CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00582-2026-2031-CD
RU 40637-CD
13 OCTUBRE 2026 04:07 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ASABARIAN

# LEY QUE MODIFICA LA LEY 31336, LEY NACIONAL DEL CÁNCER, PARA FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

El Grupo Parlamentario Fuerza Popular, a iniciativa del diputado Carlos Alberto Zegarra Sánchez, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y los artículos 98 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados, presentan la siguiente proposición legislativa:

## FÓRMULA LEGAL

## LEY QUE MODIFICA LA LEY 31336, LEY NACIONAL DEL CÁNCER, PARA FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

### Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto incorporar criterios generales para la gestión de la oportunidad y continuidad de la atención oncológica en la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, mediante la coordinación de los actores existentes, el seguimiento de las demoras e interrupciones y la rendición de cuentas sobre su atención.

### Artículo 2. Finalidad de la Ley

La presente ley tiene por finalidad favorecer la atención de las personas con sospecha clínica de cáncer o diagnóstico oncológico conforme a su necesidad clínica, así como la continuidad de su diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en el ámbito de las prestaciones reconocidas por la legislación vigente.

**Artículo 3. Incorporación del artículo 3-A a la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer**

Se incorpora el artículo 3-A a la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, en los siguientes términos:

> ***"Artículo 3-A. Gestión de la oportunidad y continuidad de la atención oncológica***
>
> *3-A.1. Criterios generales. La gestión de la atención oncológica se orienta por la prioridad clínica, la continuidad del cuidado, la equidad territorial, la coordinación entre prestadores y financiadores y la transparencia. Se aplica a los actores comprendidos en el artículo 2, en el marco de sus competencias y responsabilidades vigentes.*
>
> *3-A.2. Priorización de la atención. La programación de las prestaciones y la referencia y contrarreferencia consideran el riesgo clínico, la urgencia diagnóstica o terapéutica y la afectación que una demora o interrupción pueda ocasionar. La valoración corresponde al personal de salud competente, conforme a las normas técnicas aplicables. El Ministerio de Salud desarrolla estos criterios en el ámbito de su rectoría, con participación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. La gestión administrativa se adecúa a esa valoración.*
>
> *3-A.3. Continuidad y coordinación. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sus unidades de gestión y las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud articulan la programación y seguimiento de las prestaciones a su cargo mediante los mecanismos de*

*referencia, contrarreferencia y coordinación existentes. Ante una demora o interrupción por motivos administrativos o de disponibilidad del servicio, gestionan su atención o la alternativa de continuidad que resulte clínica y legalmente procedente dentro de sus competencias, dejando constancia de las acciones adoptadas en la documentación existente. Los acuerdos de intercambio prestacional se utilizan conforme a su normativa, cobertura, capacidad y financiamiento aplicables.*

*3-A.4. Información para el seguimiento. El seguimiento utiliza las historias clínicas, registros administrativos y sistemas de información existentes. Distingue las postergaciones justificadas por razones clínicas de las demoras o interrupciones de otra naturaleza e identifica, cuando la información disponible lo permita, su causa y el estado de las acciones adoptadas. El Ministerio de Salud determina los criterios técnicos para su evaluación, evitando duplicidad de reportes y cargas de registro innecesarias.*

*3-A.5. Planificación y evaluación. El Ministerio de Salud y los demás actores responsables incorporan la evaluación de oportunidad y continuidad en sus instrumentos de planificación y seguimiento existentes, según sus competencias. En la Red Oncológica Nacional, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas articula esta evaluación con los integrantes de la Red. Los indicadores técnicos consideran tiempos de atención, interrupciones y resolución de referencias, con definiciones y*

*desagregaciones compatibles con la información disponible y sus condiciones de calidad.*

*3-A.6. Transparencia y rendición de cuentas. El Ministerio de Salud incorpora en los documentos de evaluación institucional que correspondan y publica en su portal institucional un balance anual de la información disponible sobre oportunidad y continuidad de la atención oncológica. El balance identifica cobertura y limitaciones de los datos, resultados de seguimiento y acciones de mejora, con desagregación territorial e institucional cuando sea técnicamente posible. Las entidades comprendidas utilizan sus mecanismos de reporte existentes para aportar la información a su cargo. La publicación es agregada y no permite identificar a pacientes.*

*3-A.7. Derechos y supervisión. La aplicación del presente artículo respeta la confidencialidad y la protección de los datos personales. Los pacientes reciben información sobre la programación de su atención, las causas comunicables de su postergación y los canales existentes para presentar consultas o reclamos. La supervisión se ejerce por las autoridades competentes dentro de sus atribuciones, sin crear procedimientos sancionadores ni infracciones adicionales."*

## DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

**PRIMERA**. Adecuación técnica

El Poder Ejecutivo, en el ámbito de sus competencias, adecúa las disposiciones reglamentarias y técnicas que resulten necesarias para la aplicación de la presente ley. Utiliza los instrumentos de gestión y seguimiento de la Ley 31336 y de la Red Oncológica Nacional existentes, sin crear una plataforma o registro adicional. La adecuación preserva las competencias de las entidades prestadoras y financiadoras y de los gobiernos regionales y locales.

**SEGUNDA**. Alcance de la implementación

La presente ley no dispone la ampliación automática de prestaciones, la adquisición de bienes, la ejecución de inversiones, la contratación de personal ni la creación de unidades administrativas. Las adecuaciones operativas que requieran recursos son evaluadas y, de corresponder, programadas y ejecutadas progresivamente por las entidades competentes conforme a sus instrumentos de planificación, disponibilidad presupuestaria, programación multianual y régimen de financiamiento aplicable. Esta disposición no constituye autorización de gasto ni modifica los derechos y obligaciones de atención reconocidos por la legislación vigente.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZEGARRA SANCHEZ Carlos Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/10/2026 16:41:53-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: RAMOS ROSALES Maria Candelaria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 13/10/2026 13:09:04-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHACON DE VETTORI Cecilia Isabel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/10/2026 09:36:22-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ANDRADE SALGUERO DE ALVAREZ Gladys Griselda FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/10/2026 18:55:48-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CASTRO GRANDEZ Royser FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/10/2026 16:04:05-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: TAKAYAMA JIMENEZ Liliana Milagros FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/10/2026 19:56:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BARBARAN REYES Rosangella Andrea FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 13/10/2026 12:53:00-0500

# EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

## I. Planteamiento del problema público

El problema público que aborda la iniciativa es la dificultad de gestionar y verificar la oportunidad y continuidad de la atención oncológica a lo largo del diagnóstico, tratamiento y seguimiento, cuando intervienen distintos prestadores, financiadores y niveles de atención. La existencia de cobertura legal requiere complementarse con mecanismos que permitan conocer si las prestaciones se articulan, cómo se resuelven las referencias y qué causas explican las interrupciones. La población comprendida incluye a personas con sospecha clínica que necesitan confirmación diagnóstica y a pacientes con diagnóstico de cáncer, de todas las edades, dentro de las prestaciones legalmente reconocidas.[1] [2]

La oportunidad se refiere a ordenar la atención conforme a la urgencia, el riesgo y los criterios clínicos que determine la autoridad sanitaria competente. La continuidad comprende la articulación de las prestaciones sucesivas y el seguimiento del paciente durante su tránsito entre servicios. Para efectos de esta propuesta, ambas dimensiones deben evaluarse conjuntamente: conocer la realización de una consulta o procedimiento aislado no permite, por sí solo, valorar la continuidad del proceso asistencial. Esta delimitación orienta la intervención legislativa hacia la gestión y la rendición de cuentas, sin sustituir la evaluación clínica individual.

La Defensoría del Pueblo advirtió, en febrero de 2026, problemas de abastecimiento y riesgos de interrupción de tratamientos en diversas regiones. Su comunicación institucional también resume debilidades relacionadas con

---

[1] *Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer (2021). https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1980284-2. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

[2] *DS 004-2022-SA, Reglamento de la Ley 31336, artículos 9 y 29–33. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2053393-3. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

equipos y recursos humanos identificadas en la supervisión de institutos especializados. Estos hallazgos justifican examinar las condiciones de continuidad de la atención. Sin embargo, no permiten calcular una tasa nacional de interrupciones ni atribuir todos los problemas a una sola causa. La propuesta reconoce que las dificultades pueden exigir respuestas sanitarias y presupuestarias diferentes.[3]

La magnitud nacional de la enfermedad refuerza la necesidad de examinar el itinerario asistencial completo. GLOBOCAN 2024, versión publicada en septiembre de 2026, estima para el Perú 77 485 casos nuevos de cáncer, 36 956 muertes y 193 039 casos prevalentes a cinco años, considerando ambos sexos y todas las edades. Son estimaciones poblacionales y no registros administrativos. La prevalencia no equivale al número de personas en tratamiento, y no debe sumarse a los casos nuevos para calcular beneficiarios únicos. Tampoco cabe atribuir estas muertes a demoras administrativas con la evidencia disponible. [4]

La población afectada comprende personas que requieren confirmar una sospecha clínica, iniciar o continuar un tratamiento, recibir seguimiento, rehabilitación o cuidados paliativos. La evaluación de la oportunidad debe considerar las necesidades de cada etapa y las prioridades clínicas. Para dimensionar las brechas es necesario distinguir la cobertura reconocida, la prestación efectivamente realizada y la continuidad entre servicios. La iniciativa propone que esta distinción oriente la gestión, de modo que los

---

*[3] Defensoría del Pueblo. «Defensoría del Pueblo exhorta al Estado a garantizar la prevención y detección precoz del cáncer así como tratamientos oportunos para pacientes afectados», 4 de febrero de 2026. Comunicación institucional que resume hallazgos del Informe Defensorial 243 de 2025; no se utiliza como censo nacional de interrupciones. https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-exhorta-al-estado-a-garantizar-la-prevencion-y-deteccion-precoz-del-cancer-asi-como-tratamientos-oportunos-para-pacientes-afectados/. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

*[4] IARC/OMS. Global Cancer Observatory: Cancer Today, ficha Perú, GLOBOCAN 2024, estimaciones versión 1.0, publicada en septiembre de 2026, páginas 1–2. Valores de ambos sexos y todas las edades; incluye cáncer de piel no melanoma. Son estimaciones, no conteos administrativos. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

reportes institucionales permitan identificar dónde se interrumpe el proceso y qué autoridad puede adoptar la respuesta correspondiente.

El expediente no dispone de una serie oficial nacional comparable sobre tiempos de confirmación diagnóstica, inicio del tratamiento, referencias pendientes e interrupciones según causa. Esta limitación impide cuantificar las demoras evitables o fijar metas territoriales respaldadas por evidencia. La información debe obtenerse de las entidades competentes y evaluarse según su cobertura, calidad y compatibilidad. Los registros hospitalarios, la disponibilidad de medicamentos y los resultados de atención describen dimensiones diferentes: ninguno reemplaza automáticamente a los demás ni basta, de manera aislada, para valorar el desempeño del itinerario oncológico.

El marco vigente ya contiene disposiciones de coordinación, referencia, seguimiento e indicadores. Por ello, la necesidad de una modificación legal debe sustentarse en su valor añadido: establecer criterios generales estables, distinguir las causas de postergación y facilitar una evaluación pública de la oportunidad y continuidad con información existente. Antes de completar el expediente corresponde contrastar esta necesidad con las competencias y obligaciones ya reguladas, para evitar duplicidad normativa o nuevas cargas de reporte cuya utilidad no haya sido demostrada.

La intervención propuesta tiene alcance nacional. Una ley de gestión no subsana por sí sola la falta de medicamentos, equipos o especialistas. Las medidas materiales que requieran recursos deben ser evaluadas por las autoridades competentes, dentro de la planificación y el financiamiento aplicables. Así, la solución planteada busca mejorar la coordinación, transparencia y supervisión del itinerario oncológico, con aplicación progresiva cuando corresponda y sin prometer resultados clínicos que la evidencia disponible no permite cuantificar.

## II. Evidencia que sustenta el problema

### 2.1. Magnitud nacional y población de referencia

| INDICADOR | VALOR ESTIMADO | UTILIDAD Y LÍMITE |
|---|---|---|
| Casos nuevos de cáncer | 77 485 | Dimensiona la entrada anual potencial al itinerario. No es un registro de personas beneficiadas por esta ley. |
| Muertes por cáncer | 36 956 | Muestra gravedad de la enfermedad; no demuestra muertes atribuibles a demoras administrativas. |
| Prevalencia a cinco años | 193 039 | Referencia del volumen de casos prevalentes. No equivale a personas actualmente en tratamiento ni se suma a los casos nuevos. |

*Cuadro 1. Carga estimada de cáncer en Perú, año de referencia 2024. Fuente: IARC/OMS, GLOBOCAN 2024, versión 1.0, publicación septiembre de 2026. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

La población beneficiaria es abierta y nacional. Como aproximación de escala se utilizan los casos prevalentes y nuevos estimados, sin sumarlos ni convertirlos en un padrón. No existe en las fuentes revisadas una estimación verificable del número de personas con sospecha clínica ni del subconjunto cuya demora se resolvería mediante las reglas propuestas. Un número definitivo requiere datos administrativos depurados por persona.

## 2.2. Evidencia operativa y relación con la solución

| EVIDENCIA OFICIAL | QUÉ PERMITE AFIRMAR | RESPUESTA LEGISLATIVA ACOTADA |
|---|---|---|
| Defensoría, comunicación del 4/2/2026: abastecimiento e interrupciones. | Existen alertas institucionales sobre continuidad; sin tasa nacional estimada. | Identificar causas de interrupción y acciones de gestión; no comprar medicamentos por ley. |
| DS 004-2022-SA, artículos 29–33: seguimiento, indicadores y referencia. | Hay mecanismos y obligaciones existentes que deben aprovecharse. | Vincular criterios de gestión y balance público a esos mecanismos; evitar registro paralelo. |

*Cuadro 2. Hallazgos y alcance de la respuesta propuesta. Las fuentes de cada fila se indican inmediatamente después del cuadro; consulta: 6 de octubre de 2026.*

*Fuentes del cuadro 2: Defensoría del Pueblo y Reglamento de la Ley 31336. No se ha utilizado una inspección propia ni un inventario de equipos.*[5] [6]

## 2.3. Brechas de evidencia y evaluación propuesta

No se dispone en el expediente de una serie oficial nacional comparable de espera diagnóstica, espera terapéutica e interrupciones. Tampoco se cuenta con microcostos del seguimiento adicional. Estas ausencias impiden fijar metas cuantitativas, porcentajes de reducción o costos totales. Debe solicitarse la información a las entidades antes de comprometer una expansión material.

[5] Defensoría del Pueblo. Comunicación institucional sobre continuidad oncológica, 4/2/2026. https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-exhorta-al-estado-a-garantizar-la-prevencion-y-deteccion-precoz-del-cancer-asi-como-tratamientos-oportunos-para-pacientes-afectados/. Consulta: 6 de octubre de 2026.

[6] DS 004-2022-SA, Reglamento de la Ley 31336, artículos 9 y 29–33. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2053393-3. Consulta: 6 de octubre de 2026.

| INDICADOR DE EVALUACIÓN PROPUESTO | DEFINICIÓN TÉCNICA A VALIDAR | RESULTADO ESPERADO, SIN CIFRA PROMETIDA |
|---|---|---|
| Tiempo de diagnóstico e inicio terapéutico | Separar intervalos y prioridades clínicas; mediana y distribución donde los datos lo permitan. | Hacer visibles demoras y orientar su gestión. |
| Interrupciones por causa | Distinguir causa clínica, administrativa, disponibilidad y otras; declarar datos incompletos. | Identificar obstáculos y acciones de continuidad. |
| Referencias resueltas | Comparar referencias emitidas y atención confirmada, con período y denominador. | Evaluar articulación entre prestadores. |
| Cobertura de información | Establecimientos y episodios con información válida respecto del universo definido. | Evitar conclusiones basadas en datos parciales. |

Estos indicadores son una propuesta de evaluación, no estadísticas observadas ni obligaciones de crear bases nuevas. Su diseño corresponde al sector salud. La comparación antes y después exige controlar cambios de cobertura y mezcla clínica; una mejora temporal no prueba por sí sola causalidad de la ley.

## III. Objetivos generales y específicos

### 3.1 Objetivo general

Fortalecer la gestión verificable de la oportunidad y continuidad de la atención oncológica dentro de la organización y el financiamiento vigentes.

### 3.2 Objetivos específicos

1. Orientar programación y referencia por necesidad clínica.

2. Promover coordinación entre prestadores y financiadores ante demoras o interrupciones.

3. Aprovechar información existente y distinguir sus causas.

4. Integrar evaluación en instrumentos actuales.

5. Hacer públicos resultados agregados y límites de información para facilitar supervisión y rendición de cuentas.

## IV. Fundamentación de la iniciativa

### 4.1 Compatibilidad constitucional y distribución de competencias

Los artículos 7 y 9 de la Constitución sustentan la protección de la salud y reservan al Ejecutivo la conducción y supervisión de la política sanitaria. La propuesta establece criterios legales generales; no decide protocolos terapéuticos, carteras de servicios, compras, inversiones ni organización interna. El respeto de la separación y cooperación de poderes y de las reglas presupuestarias se sostiene en los artículos 43, 77–79 y 118, incisos 8 y 17. [7]

La Ley 31336 ya establece cobertura prioritaria e integral. Su artículo 4, modificado por la Ley 31870, atribuye al Ejecutivo la Política Nacional de Lucha contra el Cáncer. Se mantiene ese marco y la conducción del INEN dentro de la Red Oncológica Nacional. Los criterios clínicos son desarrollados por la autoridad sanitaria; no se impone un número

[7] Constitución Política del Perú, edición oficial 2026. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/Constitucion-web_2026.pdf. Consulta: 6 de octubre de 2026.

universal de días, que requeriría evidencia por tipo de cáncer y capacidad de respuesta. [8] [9]

## 4.2 Idoneidad, necesidad y proporcionalidad

La finalidad es constitucionalmente legítima. Los criterios de coordinación e información son idóneos para hacer evaluable la gestión, aunque su eficacia debe comprobarse. La necesidad legislativa es limitada: se busca elevar a rango legal la relación entre prioridad clínica, gestión de incidencias y rendición de cuentas, no volver a crear deberes reglamentarios. La alternativa administrativa es sustantiva y debe mantenerse disponible si no se acredita valor añadido legal.

En proporcionalidad, se evita imponer metas incompatibles con capacidad instalada, registros nuevos o entrega automática de prestaciones no previstas. La publicidad agregada permite control social sin divulgar diagnósticos individuales. El uso de documentación existente limita la carga, pero no demuestra por sí mismo que el costo incremental sea nulo.

## 4.3 Compatibilidad presupuestaria y precedente constitucional

La Sentencia 158/2026, fundamentos 113–118 y punto 3 del fallo, establece un criterio vinculante que reserva al Ejecutivo la iniciativa de gasto actual y futuro. Para iniciativas sociales con incremento exige coordinación previa, financiamiento efectivo, informe fiscal antes del dictamen y progresividad coordinada con el MEF. Este diseño debe

---

*[8] Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer (2021). https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1980284-2. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

*[9] Ley 31870, modificatoria de Ley 31336 (2023). https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2214138-1. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

observar también el Reglamento de Diputados. La aplicación progresiva no elimina por sí sola el riesgo de iniciativa de gasto.[10] [11]

## V. Antecedentes legislativos, investigaciones y fuentes utilizadas

### 5.1 Antecedentes normativos vigentes

La Ley 31336 es el antecedente principal; la Ley 31870 modificó sus artículos 4–7 y otras disposiciones, sin incorporar el artículo 3-A propuesto. El DS 004-2022-SA desarrolla la atención y la Red; el seguimiento oficial registra DS 001-2023-SA y DS 018-2024-SA. Este último no modifica los artículos 29–33 utilizados como base de gestión.

Se verificó además la RM 606-2026/MINSA de prepublicación de modificaciones reglamentarias sobre evaluación de tecnologías sanitarias. No se trata su proyecto como norma aprobada ni se interviene en precios, adquisiciones o evaluación de medicamentos. No se ha identificado en la búsqueda oficial una norma posterior que altere el artículo legal objeto de incorporación; se requiere revalidación final al ingresar el expediente.

Para coordinación financiera se considera el régimen vigente de intercambio prestacional cuya regla de financiamiento fue modificada por Ley 32240. Para ejecución se observan los principios del DL 1440 y el régimen particular que corresponda a cada entidad, especialmente EsSalud. Para información se aplica la Ley 29733 y su reglamento vigente; no se crea transferencia libre de historias clínicas.

---

[10] *TC. Sentencia 158/2026, Exp. 00018-2023-PI/TC, fundamentos 113–118 y punto 3 del fallo. https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2026/00018-2023-AI.pdf. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

[11] *Reglamento de la Cámara de Diputados, edición oficial mayo de 2026. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/biblioteca/files/reglamento/reglamento-de-la-camara-de-diputados.pdf. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

### 5.2 Documentos e ideas de terceros utilizados

Se utilizaron: textos oficiales constitucionales, parlamentarios y sectoriales; sentencia del TC; estimaciones IARC/OMS; cuadro INEI–INEN; comunicación de Defensoría; noticia institucional EsSalud; y políticas 13 y 24 del Acuerdo Nacional. La idea de seguimiento mediante la red, indicadores y referencia proviene del reglamento existente y se identifica como tal, mientras que la articulación legal propuesta tiene redacción propia.

## VI. Sectores comprendidos

El sector principal es salud: MINSA, INEN, prestadores, unidades de gestión y financiadores comprendidos en el ámbito de la Ley 31336, incluidos EsSalud, SIS y los actores sanitarios públicos, privados o mixtos que correspondan. Se involucran Trabajo y Promoción del Empleo por EsSalud, Defensa e Interior por sus servicios de salud y el MEF respecto de la evaluación fiscal y programación que resulte aplicable. Los gobiernos regionales participan como responsables de los servicios a su cargo. No se asignan nuevas responsabilidades materiales a gobiernos locales.[12] [13]

| ACTOR | FUNCIÓN EN EL DISEÑO |
|---|---|
| MINSA | Desarrollo técnico y evaluación dentro de su rectoría; balance público con información disponible. |
| INEN y Red Oncológica Nacional | Articular evaluación, referencia y seguimiento mediante mecanismos existentes. |
| IPRESS, UGIPRESS e IAFAS | Coordinar prestaciones y financiamiento que ya les corresponden; aportar reportes existentes. |
| Autoridades de supervisión sanitaria | Ejercer atribuciones vigentes; no se crea potestad sancionadora adicional. |

[12] *DS 004-2022-SA, Reglamento de la Ley 31336, artículos 9 y 29–33. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2053393-3. Consulta: 6 de octubre de 2026.*
[13] *DS 018-2024-SA, modificación del Reglamento de la Ley 31336. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2335273-1. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

| | |
|---|---|
| Gobiernos regionales | Gestionar servicios y planificación a su cargo, respetando competencias y presupuesto. |
| MEF y entidades financiadoras | Evaluar sostenibilidad y programación del eventual costo incremental conforme a su régimen. |

### 6.1 Beneficiarios

Son beneficiarios las personas con sospecha clínica de cáncer que requieren diagnóstico dentro de las prestaciones legalmente reconocidas: personas con diagnóstico de cáncer que requieren tratamiento o seguimiento; pacientes oncológicos que requieren rehabilitación, cuidados paliativos o continuidad entre niveles de atención; dentro de estas categorías: niñas, niños y adolescentes, personas adultas, personas adultas mayores y personas en situación de vulnerabilidad o con barreras territoriales.

Las categorías se superponen y no se suman. Familiares y cuidadores son beneficiarios indirectos de una mejor información y coordinación. No se identifica un padrón nominal ni se concede un beneficio económico. El número de personas atendidas efectivamente debe medirse con datos administrativos existentes, sin equipararlo a la estimación epidemiológica.

## VII. Normas que se modifican o derogan

Se modifica la Ley 31336 mediante incorporación del artículo 3-A, inmediatamente después del artículo 3. No se sustituyen los artículos 3, 4, 5, 6, 10 ni 11, no se deroga disposición alguna y no se modifica directamente el texto reglamentario. La adecuación técnica se encarga al Ejecutivo. El título usa «modifica» porque la incorporación altera el cuerpo de la ley.

Cuadro 3. Texto vigente y texto propuesto. Verificación: Ley 31336 y Ley 31870, fuentes oficiales; consulta: 6 de octubre de 2026.

| TEXTO VIGENTE | TEXTO PROPUESTO |
|---|---|
| No existe artículo 3-A en los textos legales cotejados. La Ley 31336 pasa del artículo 3, Atención integral oncológica, al artículo 4, Política Nacional de Lucha contra el Cáncer. | Artículo 3-A. Gestión de la oportunidad y continuidad de la atención oncológica. |
| No existe numeral 3-A.1. | 3-A.1. Criterios generales. La gestión de la atención oncológica se orienta por la prioridad clínica, la continuidad del cuidado, la equidad territorial, la coordinación entre prestadores y financiadores y la transparencia. Se aplica a los actores comprendidos en el artículo 2, en el marco de sus competencias y responsabilidades vigentes. |
| No existe numeral 3-A.2. | 3-A.2. Priorización de la atención. La programación de las prestaciones y la referencia y contrarreferencia consideran el riesgo clínico, la urgencia diagnóstica o terapéutica y la afectación que una demora o interrupción pueda ocasionar. La valoración corresponde al personal de salud competente, conforme a las normas técnicas aplicables. El Ministerio de Salud desarrolla estos criterios en el ámbito de su rectoría, con participación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. La gestión administrativa se adecúa a esa valoración. |
| No existe numeral 3-A.3. | 3-A.3. Continuidad y coordinación. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sus unidades de gestión y las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud articulan la programación y seguimiento de las prestaciones a su cargo mediante los mecanismos de referencia, contrarreferencia y coordinación existentes. Ante una demora o |

| | |
|---|---|
| | interrupción por motivos administrativos o de disponibilidad del servicio, gestionan su atención o la alternativa de continuidad que resulte clínica y legalmente procedente dentro de sus competencias, dejando constancia de las acciones adoptadas en la documentación existente. Los acuerdos de intercambio prestacional se utilizan conforme a su normativa, cobertura, capacidad y financiamiento aplicables. |
| No existe numeral 3-A.4. | 3-A.4. Información para el seguimiento. El seguimiento utiliza las historias clínicas, registros administrativos y sistemas de información existentes. Distingue las postergaciones justificadas por razones clínicas de las demoras o interrupciones de otra naturaleza e identifica, cuando la información disponible lo permita, su causa y el estado de las acciones adoptadas. El Ministerio de Salud determina los criterios técnicos para su evaluación, evitando duplicidad de reportes y cargas de registro innecesarias. |
| No existe numeral 3-A.5. | 3-A.5. Planificación y evaluación. El Ministerio de Salud y los demás actores responsables incorporan la evaluación de oportunidad y continuidad en sus instrumentos de planificación y seguimiento existentes, según sus competencias. En la Red Oncológica Nacional, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas articula esta evaluación con los integrantes de la Red. Los indicadores técnicos consideran tiempos de atención, interrupciones y resolución de referencias, con definiciones y desagregaciones compatibles con la |

| | |
|---|---|
| | información disponible y sus condiciones de calidad. |
| No existe numeral 3-A.6. | 3-A.6. Transparencia y rendición de cuentas. El Ministerio de Salud incorpora en los documentos de evaluación institucional que correspondan y publica en su portal institucional un balance anual de la información disponible sobre oportunidad y continuidad de la atención oncológica. El balance identifica cobertura y limitaciones de los datos, resultados de seguimiento y acciones de mejora, con desagregación territorial e institucional cuando sea técnicamente posible. Las entidades comprendidas utilizan sus mecanismos de reporte existentes para aportar la información a su cargo. La publicación es agregada y no permite identificar a pacientes. |
| No existe numeral 3-A.7. | 3-A.7. Derechos y supervisión. La aplicación del presente artículo respeta la confidencialidad y la protección de los datos personales. Los pacientes reciben información sobre la programación de su atención, las causas comunicables de su postergación y los canales existentes para presentar consultas o reclamos. La supervisión se ejerce por las autoridades competentes dentro de sus atribuciones, sin crear procedimientos sancionadores ni infracciones adicionales. |

# VIII. Análisis costo-beneficio

## 8.1 Comparación de alternativas

| ALTERNATIVA | VENTAJA | LÍMITE O RIESGO |
|---|---|---|
| Mantener normativa y reforzar fiscalización | Menor carga normativa y administrativa. | Puede bastar si el problema es solo incumplimiento; no añade regla legal de balance público. |
| Adecuación reglamentaria por el Ejecutivo | Flexibilidad técnica y uso de competencias actuales. | Debe preferirse si no se acredita vacío o necesidad legal. |
| Incorporación legal acotada propuesta | Estabilidad de criterios generales y rendición de cuentas. | Requiere acreditar valor añadido y evaluar carga incremental. |
| Mandatos de compras, infraestructura o plazos fijos | Podrían ampliar capacidad si existiera sustento y financiamiento. | No forman parte de esta iniciativa; implican decisiones ejecutivas y riesgo de gasto parlamentario. |

## 8.2 Actores, efectos monetarios y no monetarios

| GRUPO AFECTADO | BENEFICIO ESPERADO | COSTO O LÍMITE |
|---|---|---|
| Pacientes y cuidadores | Información de programación, gestión de incidencias y mejor seguimiento. | No se acredita ahorro de transporte, gasto de bolsillo ni resultado clínico causal. |
| Prestadores y financiadores | Mayor claridad para coordinar y evaluar obligaciones actuales. | Tiempo de revisión, coordinación y preparación de información; posible costo de oportunidad. |
| MINSA e INEN | Evaluación agregada y visibilidad de brechas con sistemas actuales. | Depuración, análisis y publicación pueden tener costo incremental. |

| | | |
|---|---|---|
| Gobiernos regionales | Criterios comunes y evidencia para planificación propia. | Capacidad desigual; no se garantiza disponibilidad inmediata de datos. |
| Estado y ciudadanía | Rendición de cuentas y base para fiscalización. | No se cuantifican ahorros fiscales ni rentabilidad social sin evaluación. |

### 8.3 Impacto presupuestario: no se presume costo cero

No se crea una prestación, transferencia, plaza, entidad, registro, fondo o inversión. Tampoco se impone ampliar capacidad informática. Sin embargo, comparar información, documentar incidencias, coordinar y publicar puede consumir recursos adicionales. El hecho de usar personal y sistemas existentes no prueba que esos recursos estén disponibles. Por ello no se declara ausencia absoluta de gasto ni se asigna un monto ficticio.

| COMPONENTE | COSTOS QUE DEBEN VERIFICARSE | DATO O SUSTENTO REQUERIDO |
|---|---|---|
| Gestión ya prevista en la Red | Costo basal de obligaciones vigentes. | POI, presupuesto y dotación efectiva para seguimiento; no imputar todo ese gasto a esta ley. |
| Seguimiento de demoras e interrupciones | Horas incrementales por prestador y financiador. | Número de episodios, tiempo adicional, costo oficial de personal y capacidad disponible. |
| Balance anual en documentos existentes | Depuración, análisis, publicación y revisión de privacidad. | Horas adicionales y mantenimiento institucional ya financiado. |
| Mejoras técnicas que el Ejecutivo evalúe | Desarrollo, integración, capacitación y operación recurrente, si proceden. | Informe técnico, cotización o costo institucional, programación y financiamiento efectivo. |

Método de estimación recomendado: costo incremental anual = suma del tiempo adicional de trabajo por su costo institucional más gastos adicionales de operación justificados. Una adecuación tecnológica, si resultara necesaria, exige separar costo inicial y mantenimiento. Para la proyección multianual se usa el horizonte y los supuestos que valide el MEF; no se introducen tasas de descuento, inflación o costos unitarios sin fuente. Esta expresión es una metodología propia, no una estimación monetaria.

Fuente de financiamiento: esta fórmula no habilita nuevo financiamiento. Las obligaciones vigentes se ejecutan bajo los regímenes institucionales ya aplicables. El Programa Presupuestal 0024 mencionado en la Ley 31336 no es una bolsa de libre disposición ni prueba de saldo utilizable; tampoco sustituye el financiamiento de EsSalud. No se acredita aquí una reasignación concreta. Si se identifica incremento obligatorio, deberá cuantificarse y asegurarse financiamiento efectivo antes de su aprobación, según el criterio constitucional aplicable. [14] [15]

Respecto del artículo 107, literal a), del Reglamento, la defensa jurídica de esta versión radica en su alcance de reglas generales y en no ordenar expansiones materiales. Su compatibilidad definitiva requiere demostrar que la carga regulatoria no constituye creación o aumento de gasto prohibido. Si las evaluaciones muestran lo contrario, debe retirarse o reformularse el mandato causante y considerar iniciativa del Ejecutivo; la disposición de ejecución progresiva no sana por sí sola ese defecto.[16]

---

*[14] Ley 31870, modificatoria de Ley 31336 (2023). https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2214138-1. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

*[15] DL 1440, principios y ámbito del Sistema Nacional de Presupuesto Público. https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/decreto-legislativo/18186-decreto-legislativo-n-1440/file. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

*[16] TC. Sentencia 158/2026, Exp. 00018-2023-PI/TC, fundamentos 113–118 y punto 3 del fallo. https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2026/00018-2023-AI.pdf. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

## IX. Impacto Ambiental

No corresponde una evaluación ambiental específica de la fórmula propuesta: regula criterios de gestión e información y no autoriza obras, equipos, nuevas instalaciones o tecnologías. No se atribuyen beneficios ambientales cuantificados. Las decisiones posteriores que sí involucren inversiones, equipos o residuos sanitarios deben seguir su normativa ambiental aplicable; esta ley no las exceptúa.

## IX. Vinculación de la Norma Propuesta con el Acuerdo Nacional

La propuesta se vincula con la Política de Estado 13 por su orientación al acceso oportuno, continuo y de calidad y a la articulación territorial de servicios.[17] Se vincula con la Política de Estado 24 por los criterios de evaluación de la gestión, transparencia y rendición de cuentas. Se trata de una correspondencia de objetivos, no de una fuente autónoma de financiamiento ni de competencias.[18]

---

*[17] Acuerdo Nacional. Política de Estado 13: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. Texto institucional oficial, acuerdo adoptado en 2002. https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/. Consulta: 6 de octubre de 2026.*

*[18] Acuerdo Nacional. Política de Estado 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente. Texto institucional oficial. https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/iv-estado-eficiente-transparente-y-descentralizado/24-afirmacion-de-un-estado-eficiente-y-transparente/. Consulta: 6 de octubre de 2026.*