida como el tamizaje ecográfico universal constituyen alternativas rentables frente a la situación actual**” [Traducción Propia]<sup>22</sup> (Pigeolet et al. 2024, p. 4)<sup>23</sup>*

<sup>19</sup> Bralic, I., Vrdoljak, J., y Kovacic, L. (2001). Ultrasound Screening of the Neonatal Hip: Cost-benefit Analysis. *Croatian Medical Journal*, 42(2), pp. 171 - 174.

<sup>20</sup> Texto Original:

“(…)

*Our results show universal clinical examination with target screen for at-risk newborns can aid in early detection and referral for management of DDH. A total of 20 of 746 scans showed abnormal results, of which two babies needed timely intervention. A total cost of Rs. 1,47,200/- INR was incurred on screening, and two possible hip replacements were prevented.”*

<sup>21</sup> Daule, P., Zarekar, G., Mhaske, S. y Bhate, S. (2021). To Study the Cost-Effectiveness of Clinical Screening with Ultrasonography (USG) of Hip for Diagnosing Developmental Dysplasia of the Hip (DDH) in New Borns – Prospective Study. *VIMS Health Science Journal*, 8, pp. 71 – 74.

<sup>22</sup> Texto Original:

“(…)

*The cost-effectiveness of each model is appraised in table 3 where the DALYs lost and costs of each scenario are brought together. Universal US screening clearly renders the largest number of DALYs averted. Clinical examination and targeted US have the lowest incremental cost-effectiveness ratio and thus generate the biggest gain in DALYs averted per cost of all three screening options. However, generalised US averts more DALYs overall but requires a larger financial cost per DALY averted. Therefore, depending on the willingness-to- pay per DALY averted, screening by clinical exam and targeted US or universal US screening are cost-effective alternatives to the current status quo (figure 1, table 3)”.*

<sup>23</sup> Pigeolet, M., Gaafar H., Naamani, D., Khan, M., Alkire, B., Chinoy, M., Corlew, D. y Novais, E. (2024). Cost-effectiveness of screening for developmental dysplasia of the hip in Karachi, Pakistan using universally applicable cost-effectiveness model. *BMJ Public Health*, 2, pp. 1 – 10.

- **Costo – Efectividad:** el cribado universal mediante ultrasonido, aunque requiera inversión inicial en equipos y capacitación al personal, resulta más económico a largo plazo al reducir drásticamente las tasas de detección tardía y las complicaciones quirúrgicas asociadas.

“(…)

*La DCD no tratada ocasiona discapacidad en niños y adultos (6, 7). La intervención temprana ofrece menor riesgo y costos, así como mejor posibilidad de éxito sin secuelas (1, 2). Entre más tarde se haga el diagnóstico hay una mayor probabilidad de requerir una intervención quirúrgica y un mayor índice de complicaciones (3, 4). Algunos sistemas de salud han optado por el tamizaje universal de los recién nacidos en un esfuerzo por reducir la incidencia de diagnóstico tardío de la DCD (5, 8, 9, 10, 11, 12)” (Turriago et al., 2012, p. 156)<sup>24</sup>*

Aterrizando dichos términos a la realidad nacional, en un esfuerzo por cuantificar el impacto económico y social que la implementación de un sistema de tamizaje neonatal universal representaría para el Estado Peruano, a continuación, se presentan los costos estimados de inversión y los beneficios económicos derivados de la aplicación de este modelo:

Concepto de Inversión	Descripción de la Partida	Monto Estimado (USD)
Capacitación Especializada	Programa de fortalecimiento para 200 profesionales de salud.	\$ 150, 000
Equipamiento Diagnóstico	Adquisición de 50 equipos de ultrasonografía portátil.	\$ 200, 000
Infraestructura Digital	Implementación de sistemas de información y seguimiento.	\$ 100, 000
Suministros Operativos	Materiales y consumibles para la fase inicial.	\$ 80, 000
<b>Total Inversión Inicial</b>		<b>\$ 530, 000</b>

Fuente: Realización propia

Indicador de Impacto	Detalle del Beneficio Social	Valor Estimado (Anual)
Población Beneficiaria	Cobertura estimada de recién nacidos a nivel nacional.	~500, 000 niños
Costo Operativo Anual	Incluye tamizaje, diagnóstico y tratamiento temprano.	\$ 35, 000, 000 USD
Gasto Evitado (Ahorro)	Costos omitidos en cirugías complejas y prótesis.	\$ 47, 500, 000 USD
Eficiencia	Por cada 1.00 USD invertido, el Estado ahorra 1.36 USD.	Ratio 1.36 : 1

Fuente: Realización propia

En conclusión, operar desde un enfoque preventivo, como el que releva esta propuesta legislativa, no solo salvaguarda la calidad de vida de los pacientes, sino que **garantiza la sostenibilidad financiera del sistema público de salud al mitigar los costos materiales e inmateriales derivados de tratamientos prolongados o de la discapacidad física permanente.**

<sup>24</sup> Turriago, C., Medina, A., y Uribe, I., Vargas, V. y Ardila, M. (2012). Oportunidad diagnóstica de la displasia de la cadera en desarrollo: Diferencia entre el sistema de seguridad social en salud contributivo y los sistemas de medicina prepagada y particular en Bogotá. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*, 26(3), pp. 153-157.

## VI. LA RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO EXPRESADAS EN EL ACUERDO NACIONAL

Con respecto a las prioridades de la política nacional, se ha identificado que la presente iniciativa legislativa contribuye de manera significativa al cumplimiento de los objetivos estratégicos de largo plazo establecidos en el Acuerdo Nacional, vinculándose directamente con los compromisos de la Agenda Legislativa para el Período Anual de Sesiones 2024-2025. Está propuesta se encuentra en plena armonía con el Objetivo II referido a la Equidad y Justicia Social, buscando cerrar las brechas de atención en la población más vulnerable del país a través de la prevención y el diagnóstico oportuno.

De manera específica, el proyecto se alinea con la Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional, la cual promueve el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. En ese sentido, la propuesta aborda de manera directa el **“acceso a la modernización del sistema de salud”**, el **“apoyo en la atención de enfermedades y lesiones”** y **“la defensa y protección de la niñez y la adolescencia”**. Al institucionalizar el tamizaje neonatal universal para la Displasia del Desarrollo de la Cadera, el Estado asegura una intervención proactiva que garantiza que el desarrollo psicomotor de los niños no se ve comprometido por la falta de vigilancia técnica en sus primeros meses de vida.

Lima, 25 de febrero de 2026.