



REPORTE TEMÁTICO N° 53/2025-2026

LEGISLACIÓN COMPARADA CUIDADO Y ATENCIÓN DEL CÁNCER

16 de octubre de 2025

I. Aspectos generales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como un grupo de enfermedades en las que células normales se convierten en tumorales, se multiplican rápidamente y pueden invadir otros órganos por metástasis. Identificar agentes cancerígenos y factores de riesgo permite aplicar estrategias para reducir la incidencia y mortalidad, mediante prevención, detección precoz y tamizaje¹. El tratamiento puede incluir quimioterapia, terapias hormonales o biológicas, radioterapia o cirugía, buscando siempre el bienestar integral y mayor supervivencia del paciente.

El cáncer es un problema global de salud pública; su vigilancia facilita medir su impacto y diseñar políticas adecuadas para su prevención, diagnóstico y tratamiento².

De acuerdo con la información que muestra la *Sala situacional de cáncer en el Perú (I trimestre 2024)* del Ministerio de Salud³ “El 43,1% de los casos registrados de cáncer tienen estadio clínico; de ellos, el 59,1% son captados en estadios III y IV, solo el 7% es captado en estadio de cáncer *in situ*”; y las mayores tasas de incidencia en dicho periodo se presentaron en Junín, Moquegua y Lambayeque.

II. Instrumentos internacionales

2.1 Resolución A/RES/70/1. De la Asamblea General de Naciones Unidas. Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Social (ODS)⁵

Resolución de carácter global, adoptada el 25 de setiembre del 2015; establece el compromiso de los países integrantes de la Organización de Naciones Unidas, para adoptar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas, que son de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal; de acuerdo con los propios desafíos y a la realidad, capacidad y nivel de desarrollo de cada país y respetando las decisiones propias de sus políticas y prioridades nacionales.

Si bien, en términos generales, los objetivos y las metas contenidas en la Agenda 2030 expresan las aspiraciones a nivel mundial, cada gobierno tiene la libertad de fijar sus propias metas nacionales y a decidir la forma de incorporar esas aspiraciones y metas mundiales en los procesos de planificación, las políticas y las estrategias nacionales.

El Objetivo 3 de la Agenda 2030 es «Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades» y entre sus metas priorizadas señala:

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Cáncer” <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

² VALLEJO Sologuren, Carlos y otros. “Situación del Cáncer en el Perú” (Lima, 2020)

<https://revistadiagnostico.fihu.org.pe/index.php/diagnostico/article/view/221/225>

³ <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE24/cancer.pdf>

transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud, esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos

3. c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

3. d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

La Meta 3.4 está directamente orientada a implementar medidas de prevención y tratamiento, para disminuir la mortalidad por enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas.⁴

2.2 Resolución WHA70.12. de la Organización Mundial de la Salud. “Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado”⁵

Aprobada en la 70ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2017, la resolución insta a los Estados miembros de la OMS a seguir implementando medidas para prevenir y controlar el cáncer y otras enfermedades no transmisibles, especialmente enfocándose en los factores de riesgo. Se pide integrar actividades de control del cáncer en la

⁴ INEI. Perú : Sistema de Monitoreo y Seguimiento de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) <https://ods.inei.gob.pe/ods/objetivos-de-desarrollo-sostenible/salud-y-bienestar>

⁵ Organización Mundial de la Salud. Res. WHA 70.12 (31/5/2017) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275677/A70_R12-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=

respuesta nacional a las enfermedades no transmisibles, siguiendo la Agenda 2030, y elaborar planes nacionales inclusivos, con recursos adecuados y mecanismos de seguimiento.

Prioriza fortalecer los sistemas de información demográfica, mejorar la calidad de datos sobre incidencia y mortalidad por cáncer, así como impulsar estrategias de prevención primaria, vacunación, diagnóstico precoz, cuidados paliativos y crear centros de excelencia. Recomendamos movilizar recursos humanos y financieros, y fomentar soluciones innovadoras para garantizar atención oncológica equitativa y acceso a medicamentos y medios de diagnóstico seguros y eficaces.

Finalmente, exhorta a los Estados al cumplimiento de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: reducir en un tercio la mortalidad prematura por cáncer y otras enfermedades no transmisibles para 2030.

III. Legislación nacional

3.1 Constitución Política del Perú (1993)⁶

El mandato constitucional establece:

Artículo 9. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10. El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento. (...)

3.2 Ley 26842, Ley General de Salud⁷

Publicada el 20 de julio de 1997

La ley establece las bases legales para organizar y regular el sistema de salud nacional, asegurando que se proteja el derecho a la salud de toda la población. Promueve principios clave como equidad, acceso universal y calidad en los servicios médicos, considerando la salud tanto un derecho fundamental como un bien público bajo la responsabilidad del Estado.

Esta legislación aborda áreas esenciales como la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención integral, rehabilitación y cuidados paliativos. También define claramente los derechos y deberes de usuarios y proveedores de servicios de salud y enfatiza la descentralización, otorgando mayor autonomía a los gobiernos regionales y locales en la gestión de la salud pública.

Asimismo, la Ley General de Salud regula la investigación médica, el control de medicamentos y productos sanitarios; y la supervisión de la calidad de los servicios. Además, incentiva la participación comunitaria en la planificación y evaluación de políticas sanitarias. El propósito es construir un sistema de salud eficiente e inclusivo

⁶ Constitución Política del Perú (1993). <https://www.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/Constitucion-abril-2024.pdf>

⁷ Ley 26842. Ley General de Salud. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H775516>

que atienda adecuadamente a toda la población, especialmente a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad.

3.3 Ley 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios oncológicos⁸

Publicada el 10 de setiembre del 2004

La norma busca mejorar el acceso a diagnósticos y tratamientos oncológicos en regiones alejadas, garantizando atención equitativa y oportuna. Promueve la creación y mejora de centros oncológicos, la capacitación de profesionales y programas de detección y prevención del cáncer. Además, impulsa la coordinación entre el Ministerio de Salud, gobiernos regionales e instituciones académicas, con el objetivo de descentralizar y elevar la calidad de los servicios oncológicos y la vida de los pacientes en Perú.

3.4 Ley 31336. Ley Nacional del Cáncer⁹

Publicada el 10 de agosto del 2021.

La ley busca mejorar la prevención, detección, tratamiento y atención integral del cáncer en el país, garantizando cobertura universal y gratuita para todos, independientemente del seguro o situación socioeconómica. Incluye acceso a apoyo psicosocial, programas de prevención y detección temprana, y tratamiento oportuno con medicinas, cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Promueve el fortalecimiento del sistema de salud oncológico en infraestructura, equipamiento, especialización e investigación, y fomenta la participación de la sociedad civil y organizaciones de pacientes en políticas públicas sobre el cáncer.

El Ministerio de Salud, junto con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y la Red Oncológica Nacional, formula y ejecuta la Política Nacional de Lucha contra el Cáncer, financiada por las instituciones de salud públicas o privadas y otros mecanismos públicos. Si alguien no cuenta con seguro, accede al SIS inmediatamente. Autoriza la renovación tecnológica del equipamiento oncológico y la mejora de infraestructura hospitalaria según el presupuesto disponible. El Estado promueve acciones inclusivas de promoción, prevención y control del cáncer basadas en evidencia.

Crea el Registro Nacional de Pacientes con Cáncer para fortalecer la vigilancia epidemiológica y permite el desarrollo de la Red Oncológica Nacional, asegurando atención especializada y seguimiento.

El Reglamento de la Ley 31336 fue aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2022-SA. Además, la Ley 31479 garantiza licencia laboral remunerada para exámenes oncológicos preventivos anuales, con compensación de horas acordada con el empleador.

⁸ Ley 28343. Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios oncológicos.

⁹ Ley 31336. Ley Nacional del Cáncer. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1289640>

LEGISLACIÓN COMPARADA
PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DEL CÁNCER

País	Países que cuentan con una Ley General para la Atención del Cáncer	Año de la norma	Objeto de la norma / derechos garantizados	Cobertura de medicamentos	Entidad especializada en atención del cáncer / Organismos responsables
Argentina	Ley 23.611 Declárese de interés nacional la lucha contra el cáncer, los linfomas, las leucemias y demás enfermedades neoproliferativas malignas	Ley 23.611 (1988)	Declara de interés nacional en la política sanitaria, la lucha contra el cáncer (art. 1).	El Instituto Nacional de Oncología tendrá en su jurisdicción el Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas y mediante la organización del programa de asistencia terapéutico-farmacológico suministrará los fármacos, poniéndolos a disposición de los sistemas asistenciales para el tratamiento de las enfermedades oncológicas y sus complicaciones. (art. 6).	Instituto Nacional de Oncología, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (art. 2)
Bolivia	Ley 1223 Ley del Cáncer	Ley 1223 (2019)	Garantiza acceso universal e integral, prevención, detección, tratamiento, cuidados paliativos (art. 1).	No especifica directamente la cobertura de medicamentos; establece el acceso universal e integral a la atención, el tratamiento y los cuidados paliativos para personas con cáncer.	Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer (art. 6).
Chile	Ley 21258 Crea la Ley Nacional del Cáncer, que rinde homenaje póstumo al doctor Claudio Mora	Ley 21.258 (2020)	Crear política nacional del cáncer con la finalidad de establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer; planificación, registro, fondo de financiamiento, garantía de derechos de pacientes (art. 1).	No establece la gratuidad de los medicamentos. El Art. 15 Inc. d), señala que por decisión de los respectivos Consejos Regionales se podrá asignar recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional que correspondan a la Región, para adquisición de medicamentos.	Ministerio de Salud; Comisión Nacional del Cáncer; Fondo Nacional del Cáncer; organismos reguladores.
Colombia	Ley 1384 de 2010 Ley Sandra Ceballos, por la cual se	Ley 1384 de 2010	Control integral del cáncer; prevención, detección, tratamiento,	No establece explícitamente la gratuidad de todos los medicamentos.	Instituto Nacional de Cancerología, avalado por

	establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia		cuidados paliativos; cáncer como prioridad en salud pública (art. 1).	El art. 10 sobre Cuidado paliativo, Parágrafo 2°, señala que, a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, accesibilidad, disponibilidad y otorgará las autorizaciones necesarias para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.	el Ministerio de la Protección Social.
Costa Rica	(Cuenta con distintas normas de salud de lucha contra el cáncer).			Para reducir la morbilidad por cáncer de cérvix, la garantiza el acceso equitativo de vacunación contra el virus de papiloma humano a niños, niñas y adolescentes y vacunaciones para la prevención del cáncer de cérvix (art. 6 de la Ley 10619).	El Ministerio de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.
El Salvador	Decreto 854 Ley para la prevención, control y atención de los pacientes con cáncer.	Decreto 854 (aproximadamente en 2021-2022)	Acceso universal e integral; prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cobertura de cuidados paliativos y rehabilitación del cáncer en cualquiera de sus manifestaciones.	No especifica directamente la gratuidad de medicamentos. El art. 4 Inc. g), señala que se garantiza el abastecimiento de medicamentos.	Ministerio de Salud. Sistema Nacional Integrado de Salud. Red Nacional de Atención del Cáncer.
España	(Cuenta con distintas normas de salud y lucha contra el cáncer).		De aplicación a todos los regímenes del sistema de la Seguridad Social (Real Decreto 1148/2011).	Ninguna norma establece la cobertura de medicamentos para el cáncer.	Ministerio de Sanidad
México	(Cuenta con distintas normas de salud y lucha contra el cáncer).		De orden público, interés social y observancia general en el territorio nacional.	Derecho a recibir diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en cualquiera de sus tipos o modalidades (art. 7, I de la Ley General para la detección oportuna del cáncer en la infancia y la adolescencia).	Instituto de Salud para el Bienestar. Unidades Médicas Acreditadas. Red de Apoyo Contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia.
Paraguay	Ley 6266	Ley 6266 (2018/2019)	Atención integral (prevención, detección precoz, diagnóstico,	El Estado garantizará el acceso oportuno a servicios de diagnóstico y tratamiento del	Instituto Nacional del Cáncer (INCAN),

	De Atención Integral a las Personas con Cáncer.		tratamiento, rehabilitación, salud mental, cuidados paliativos).	cáncer en el Sistema Nacional de Salud, conforme a las normas técnicas, protocolos y el Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas. La provisión de otras tecnologías y productos no contemplados en el listado, no serán de carácter obligatorio para el Estado (art. 18).	dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).
Perú	Ley 31336 Ley Nacional del Cáncer.	Ley 31336 (2021)	Cobertura universal, gratuita y prioritaria para pacientes oncológicos; servicios integrales.	Garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria de los servicios de salud para todos los pacientes oncológicos (art. 1).	INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) como entidad clave; el MINSA; entidades aseguradoras públicas y privadas bajo AUS.
Uruguay	(Cuenta con distintas normas de salud y lucha contra el cáncer).		Promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la enfermedad a que se refiere su denominación (art. 4, A de la Ley 16097).	La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, suministra los medicamentos con precio de venta al público y márgenes mínimos de utilidad (art. 4, I de la Ley 16097).	Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

Fuente: Constituciones nacionales y leyes relacionadas a las medidas legislativas para el cuidado y atención del cáncer de los países de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, México, Paraguay y Uruguay.

Elaboración: Área de Servicios de Información y Seguimiento Presupuestal (ASISP)

LEGISLACIÓN NACIONAL

CUIDADO Y ATENCIÓN DEL CÁNCER

Norma	Artículo
Constitución Política del Perú	Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. (...). Artículo 9. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. (...).
Ley 26842 Ley General de Salud	Artículo 1.- Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia. Artículo 2.- Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales. (...).
Ley 31336 Ley Nacional del Cáncer	Artículo 1 . Objeto de la Ley La presente norma tiene por objeto garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria de los servicios de salud para todos los pacientes oncológicos, indistintamente al tipo de cáncer que padezcan, con la finalidad de asegurar el acceso al derecho fundamental a la salud en igualdad de condiciones y sin discriminación. Artículo 2 . Ámbito de aplicación La presente ley es aplicable a nivel nacional a todas las instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas que tengan por objeto la prestación de servicios de salud oncológica en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Artículo 3 . Atención oncológica integral El Estado garantiza el acceso y la cobertura oncológica integral, que incluye la prestación de servicios de promoción, prevención, control y atención oncológica en cualquiera de sus manifestaciones, formas o denominaciones, que permita asegurar el tratamiento de calidad de las personas diagnosticadas con dicha enfermedad, a nivel nacional y en forma progresiva de acuerdo al desarrollo y la disponibilidad de recursos, incluyendo multisectoriales e intergubernamentales. Artículo 4. Política Nacional de Lucha contra el Cáncer

	El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y sus organismos públicos ejecutores en el ámbito de sus competencias, formula, implementa y evalúa la Política Nacional de Lucha contra el Cáncer o PNC. La PNC es conducida por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y ejecutada a través de la Red Oncológica Nacional, en coordinación con otros sectores involucrados y los diferentes niveles de gobierno, en el marco de los lineamientos del sector. La PNC establece los objetivos, indicadores y estándares mínimos de cumplimiento que garantizan una atención oncológica integral, considerándose como ejes vitales la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la investigación del cáncer. Artículo 5. Financiamiento 5. 1. La implementación de lo dispuesto en la presente ley se financia con carga a las diferentes instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), sean públicas o privadas, a fin de brindar una prestación idónea de los servicios oncológicos a nivel nacional, además de otros mecanismos de financiamiento público orientados por presupuesto por resultados a la prevención y control del cáncer, entre otros relacionados. 5.2. Si la persona no contara con el Seguro Social de Salud (ESSALUD) o privado, o la cobertura de este resulte insuficiente, será afiliada de manera inmediata al Seguro Integral de Salud (SIS). 5.3 Se declara de interés nacional la intangibilidad del Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer”, destinado a la prevención oncológica ya la atención integral del cáncer centrada en el paciente y su familia. El responsable técnico nacional de la gestión del Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer” es el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en coordinación con el Ministerio de Salud. 5.4 Se faculta al Ministerio de Salud, a través del órgano competente y de sus organismos públicos ejecutores, a utilizar mecanismos diferenciados de adquisición para aquellos productos farmacéuticos, dispositivos médicos y equipamiento que sean necesarios para el tratamiento de las enfermedades oncológicas, previo sustento técnico que demuestre la eficacia del gasto frente al uso de los modelos convencionales disponibles. 5.5 Se declara de interés nacional la compra centralizada de recursos estratégicos para la prevención y control del cáncer del subsector público a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) puede realizar su propia adquisición y así evitar el desabastecimiento de su farmacia. Artículo 6. Equipamiento e infraestructura Se autoriza al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y a los gobiernos regionales, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria de su sector, la renovación tecnológica del equipamiento biomédico y la ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria oncológica a nivel nacional, en concordancia con la normativa vigente. Artículo 7. Acciones de prevención y detección temprana del cáncer El Estado, a través de las entidades del sector salud de los tres niveles de gobierno y de sus organismos públicos ejecutores, incentiva y promueve la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención primaria del cáncer y control del cáncer a nivel nacional, de manera igualitaria, inclusiva y sin discriminación, de
--	--

acuerdo a estrategias basadas en evidencia y sustento técnico, considerando los factores epidemiológicos, la mayor exposición a factores de riesgo, la accesibilidad y la geográfica.

Artículo 8 . Capacitación de los servidores públicos en el ámbito de la salud.

El sector salud, a través de las instancias competentes, promueve la capacitación y especialización de los profesionales de la salud y del personal técnico y auxiliar asistencial, personal administrativo y personal de apoyo vinculados al sector salud, independientemente del régimen laboral o la modalidad de contratación bajo la cual prestan sus servicios, que brindan atención oncológica preventiva y recuperativa en los distintos establecimientos de salud a nivel nacional.

Artículo 9 . Campañas de prevención en instituciones educativas

El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación y los distintos sectores involucrados, incluyendo al sector privado, desarrolla estrategias orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades oncológicas en la comunidad educativa nacional, con proyección a toda la población, que promueven la construcción de una cultura en salud en el país.

Artículo 10 . Vigilancia epidemiológica

Autorízase al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en calidad de organismo público ejecutor, a implementar y actualizar un registro nacional de pacientes con cáncer basado en la información de los registros poblacionales y hospitalarios a nivel nacional para la adecuada vigilancia epidemiológica de las personas con un diagnóstico oncológico.

Artículo 11 . Red Oncológica Nacional

Créase, por encargo del Ministerio de Salud, la Red Oncológica Nacional, a cargo de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en su calidad de organismo público ejecutor e integrada por los institutos regionales de enfermedades neoplásicas del norte, sur y centro del país y de los diversos centros oncológicos, con el propósito de promover la implementación de centros especializados de atención oncológica integral y brindar un diagnóstico adecuado, atención oportuna y seguimiento de los pacientes con cáncer a nivel nacional.

Artículo 12. Licencia con goce de haber y posterior compensación para los trabajadores que realizan exámenes oncológicos preventivos

Los trabajadores, sin perjuicio de que sus empleadores sean del sector público o privado e independientemente de la naturaleza contractual de su vínculo laboral, tienen derecho a una licencia anual compensable, hasta por dos días hábiles, consecutivos o no, para someterse a sus exámenes preventivos oncológicos. Para acceder a esta licencia, previamente el trabajador debe coordinar con el empleador o autoridad superior, además de presentar la orden médica en la que se indiquen los exámenes a realizar. Asimismo, posteriormente deberá presentar los documentos que acrediten dicha atención.

La licencia otorgada al trabajador será compensable con horas de trabajo que serán acordadas con el empleador.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. Investigación

	El Estado fomenta la investigación y educación científica biomédica en el control del cáncer en los tres niveles de gobierno, así como en todas las diferentes entidades del Sistema Nacional de Salud, con el apoyo de universidades públicas y privadas, organizaciones de pacientes con cáncer y la cooperación técnica internacional. Segunda. Cáncer de mama y de cuello uterino Declarase de necesidad pública e interés nacional la organización y ejecución de acciones para la prevención, promoción, control y vigilancia del cáncer de mama, así como de cuello uterino y el fortalecimiento de la estrategia de vacunación contra el virus del papiloma humano en las niñas y adolescentes en etapa escolar a nivel nacional. Tercera. Telemedicina para combatir el cáncer Declarase de necesidad pública e interés nacional la atención y control oncológico a través de los servicios de telemedicina de los pacientes con diagnóstico oncológico, con especial énfasis en las personas adultas mayores y en situación de vulnerabilidad. CUARTA. Creación de la Red Nacional de Banco de Tumores Se declara de interés nacional la creación de la Red Nacional de Banco de Tumores a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS) en coordinación con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el ámbito de sus competencias. El Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud (INS), en coordinación con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), implementa la Red Nacional de Banco de Tumores (RNT), cuyo funcionamiento está a cargo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), y se rige por las disposiciones que dicta el Instituto Nacional de Salud (INS)." QUINTA. Declaración Se declara de interés nacional el fortalecimiento tecnológico del Instituto Nacional de Salud (INS), del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) para el desarrollo de evaluaciones de tecnologías sanitarias de los recursos estratégicos para la prevención y control del cáncer". Sexta. Se dispone que el Ministerio de Salud dé cumplimiento a la reglamentación de la Ley 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, bajo responsabilidad administrativa del titular del pliego, en un plazo no mayor a 30 días calendario de la publicación de la presente ley. (...).
Ley 28343	Artículo 1.- Objeto de la Ley Declárase de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos a través de Servicios o Sedes Macrorregionales del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ubicados estratégicamente en determinadas circunscripciones territoriales, a fin de detectar y tratar las enfermedades neoplásicas y desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud en relación a las mismas.

Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos	Artículo 2.- De la responsabilidad del Ministerio de Salud El Ministerio de Salud es el responsable de la conformación del equipo técnico de trabajo que impulse, supervise y monitoree el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1 de la presente Ley, así como la elaboración del Plan de Descentralización de los servicios médicos oncológicos a nivel nacional. Artículo 3.- Del desplazamiento del personal El Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades de los Institutos Armados y Sanidad de la Policía Nacional del Perú podrán autorizar el desplazamiento de los profesionales de la salud a las circunscripciones territoriales, para brindar sus servicios, sin perder sus beneficios, bajo las modalidades previstas por la ley de la materia. Artículo 4.- De la determinación de las sedes en las circunscripciones territoriales El Ministerio de Salud es el encargado de determinar las sedes de cada Servicio o Sedes Macrorregionales del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que ofrezcan los servicios médicos oncológicos en las diversas circunscripciones territoriales, así como de la conformación de los Patronatos de apoyo. (...).
Ley 29344 Ley marco de aseguramiento universal en salud	CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES Artículo 1.- Objeto de la Ley La presente Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. Artículo 2.- Ámbito de aplicación La presente Ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud y comprendidas en el Capítulo II, en todo el territorio nacional. Artículo 3. Del aseguramiento universal en salud El aseguramiento universal en salud física y mental es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional, así como los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en territorio nacional y no cuenten con ningún otro tipo de seguro vigente o con cobertura en el territorio nacional, dispongan de un seguro de salud que les permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y de los planes complementarios. El aseguramiento universal en salud incluye el derecho de cobertura de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación relacionadas a la atención en salud mental. Artículo 4.- Principios

	Los principios del aseguramiento universal en salud son los siguientes: 1. <u>Universalidad</u>. - La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú y demás documentos y convenios suscritos por el Estado peruano y otras leyes de menor jerarquía; por ello, el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. 2. <u>Solidaridad</u>. - Conjunto de actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros. 3. <u>Unidad</u>. - Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley. 4. <u>Integralidad</u>. - Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud. 5. <u>Equidad</u>. - El sistema de salud provee servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrece financiamiento subsidiado para la población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa. 6. <u>Irreversibilidad</u>. - Los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento universal en salud y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior. 7. <u>Participativo</u>. - Se define como el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal en salud. Artículo 5.- Características El aseguramiento universal en salud tiene las siguientes características: 1. <u>Obligatorio</u>. - La afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente. 2. <u>Progresivo</u>. - El proceso de aseguramiento universal en salud es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema y la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento. 3. <u>Garantizado</u>. - El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal en salud un sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones.
--	---

4.Regulado. - Las reglas que rigen a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el aseguramiento universal en salud son definidas por las instancias competentes, según lo establecido en la presente Ley.

5.Descentralizado. - El proceso se organiza de manera progresiva y descentralizada en los niveles nacional, regional y local, en concordancia con las políticas del Gobierno Nacional.

6.Portable. - La condición de asegurado, una vez incluido en el sistema, lo acompaña en todo el territorio nacional.

7.Transparente. - El proceso de aseguramiento universal en salud cuenta con mecanismos de gestión que aseguran la rendición de cuentas a la ciudadanía.

8.Sostenible. - El aseguramiento universal en salud es una política de Estado financiada con garantía de su permanencia en el tiempo.

CAPÍTULO II

DE LOS AGENTES VINCULADOS AL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 6.- Del órgano rector

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud.

Artículo 7.- De las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (artículo derogado)

Artículo 8.- De las instituciones prestadoras de servicios de salud (artículo derogado)

Artículo 9.- De la instancia supervisora

Créase la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia, a fin de velar por lo siguiente:

1. El aseguramiento universal en salud y su promoción.
2. El uso eficiente y oportuno de los fondos destinados a dicho proceso.
3. La calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones.

	4. La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal. 5. El establecimiento de mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras, vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud. 6. La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados. 7. Otras que se le asigne por ley, para el mejor cumplimiento de la supervisión del proceso de aseguramiento universal en salud. La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, además, registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud y a todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado. La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud supervisa que el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios proteja los intereses de los asegurados. La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, para el ejercicio de sus funciones, goza de facultades sancionadoras. Las infracciones y sanciones son tipificadas en el reglamento de la presente Ley. La presente disposición no afecta la competencia de supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones sobre las empresas de seguros reguladas por la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros. Artículo 10.- De la conformación del Directorio de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (artículo derogado) (...).
<u>Ley 29414</u> <u>Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud</u>	Artículo 1.- Modificaciones a la Ley General de Salud Modificanse los artículos 15, 23, 29 y el segundo párrafo del artículo 37 de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos: “Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente: 15.1 Acceso a los servicios de salud a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3 y 39, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento. b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.

- c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5 de la Ley de Trabajo Médico.
- d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.
- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

15.2 Acceso a la información

- a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.
- b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.
- c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.
- e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.
- h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.
- i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

15.3 Atención y recuperación de la salud

- a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
- b) A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.
- c) A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.
- d) A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.
- e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho.
- f) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.
- g) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.
- h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

15.4 Consentimiento informado

- a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:
 - a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.

	a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital. a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital. b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital. Artículo 23.- Las incompatibilidades, limitaciones, prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de salud, así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a los que se refiere el presente capítulo, se rige por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, los códigos de ética y deontología y las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes. Artículo 29.- El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado. La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente Ley. El establecimiento de salud queda obligado a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso de que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido. Artículo 37.- (...) Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno; asimismo, el ente rector establece los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos.” Artículo 2.- Derechos contenidos en la presente Ley La enumeración de los derechos contenidos en el artículo 15 de la Ley General de Salud no excluye los demás contenidos en dicha Ley o los que la Constitución Política del Perú garantiza. Artículo 3.- Sistema nacional de protección de los derechos de los usuarios en los servicios de salud
--	---

	Los establecimientos de salud y los órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. (...).
Ley 29761 Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud	Artículo 1. Objeto de la Ley 1.1 La presente Ley tiene el objeto de establecer los principios y el financiamiento para la atención de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud, garantizando la sostenibilidad e implementación progresiva del aseguramiento universal en salud. 1.2 La presente Ley define las reglas orientadas a fortalecer las acciones en salud, incluidas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, a través de la determinación de los mecanismos de financiamiento. Artículo 2. Ámbito de aplicación de la Ley La presente Ley es aplicable a las instituciones públicas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud, señaladas en los artículos 7 y 8 de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, en los aspectos que les correspondan. Artículo 3. Principios Los principios que orientan el financiamiento del aseguramiento universal en salud, complementarios a los principios señalados en el artículo 4 de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, son los siguientes: a. Eficiencia. Se refiere a la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el aseguramiento público sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente, administrando de manera eficiente los recursos para el financiamiento de los regímenes de aseguramiento subsidiado y semicontributivo, que se destinen al Seguro Integral de Salud (SIS) en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). b. Sostenibilidad. Se refiere a las condiciones financieras que garantizan un continuo flujo de recursos, acorde con los objetivos del aseguramiento universal, en el marco del principio del equilibrio fiscal, estableciendo criterios y mecanismos de asignación y priorización de recursos en el sector salud que permitan mejorar la equidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud a la población afiliada a los regímenes subsidiado y semicontributivo. c. Transparencia. Se refiere al acceso a la información sobre las reglas y procedimientos establecidos para el cumplimiento del objeto y propósitos del aseguramiento universal. Artículo 4. Financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) de los regímenes subsidiado y semicontributivo se financia con cargo a los recursos siguientes:

	a. Los créditos presupuestarios que se asignan anualmente al Seguro Integral de Salud (SIS) tomando como referencia, para el régimen subsidiado, el valor de la prima y el número de afiliados y, para el régimen semicontributivo, el valor de la prima, el coeficiente de financiamiento público (proporción) y el número de afiliados. b. Los aportes de la población que se afilie al régimen semicontributivo según los criterios de elegibilidad que se establezcan. Asimismo, los aportes de los trabajadores y los conductores de las microempresas, conforme lo dispone el Decreto Legislativo 1086, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del Acceso al Empleo Decente, y su reglamento. c. Los recursos que los gobiernos regionales y gobiernos locales destinen sobre la base de la adecuación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), orientados a contribuir con el cierre de brechas en afiliación y cobertura de beneficios de sus respectivas circunscripciones. d. Los recursos provenientes de la cooperación internacional y otras donaciones nacionales e internacionales. e. Otros que se otorguen por ley. Artículo 5. Creación de la Comisión Multisectorial de Aseguramiento Universal en Salud 5.1 El aseguramiento universal en salud cuenta con una Comisión Multisectorial de Aseguramiento Universal en Salud, que se constituye en el marco de la Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, conformada por representantes, entre otros, del Ministerio de Salud, los gobiernos regionales de las zonas de aseguramiento universal, del Seguro Integral de Salud (SIS) y del Ministerio de Economía y Finanzas, según sus respectivos ámbitos de competencia. 5.2 Dicha comisión propone las metas de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo conforme a los lineamientos y criterios que se establezcan en el reglamento de la presente Ley. Las metas de aseguramiento son aprobadas mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Salud, previo informe favorable del Ministerio de Economía y Finanzas, respecto a la sostenibilidad fiscal. Artículo 6. Ampliación de la cobertura de aseguramiento 6.1 El Estado, teniendo en cuenta los límites fiscales del Marco Macroeconómico Multianual y las normas de responsabilidad fiscal, considera, dentro de sus prioridades, la asignación de recursos para la ampliación progresiva de la cobertura del aseguramiento en salud y del plan de beneficios que se entrega a través del PEAS a los regímenes subsidiado y semicontributivo. 6.2 Lo establecido en el párrafo 6.1 tiene en cuenta lo sustentado por el Ministerio de Salud, considerando la ampliación de los ámbitos de aseguramiento, el incremento de la población afiliada y la cobertura de los planes de beneficios, sobre la base de la prima calculada conforme a lo previsto en la primera disposición complementaria transitoria y las metas de aseguramiento. 6.3 Los lineamientos para la determinación de la prima, la proyección del número de asegurados por cada régimen y el coeficiente de financiamiento público se establecen en el reglamento de la presente Ley.
--	--

Artículo 7. Estructura de los gastos a ser financiados

Los recursos a que hace referencia el artículo 4 son destinados a cubrir los costos fijos y variables de la prestación, el fomento de las actividades de salud pública y el cierre de las brechas de inversión.

Artículo 8. Administración de los recursos destinados a los regímenes subsidiado y semicontributivo

Los recursos destinados al financiamiento de los regímenes de aseguramiento subsidiado y semicontributivo son administrados por el Seguro Integral de Salud (SIS), en su calidad de Institución Administradora de Fondo de Aseguramiento en Salud (IAFAS), con el objeto de respaldar las obligaciones y derechos que se deriven del aseguramiento universal en salud contenido en la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su reglamento.

Artículo 9. Pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

9.1 El pago del Seguro Integral de Salud (SIS), en su calidad de Institución Administradora de Fondo de Aseguramiento en Salud (IAFAS), a otras IAFAS o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas, en el marco de los convenios o contratos de intercambio prestacional o compraventa de servicios complementarios a las prestaciones contempladas en el PEAS, se efectúa bajo las siguientes modalidades:

a. Mediante transferencias financieras a las unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y de los gobiernos regionales, en el marco de los convenios que se suscriban con el Seguro Integral de Salud (SIS), para la prestación de servicios.

b. Directamente a las IPRESS, privadas o mixtas, de acuerdo a las condiciones que se establezcan en los contratos de compraventa de servicios complementarios.

9.2 El mecanismo de pago establecido para el Seguro Integral de Salud (SIS) busca generar incentivos que promuevan la eficiencia, el fortalecimiento de la atención primaria de salud y el cierre de brechas de atención en salud, por lo que no necesariamente se circunscribe al reconocimiento de los costos variables de la atención.

Artículo 10. Fondo de financiamiento para las enfermedades de alto costo

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

El Fissal, por la presente Ley, se constituye en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

Artículo 11. Intangibilidad del financiamiento para las enfermedades de alto costo

Los recursos y bienes del Fissal son intangibles y no son destinados a fines distintos a los previstos en el artículo 21 de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y la Ley 29698, Ley que Declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padece Enfermedades Raras o Huérfanas; tampoco pueden utilizarse para financiar gastos del Seguro Integral de Salud.

Artículo 12. Recursos del Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal)

Los recursos del Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) están constituidos por:

- a. Los créditos presupuestarios destinados al Fissal, que se asignan anualmente al pliego Seguro Integral de Salud, de acuerdo a las normas presupuestales vigentes.
 - b. Los ingresos provenientes de la venta de planes de aseguramiento sobre enfermedades de alto costo que oferte el Fissal a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento (IAFAS). La fórmula para fijar las primas es determinada en el reglamento de la presente Ley. Las tarifas y mecanismos de pago son establecidos por el Ministerio de Salud mediante resolución ministerial.
 - c. Las trasferencias de recursos que efectúen el Ministerio de Salud, sus organismos públicos y los gobiernos regionales, con cargo a su presupuesto institucional aprobado. Las transferencias de partidas del Gobierno Nacional se aprueban mediante decreto supremo. En el caso de las transferencias del gobierno regional, estas se realizan mediante transferencias financieras autorizadas por acuerdo de consejo regional.
 - d. Las donaciones de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, públicas o privadas.
 - e. Otros ingresos provenientes de leyes o disposiciones complementarias que puedan generar nuevas alternativas para complementar el financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS).
- El reglamento establece el procedimiento para el cumplimiento del presente artículo.

Artículo 13. Uso de los recursos

El Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal), con cargo a sus recursos, cubre lo siguiente:

- a. Los gastos generados por la atención de las enfermedades de alto costo a los asegurados de los regímenes subsidiado y semicontributivo.
- b. Los planes a que se refiere el inciso b) del artículo 12, con los ingresos que se perciban por la venta de dichos planes.

Artículo 14. Pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

El pago del Fissal, en su calidad de IAFAS, a otras IAFAS o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas, en el marco de los convenios o contratos de intercambio prestacional o compraventa de servicios contemplados en el Listado de Enfermedades de Alto Costo, se efectúa bajo las siguientes modalidades:

- a. Mediante transferencias financieras a las unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y de los gobiernos regionales, en el marco de los convenios que se suscriban con el Fissal para la prestación de servicios.
- b. Directamente a las IPRESS privadas o mixtas, de acuerdo a las condiciones que se establezcan en los contratos de compraventa de servicios contemplados en el Listado de Enfermedades de Alto Costo.

	(...).
Ley 30421 Ley Marco de Telesalud	Artículo 1. Objeto de la Ley La presente Ley tiene el objeto de establecer los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telesalud como una estrategia de prestación de servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en el sistema nacional de salud. Artículo 2. Ámbito de aplicación El ámbito de la presente Ley comprende a todo el sector salud. Artículo 3. Definiciones Para los efectos de la presente Ley se entiende por: a. Telesalud. Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros. b. Telemedicina. Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población. c. Teleconsulta. Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud. d. Teleinterconsulta. Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud. e. Teleorientación. Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades. f. Telemonitoreo. Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud. g. Interoperabilidad. Es la capacidad de los sistemas de diversas organizaciones para interactuar con objetivos consensuados y comunes con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que los establecimientos de salud compartan información y conocimiento mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de información y comunicaciones para, finalmente, optimizar el uso de los recursos en los servicios de salud. Artículo 4. Ente rector

	El Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector del sector salud y de acuerdo a sus funciones, formula, planea, dirige, coordina, ejecuta, supervisa y evalúa la política nacional y sectorial de telesalud. Bajo dicho marco elabora el Plan Nacional de Telesalud. Asimismo, define los estándares de calidad de la provisión de los servicios de telesalud. Artículo 5. (artículo derogado) Artículo 6. (artículo derogado) Artículo 7. (artículo derogado) Artículo 8. Ejes de desarrollo de la telesalud Los ejes de desarrollo de la telesalud incluyen la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades del personal de salud, entre otros. El ente rector del sector salud define la organización de los servicios de salud. Artículo 9. Prestaciones de los servicios de telesalud Las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress) deben incorporar, en forma progresiva, en su cartera de servicios la prestación de los servicios de telesalud, garantizando su sostenibilidad. Artículo 10. Financiamiento de las prestaciones Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (lafas) y otras modalidades de aseguramiento garantizan el financiamiento de los servicios de telesalud. Artículo 11. Interoperabilidad El Ministerio de Salud (Minsa), en coordinación con la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) -a través de la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática (Ongei)-, establece las normas técnicas y estándares de interoperabilidad para la implementación de la telesalud en el sistema nacional de salud, con el propósito de intercambiar, transferir y utilizar datos, información y documentos por medios electrónicos, a través de los sistemas de información. Artículo 12. Seguridad de la información El Ministerio de Salud (Minsa), en coordinación con la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) -a través de la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática (Ongei)-, establece normas complementarias sobre seguridad de la información para la implementación de la telesalud en el sistema nacional de salud. Artículo 13. Fortalecimiento de capacidades en telesalud El Ministerio de Salud (Minsa) implementa las políticas de formación y fortalecimiento de capacidades en telesalud en instituciones de educación superior que forman profesionales de la salud.
--	---

Ley 30545 Ley que deroga el Decreto Legislativo 1305 y restituye al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas la condición de Organismo Público Ejecutor	Artículo 1. Derogación del Decreto Legislativo 1305 Derógase el Decreto Legislativo 1305, Decreto Legislativo que optimiza el funcionamiento y los servicios del sector salud. Artículo 2. Restitución de las normas derogadas o modificadas por el Decreto Legislativo 1305 Restitúyase la vigencia de las siguientes normas con sus modificatorias y derogatorias vigentes hasta la dación del Decreto Legislativo 1305, Decreto Legislativo que optimiza el funcionamiento y los servicios del sector salud: 2.1. Inciso a) del artículo 32 de la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud. 2.2. Cuarta Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. 2.3. Decreto Legislativo 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud. 2.4. Ley 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN. Asimismo, restitúyase la vigencia de las demás normas derogadas o modificadas en forma tácita por el Decreto Legislativo 1305, Decreto Legislativo que optimiza el funcionamiento y los servicios del sector salud. Artículo 3. Sobre los efectos del Decreto Legislativo 1305 Quedan sin efecto los actos administrativos, las resoluciones y demás disposiciones dictadas al amparo del Decreto Legislativo 1305, Decreto Legislativo que optimiza el funcionamiento y los servicios del sector salud. (...).
Ley 30577	Artículo 1. Declaración de interés público Declárase de interés público el equipamiento, la ampliación y el fortalecimiento del Departamento de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio al usuario. Artículo 2. Instituciones involucradas El Ministerio de Salud y el Gobierno Regional del Callao, con cargo a sus presupuestos institucionales, planifican acciones con la finalidad de dar viabilidad y ejecutar el respectivo proyecto de inversión pública que permita lograr el equipamiento, la ampliación y el fortalecimiento del Departamento de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Artículo 3. Informe al Congreso de la República

Ley que declara de interés público el equipamiento, la ampliación y el fortalecimiento del Departamento de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao	El Ministerio de Salud informa a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República, de manera trimestral, los avances sobre el equipamiento, la ampliación y el fortalecimiento del Departamento de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. (...).
Ley 30721 Ley que declara de prioritario interés público la implementación del servicio de oncología, sobre la base del preventivo especializado, en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón en la provincia del Santa, departamento de Áncash	Artículo 1. Declaración de prioritario interés público Declárase de prioritario interés público la implementación del servicio de oncología, sobre la base del actual preventivo especializado, en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón en la provincia del Santa, departamento de Áncash. Artículo 2. Responsabilidad del Gobierno Regional de Áncash El Gobierno Regional de Áncash es responsable de ejecutar las medidas y acciones necesarias para el cumplimiento de la presente ley. Artículo 3. Responsabilidad del Ministerio de Salud El Ministerio de Salud brinda la asistencia técnica al Gobierno Regional de Áncash para la implementación del servicio de oncología, sobre la base del preventivo especializado, en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón en la provincia del Santa, departamento de Áncash. (...).
Ley 31006	Artículo 1. Establecimiento de la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer Establécese la tercera semana de octubre de cada año como la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer. Artículo 2. Finalidad de la Ley

[Ley que establece la tercera semana de octubre de cada año como la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer](#)

La presente ley tiene por finalidad promover estrategias de promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento inmediato para la disminución del cáncer a nivel nacional, para sensibilizar a la población en general mediante la información y la educación acerca de los beneficios y la importancia de adoptar oportunamente conductas y estilos de vida saludables para la prevención de esta enfermedad, y para generar o fortalecer políticas públicas y estrategias intrasectoriales, multisectoriales e intergubernamentales orientadas a luchar contra este flagelo.

Artículo 3. Comisión de Coordinación de la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer

Créase la Comisión de Coordinación de la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer, la cual está integrada por un representante de las siguientes instituciones:

- a) Ministerio de Salud, cuyo representante la preside.
- b) Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, cuyo representante actúa como secretario técnico.
- c) Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
- d) Ministerio de Educación.
- e) Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- f) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- g) Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales.
- h) Otras que consideren la comisión de coordinación.

Artículo 4. Actividades de la Comisión de Coordinación de la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer

La Comisión de Coordinación de la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer desarrolla las siguientes actividades:

- a) Promoción de hábitos de conducta saludable y de prevención del cáncer, prioritariamente en escuelas y centros de trabajo.
- b) Desarrollar acciones preventivas que desalienten el consumo de productos que son factores de riesgo para el desarrollo del cáncer.
- c) Promueve y desarrolla actividades conmemorativas y de sensibilización durante la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer y en las fechas que estime convenientes, conforme a la legislación.
- d) Otras que establezcan en el pleno de la comisión de coordinación.

	Artículo 5. Norma derogatoria Déjase sin efecto la Resolución Ministerial 455-2017-MINSA, por la que se declara la tercera semana del mes de octubre de cada año como la Semana Perú contra el Cáncer y se conforma grupo de trabajo. (...)
Ley 31041 Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente	Artículo 1 . Objeto de la ley La presente ley tiene por objeto garantizar la detección oportuna y atención integral de calidad de los niños y adolescentes con enfermedades oncológicas y que permita disminuir de manera significativa la tasa de diagnóstico tardío, abandono de tratamiento y morbilidad. Artículo 2. Beneficiarios Los beneficiarios serán aquella población menor de 18 años a la que se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes y por médico especialista, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades. Artículo 3 . Cobertura de salud Los beneficiarios de la presente ley contarán con una cobertura universal de salud en materia oncológica para todos los tipos de cáncer, recibiendo de manera prioritaria y gratuita atención de prevención y tratamiento integral de calidad. Si el beneficiario no contara con seguro social (EsSalud) o privado, o la cobertura de este resultase insuficiente será afiliación de manera inmediata al Seguro Integral de Salud, presentando como único requisito su documento nacional de identidad (DNI). Si el beneficiario paciente oncológico que encontrándose en tratamiento haya cumplido los dieciocho (18) años, continuará con cobertura universal e integral de salud hasta la finalización de su tratamiento. Artículo 4 . Modelo integral de atención A partir de la confirmación del diagnóstico de cualquier tipo de cáncer y hasta que el tratamiento concluya, las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) autorizarán todos los servicios que requieran el menor, de manera inmediata y garantizarán dicha cobertura integral. En caso de que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) no cuenten con este servicio o con la capacidad resolutive, referencian al paciente a otro establecimiento en coordinación con la entidad receptora que esta seleccione, sin que sea una limitante, el pago de copagos o garantías ni los períodos de carencia. Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) o las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), que no cumplan con lo dispuesto en este artículo, retarden, obstaculicen o dificulten el acceso inmediato del menor a los servicios que requieren, serán sancionadas con una infracción muy grave de acuerdo con el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de Nivel III, bajo el mejoramiento y ampliación de la capacidad de respuesta en el tratamiento ambulatorio de la oncología pediátrica, establecen redes integradas de servicios de alcance descentralizado, permitiendo de este modo que los niños y adolescentes como una población potencialmente vulnerable puedan acceder a tratamientos altamente especializados, de calidad y con calidez, promoviendo la prevención y la atención oncológica pediátrica integral, con miras a reducir significativamente la mortalidad por cáncer en la población infantil y adolescente de nuestro país.

Artículo 5 . Equipos de coordinación de telemedicina en cáncer

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), públicas en coordinación y colaboración con el INEN y EsSalud desarrollan labor asistencial de telemedicina en especial a pacientes beneficiarios de la presente ley, a través de un equipo responsable para el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Artículo 6 . subsidio oncológico

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

Artículo 7 . programa nacional

Declarase de interés nacional la creación en el Ministerio de Salud del Programa Nacional de Cáncer en Niños y Adolescentes en coordinación con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el ámbito de sus competencias.

Artículo 8 . Del registro nacional y observatorio de niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer

El Ministerio de Salud como ente rector de salud, garantiza la protección de datos de los niños y adolescentes afectados por la enfermedad de todo tipo de cáncer.

Con ese fin, el Registro Nacional de niños y adolescentes con cáncer se mantiene en el nivel nacional y regional, información actualizada de los niños y adolescentes afectados por cáncer, de forma estadística y anonimizada, y no nominal.

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información, diseña el soporte informático que permite el acceso a la información individual de los pacientes, a partir de las historias clínicas a cargo del establecimiento de salud público o privado donde se atiende, y este es responsable de reportar al nivel de red y de la autoridad regional de salud, los casos que atienda, basados en el uso del identificador de datos en salud correspondientes.

El Ministerio de Salud implementará en coordinación con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), un observatorio nacional de lucha contra el cáncer infantil con el objeto de monitorear, sistematizar y registrar los datos estadísticos. El tratamiento de la información se rige por la normativa que regula la materia.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS

PRIMERA. Modificación de los artículos 1 y 2 de la Ley 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave.

	Modificar los artículos1 año2 de la Ley 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave, cuyos textos son los siguientes: “Artículo 1. Objeto de la Ley La presente ley tiene por objeto establecer el derecho del trabajador de la actividad pública y privada a gozar de licencia en los casos de tener un hijo, padre o madre, cónyuge o conviviente, o persona bajo su curatela o tutela, enfermo diagnosticado en estado grave o terminal, o que sufra accidente que ponga en serio riesgo su vida, con el objeto de asistirlo. Artículo 2. Licencia por enfermedad grave o terminal o por accidente grave La licencia a que se refiere el artículo 1 es otorgada por el plazo máximo de siete días calendario, con goce de haber. De ser necesario más días de licencia, estos son concedidos por un lapso adicional no mayor de treinta días, a cuenta del derecho vacacional. De existir una situación excepcional que haga ineludible la asistencia al familiar directo, fuera del plazo previsto en el párrafo precedente, se pueden compensar las horas utilizadas para dicho fin con horas extraordinarias de labores, previo acuerdo con el empleador. De manera excepcional y única se otorga licencia con goce de haber por el período no mayor a un año y de acuerdo con las necesidades del trabajador cuyo hijo, niño o adolescente menor de 18 años sea diagnosticado de cáncer por el médico especialista, el cual deberá ser cubierto los primeros veintiún (21) días por el empleador y el tiempo restante por EsSalud”. SEGUNDA. Modificación de la primera disposición complementaria final de la Ley 30421, Ley Marco de Telesalud Modificar la primera disposición complementaria final de la Ley 30421, Ley Marco de Telesalud, cuyo texto es el siguiente: PRIMERA. Declaración de interés nacional Declarase de interés nacional la incorporación de la telesalud en el sistema nacional de salud y de prioridad en su implementación a los pacientes con cáncer”. <table><tr><td>DISPOSICIONES</td><td>COMPLEMENTARIAS</td><td>FINALES</td></tr><tr><td colspan="3"> PRIMERA. Declarase de interés y necesidad pública la implementación de las sedes macrorregionales del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en concordancia al denominado Plan Esperanza, en las regiones de Áncash, Apurímac, Loreto, Lambayeque, Cajamarca, Cusco, Puno, San Martín y otras regiones. SEGUNDA. Declarase de interés y necesidad pública la construcción de infraestructura para los servicios de pediatría en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). TERCERA. El Poder Ejecutivo en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario reglamenta la presente ley. (...). </td></tr></table>	DISPOSICIONES	COMPLEMENTARIAS	FINALES	PRIMERA. Declarase de interés y necesidad pública la implementación de las sedes macrorregionales del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en concordancia al denominado Plan Esperanza, en las regiones de Áncash, Apurímac, Loreto, Lambayeque, Cajamarca, Cusco, Puno, San Martín y otras regiones. SEGUNDA. Declarase de interés y necesidad pública la construcción de infraestructura para los servicios de pediatría en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). TERCERA. El Poder Ejecutivo en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario reglamenta la presente ley. (...).		
DISPOSICIONES	COMPLEMENTARIAS	FINALES					
PRIMERA. Declarase de interés y necesidad pública la implementación de las sedes macrorregionales del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en concordancia al denominado Plan Esperanza, en las regiones de Áncash, Apurímac, Loreto, Lambayeque, Cajamarca, Cusco, Puno, San Martín y otras regiones. SEGUNDA. Declarase de interés y necesidad pública la construcción de infraestructura para los servicios de pediatría en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). TERCERA. El Poder Ejecutivo en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario reglamenta la presente ley. (...).							

<u>Ley 31181</u> <u>Ley que declara de interés nacional la prevención, la detección temprana y el tratamiento contra el cáncer pulmonar</u>	Artículo Único. Objeto de la Ley Declarase de interés nacional la prevención, la detección temprana y el tratamiento contra el cáncer pulmonar, incluyendo los cuidados paliativos. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES Primero. En concordancia con el artículo 34 de la Ley 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, el Ministerio de Salud dispone la inclusión en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales los insumos necesarios referidos a la terapia biológica que resulte más efectiva para el tratamiento del cáncer pulmonar, dentro de los 30 días a partir de la vigencia de la presente norma. Segunda. El Ministerio de Salud aprobará las guías de práctica clínica aplicables para la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer pulmonar, incluyendo la terapia biológica, en el plazo de 30 días de la entrada en vigencia de la presente ley. (...).
<u>Ley 31426</u> <u>Ley que declara de interés nacional y necesidad pública el mejoramiento y ampliación de los servicios oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Dr. Luis Pinillos Ganoza, IREN Norte</u>	Artículo 1. Objeto La presente ley tiene por objeto declarar de interés nacional y necesidad pública el mejoramiento y ampliación de los servicios oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Dr. Luis Pinillos Ganoza, IREN Norte de la ciudad de Trujillo, región La Libertad, para cerrar la brecha de necesidades insatisfechas de la macrorregión norte. Artículo 2 . Cartera de servicios oncológicos La reformulación de la cartera de servicios oncológicos implica ampliación y mejoramiento de las unidades productoras de servicios con medicamentos, insumos, equipos e infraestructura para las áreas de las especialidades médicas, quirúrgicas, de apoyo y soporte a la gestión. DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL Única. El Poder Ejecutivo aprueba, dentro de un plazo de 90 días calendario contados a partir de la aprobación de la presente ley, la reformulación de la cartera de servicios oncológicos. Asimismo, da cuenta a la Comisión de Salud del Congreso de la República sobre su cumplimiento. (...).
<u>Ley 31561</u> <u>Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención</u>	Artículo 1. Objeto de la Ley La presente ley tiene por objeto establecer medidas complementarias para la prevención del cáncer en las mujeres, el control y atención especializada del cáncer de mama y de cuello uterino, así como de otros diagnósticos oncológicos que padece la población, independientemente de la condición socioeconómica o de vulnerabilidad social que atraviesen, sobre todo, la población vulnerable con la finalidad de obtener diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación adecuada y oportuna.

[oncológica
especializada](#)

Artículo 2. Ámbito de aplicación

La presente ley es aplicable a nivel nacional a todas las instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas que tengan por objeto brindar servicios de salud oncológica.

Artículo 3. Derecho de licencia para exámenes de detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino

Las mujeres trabajadoras de la actividad pública y privada, incluida la Policía Nacional del Perú y las Fuerzas Armadas, tienen derecho a un día al año de licencia con goce de haber, cuando concurren a realizados los exámenes de detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.

El procedimiento, modo y plazos para la acreditación de los exámenes de detección temprana se establecen en el reglamento de la Ley.

Artículo 4. Cobertura de la atención quirúrgica reconstructiva a los pacientes con cáncer de mama.

Las aseguradoras, sean públicas o privadas, se incorporan en sus planes de seguro y que requieren indicación del médico tratante lo siguiente:

- a) Cirugía reconstructiva para los pacientes con cáncer de mama que hubieran tenido una mastectomía parcial o total.
- b) Procedimientos quirúrgicos que contemplen la posibilidad de dispositivos médicos según el tipo de cáncer que padezca el paciente.
- c) Tratamientos especializados que contribuyan a la rehabilitación física, psicológica y psiquiátrica.

Asimismo, los establecimientos de salud públicos o privados establecieron un procedimiento para la atención prestacional prioritaria de los pacientes con diagnóstico oncológico.

Artículo 5. Atención prioritaria de los pacientes oncológicos

El titular del establecimiento de salud designa a un responsable de la atención prioritaria del paciente con diagnóstico oncológico, con el objetivo de brindar una atención oportuna y eficiente, que emita una alerta oncológica del diagnóstico definitivo e inicie el tratamiento en el más breve plazo.

Artículo 6. Soporte a los cuidadores familiares de pacientes con cáncer

El Ministerio de Salud y sus organismos competentes, en coordinación con los gobiernos regionales y locales, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, implementan programas de apoyo dirigidos a los cuidadores familiares de los pacientes con cáncer de mama y cuello uterino, así como otras formas de cáncer que padecen principalmente las mujeres.

Los programas incluyen asesoramiento e información sobre el manejo de la enfermedad, la creación de redes de apoyo de pacientes y cuidadores, el soporte psicológico o emocional y la implementación de albergues temporales, entre otros, por cuenta de las propias instituciones o mediante convenios con entidades sin fines de lucro.

Artículo 7. Actualización de los instrumentos técnicos de gestión y atención especializada

El Ministerio de Salud actualiza las normas y dispositivos técnicos de detección temprana, las tecnologías sanitarias, incluyendo tecnologías aplicables en zonas rurales. La actualización incluye los planes nacionales de prevención y control del cáncer de mama y de cuello uterino, las guías técnicas sobre enfermedades

	oncológicas, el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y el Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales (PNUDEME), de acuerdo con las prácticas clínicas internacionales y los documentos técnicos aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), el Instituto Nacional de Salud (INS), y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Las asociaciones de pacientes, la academia especializada y otras organizaciones de la sociedad civil que cuenten con experiencia acreditada participante en la formulación y actualización de los referidos petitorios nacionales. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES PRIMERA. Información del cumplimiento de la Ley El Ministerio de Salud, el mes de mayo de cada año, informa a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República, el estudio descentralizado de estimación del presupuesto necesario para la prevención y control del cáncer de mama y cuello uterino a nivel nacional, tomando en cuenta las disposiciones de la presente ley y la segunda disposición complementaria final de la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer. SEGUNDA. Reglamento El Poder Ejecutivo en un plazo máximo de sesenta (60) días calendario reglamenta la presente ley. (...).
<u>Ley 31599</u> <u>Ley que declara de interés nacional y necesidad pública la construcción, implementación y funcionamiento de institutos oncológicos regionales</u>	Artículo 1.- Declaración de interés nacional y necesidad pública Declarase de interés nacional y necesidad pública la construcción, implementación, equipamiento y funcionamiento de institutos oncológicos en las regiones del Perú, en el marco de la Red Oncológica Nacional a cargo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Artículo 2.- Financiamiento El financiamiento se realiza con carga al programa presupuestal 0024 “Prevención y control del Cáncer” y otros presupuestos a carga de los pliegos involucrados. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES Primera.- Acciones del INEN, el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Ministerio de Salud y sus órganos competentes, así como los gobiernos regionales, en el marco de sus competencias y funciones, están involucrados y coordinan la realización de las acciones pertinentes para el cumplimiento de la presente ley. Segunda.- Priorización, distribución y programación de los institutos oncológicos en las regiones del país El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en coordinación con el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, elabora la priorización, distribución y programación de los institutos oncológicos en las regiones del país, en el marco de la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, y la Ley 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). (...).

Ley 31623 Ley que declara de interés nacional y necesidad pública la construcción e implementación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) en el departamento de Ica	Artículo 1. Declaración de interés nacional y necesidad pública Se declara de interés nacional y necesidad pública la construcción e implementación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) en el departamento de Ica, con la finalidad de proteger a la población, prevenirla de enfermedades oncológicas y garantizar la atención integral del cáncer en servicios especializados de calidad, de manera efectiva y oportuna para cerrar las brechas de necesidades insatisfechas de la población del departamento de Ica. Artículo 2. Fortalecimiento de los servicios oncológicos del departamento de Ica En el marco de la declaratoria de interés nacional y necesidad pública, establecida en el artículo 1, el Ministerio de Salud, el Gobierno Regional de Ica y los establecimientos de salud establecerán las disposiciones específicas para el fortalecimiento de los servicios oncológicos del departamento de Ica, y de los servicios de soporte al diagnóstico y al tratamiento del cáncer (anatomía patológica, diagnóstico de imágenes, patología clínica), con la finalidad de fortalecer su red oncológica regional, y sus redes integradas de salud (RIS), diseñando el mejoramiento de la capacidad de respuesta. del servicio de oncología del Hospital Regional de Ica y la necesidad de implementar servicios oncológicos en los otros establecimientos de salud del departamento. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES PRIMERA. Proyecto de construcción e implementación. El Ministerio de Salud coordina con el Gobierno Regional de Ica para la elaboración del proyecto de construcción y la ejecución del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN), en el departamento de Ica, que será implementado conforme a la programación y disponibilidad presupuestal. SEGUNDA. El Ministerio de Salud en concordancia con la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, y el Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer 2020-2024 da cuenta a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República sobre las gestiones realizadas en el marco de la declaratoria de la presente ley. (...).
Ley 31682 Ley que declara de necesidad pública e interés nacional la implementación y mejoramiento de diversos establecimientos de salud en los departamentos de Arequipa, Cajamarca, Cusco, La Libertad, Lambayeque, Lima,	Artículo 1. Declaración de necesidad pública e interés nacional Se declara de necesidad pública e interés nacional la implementación y mejoramiento de los siguientes establecimientos de salud, ubicados en las localidades señaladas en cada caso: 1) Establecimiento de salud en el distrito de Chuquibamba, provincia de Condesuyos, departamento de Arequipa. 2) Establecimiento de salud en el distrito y provincia de Caylloma, departamento de Arequipa. 3) Establecimiento de salud Hospital de Apoyo de Celendín en la provincia de Celendín, departamento de Cajamarca. 4) Establecimiento de salud Túpac Amaru en la provincia de Canchis, departamento del Cusco. 5) Establecimiento de salud Hospital Belén de la provincia de Trujillo y el Hospital Regional Docente de Trujillo en el departamento de La Libertad.

Madre de Dios,
Pasco, Puno y San
Martín.

- 6) Hospital Docente Las Mercedes en la provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque.
- 7) Establecimiento de salud Nuevo Hospital de Barranca, provincia de Barranca, departamento de Lima.
- 8) Establecimiento de salud Centro Materno Infantil Lomas de Carabayllo en el distrito de Carabayllo, provincia y departamento de Lima.
- 9) Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el distrito, provincia y departamento de Lima.
- 10) Establecimiento de salud en San Cosme, distrito de La Victoria, provincia y departamento de Lima.
- 11) Hospitales Santa Rosa, San Martín de Porres de Iberia, y de Mazuko en Inambari, del departamento de Madre de Dios.
- 12) Establecimiento de salud en el distrito de Paucartambo, provincia y departamento de Pasco.
- 13) Hospital en la provincia de Sandia, departamento de Puno.
- 14) Establecimiento de salud Hospital Regional de Enfermedades Neoplásicas de la provincia de Juliaca, departamento de Puno.
- 15) Establecimiento de salud en el distrito de Campanilla, provincia de Mariscal Cáceres, departamento de San Martín.
- 16) Establecimientos de salud en el distrito de Tabalosos, distrito de Uchiza Pongo de Caynarachi y Chazuta, departamento de San Martín.
- 17) Establecimiento de salud en el distrito de Uchiza, provincia de Tocache, departamento de San Martín.
- 18) Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) en el departamento de Puno.
- 19) Hospital Macrorregional de Alta Complejidad en Juliaca, departamento de Puno.
- 20) Servicio de la unidad oncológica del establecimiento de salud de la provincia de Lamas, departamento de San Martín.

Artículo 2. Alcances

La declaración a que se contrae el artículo 1 comprende la construcción, ampliación, mejoramiento, modernización, equipamiento, mantenimiento y dotación de los recursos humanos necesarios para la operación sostenible de los establecimientos de salud, según corresponda, con carga a los pliegos institucionales de las entidades públicas comprometidas, sin demandar recursos adicionales al tesoro público.

	Para el efecto, y cuando corresponda, los pliegos presupuestales priorizan las inversiones y programan los recursos de conformidad con lo dispuesto en el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones. Artículo 3. Acciones a cargo de las instituciones competentes El Ministerio de Salud, a través de las redes integradas de salud, y los gobiernos regionales, según corresponda, en el marco de sus respectivas competencias y funciones, desempeña las acciones pertinentes para el cumplimiento de la presente ley. (...).
Ley 32070 Ley que declara Día Nacional de la Reinserción Laboral, Familiar y Social del Paciente Oncológico y del Paciente Laringectomizado el 8 de febrero de cada año	Artículo 1 . Día Nacional de la Reinserción Laboral, Familiar y Social del Paciente Oncológico y del Paciente Laringectomizado Se declara Día Nacional de la Reinserción Laboral, Familiar y Social del Paciente Oncológico y del Paciente Laringectomizado el 8 de febrero de cada año a fin de que las instituciones públicas, privadas, mixtas y la sociedad civil realicen acciones de concientización, sensibilización, prevención y promoción que contribuyan a la rehabilitación, reinserción familiar, laboral y social de quienes han sido víctimas del cáncer, especialmente del cáncer de laringe. Artículo 2. Actividades Se dispone la incorporación de actividades de concientización, sensibilización, de promoción y prevención relativas a la celebración de este día en el calendario cívico escolar y en el calendario festivo nacional, así como el fomento de actividades académico-científicas multidisciplinarias en los diferentes establecimientos de salud del país. DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL ÚNICA. Acciones a cargo del Poder Ejecutivo Se encarga al Poder Ejecutivo, a través de los Ministerios de Salud, de Educación, de Trabajo y Promoción del Empleo y de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, según sus competencias, la promoción y realización de las acciones en favor del paciente laringectomizado, en cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley. (...).
Ley 32319 Ley que establece medidas para facilitar el acceso a medicamentos y productos biológicos registrados en países de alta vigilancia sanitaria destinados al tratamiento de enfermedades raras.	Artículo 1 . Objeto de la Ley La presente ley tiene por objeto establecer medidas para facilitar el acceso, a través de la inscripción y reinscripción en el Registro Sanitario de medicamentos y productos biológicos registrados en países de alta vigilancia sanitaria, destinados al tratamiento de enfermedades raras, huérfanas, cáncer y demás enfermedades, con el fin de fortalecer el acceso oportuno, de calidad y equitativo a estos, y garantizar el derecho fundamental a la salud ya la vida de toda persona. Artículo 2 . Ámbito de aplicación Están comprendidos en la ley los medicamentos y productos biológicos destinados al tratamiento de enfermedades raras, huérfanas, cáncer y demás enfermedades, registrados y comercializados en países de alta vigilancia sanitaria. El Ministerio de Salud establece las enfermedades raras y huérfanas, en el plazo de treinta días calendario computados desde la entrada en vigor de la presente ley, bajo responsabilidad funcional.

huérfanas, cáncer y demás enfermedades.	Artículo 3 . Medidas y requisitos para facilitar la inscripción y reinscripción en el Registro Sanitario Se exonera de la aplicación de lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de la Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, a los medicamentos y productos biológicos destinados al tratamiento de enfermedades raras, huérfanas, cáncer y demás enfermedades que cuenten con el registro y se comercialicen en los países de alta vigilancia sanitaria. Estos productos están sujetos a un procedimiento de evaluación acelerada en un plazo no mayor de cuarenta y cinco días calendario con silencio administrativo positivo, siempre que cumpla con remitir la información completa de calidad, seguridad y eficacia en formato del documento técnico común, el mismo que fue autorizado en el país de alta vigilancia sanitaria, en idioma inglés o español, y que incluye los estudios de estabilidad en la zona climática IV-A o IV-B; así como el certificado de producto farmacéutico o certificado de libre comercialización, que acredita que el mismo producto farmacéutico se encuentra autorizado y se está comercializando en dicho PAVS; plan de gestión de riesgos; rotulados, ficha técnica e inserto, en idioma español, y certificado de liberación de lote emitido por la autoridad competente del país de origen para el caso de vacunas y derivados de plasma. La vigencia y las condiciones de actualización (modificaciones o cambios en el registro sanitario y cumplimiento de obligaciones específicas) en el registro sanitario serán la misma que la otorgada en el PAVS. Artículo 4 . Condición para la aplicación de las medidas para facilitar la inscripción y reinscripción en el Registro Sanitario Los medicamentos y productos biológicos destinados al tratamiento de enfermedades raras, huérfanas, cáncer y demás enfermedades, deben encontrarse registrados y comercializarse en algún país de alta vigilancia sanitaria, contar con el registro autorizado y producirse para la zona climática IV-A o IV-B establecida por la Organización Mundial de la Salud. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES PRIMERA. declaracion de interes nacional Se declara de interés nacional el fortalecimiento y modernización de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID, a fin de promover su funcionamiento con altos estándares internacionales, a nivel de países de alta vigilancia sanitaria. SEGUNDA. Aplicación inmediata Lo dispuesto en la presente ley es de aplicación inmediata. Deróguese el artículo 9 de la Ley 29698 incorporado en la Ley 31738. TERCERA. Aspectos no regulados Los aspectos no regulados en la presente ley se rigen por las disposiciones contenidas en la Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, aprobada con la Ley 29459 sus reglamentos y modificatorias. (...).
Ley 32322	Artículo único . Modificación del artículo 42 del Decreto Legislativo 650, Ley de Compensación por Tiempo de Servicios Se modifica el artículo 42 del Decreto Legislativo 650, Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, con el siguiente texto:

Ley que modifica el Decreto Legislativo 650, Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, a efectos de facultar el retiro de hasta el 100% de la Compensación por Tiempo de Servicios para casos de enfermedad terminal o diagnóstico de cáncer, y cubrir necesidades por la crisis económica	Artículo 42.- El trabajador podrá efectuar retiros parciales de libre disposición con carga a su depósito CTS e intereses acumulados siempre que no exceda del 50% de los mismos. El trabajador en caso de ser diagnosticado con enfermedad terminal o cáncer, debidamente acreditados ante el empleador, podrá efectuar, en cualquier momento, el retiro del 100% de su depósito CTS e intereses acumulados. El cálculo se efectúa a la fecha en que el trabajador solicita dicho retiro total.” DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA ÚNICA . Disponibilidad temporal de los depósitos de la Compensación por Tiempo de Servicios Se autoriza, por única vez y hasta el 31 de diciembre del 2026, a los trabajadores, comprendidos en los alcances del Decreto Legislativo 650, Ley de Compensación por Tiempo de Servicios cuyo Texto Único Ordenado fue aprobado por el Decreto Supremo 001-97-TR, a disponer libremente del 100% de los depósitos por Compensación por Tiempo de Servicios (CTS) efectuados en las entidades financieras y que tengan adquiridos a la fecha de disposición. DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL ÚNICA . Adecuación de Texto Único Ordenado y de norma reglamentaria El Poder Ejecutivo, en un plazo no mayor a treinta días calendario, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, adecúa el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo 650, Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobado por el Decreto Supremo 001-97-TR, así como su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo 004-97-TR. (...).
Decreto Legislativo 1504 Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades	Artículo 1.- Objeto El presente Decreto Legislativo dicta medidas que fortalecerán al Instituto Nacional de Salud y la rectoría del Ministerio de Salud para la prevención y control de las enfermedades, a fin de mejorar la salud pública, promover el bienestar de la población y contribuir con el desarrollo sostenible del país. Artículo 2.- Ámbito de Aplicación El presente Decreto Legislativo es de aplicación: 2.1 A las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, dedicadas a la investigación, innovación y tecnologías en salud; así como a epidemias e inteligencia sanitaria; y aquellas dedicadas y/o relacionadas a las actividades de laboratorio que brindan servicios de salud pública. 2.2 Al Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, entidades que forman parte del Sistema Nacional de Salud, y demás entidades públicas comprendidas en el Artículo I, del TÍTULO PRELIMINAR, del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, siempre que tengan competencia en materia de salud. Artículo 3.- Finalidad

Son multas del presente Decreto Legislativo los siguientes:

- a) Fortalecer el Sistema Nacional de Salud para asegurar la articulación intra e intersectorial, intergubernamental, de las entidades públicas y privadas, y de la población para el cumplimiento de las políticas de salud.
- b) Fortalecer el sector salud, mediante la organización y gestión eficiente del Instituto Nacional de Salud a favor de la salud pública en el país.
- c) Derogado
- d) Contribuir con el control de las enfermedades que afectan la vida de la población.
- e) Mejorar la investigación, desarrollo e innovación, y las tecnologías en salud con la participación de instituciones públicas, privadas y el sector académico.

Artículo 4.- Naturaleza Jurídica

El Instituto Nacional de Salud (INS) es un organismo público técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía funcional, administrativa, económica y financiera en el ejercicio de sus atribuciones; constituye un pliego presupuestal.

Artículo 5.- Domicilio

El INS tiene domicilio legal y sede principal en la ciudad de Lima. De acuerdo a la necesidad puede establecer órganos desconcentrados en el territorio nacional.

Artículo 6.- Ámbito de Competencia

El INS, en materia de salud, tiene competencia a nivel nacional en investigación, innovación y tecnologías en salud, las que comprenden los siguientes ámbitos de la salud pública:

- a) La prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles
- b) La alimentación, nutrición y tecnologías alimentarias.
- c) La salud ocupacional y protección del ambiente centrada en la salud de las personas.
- d) La interculturalidad en salud y la medicina tradicional y complementaria.
- e) La producción de biológicos y bienes de importancia estratégica en salud pública.
- f) El control de calidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

Artículo 7.- Funciones

¿Cuáles son las funciones del INS?

Proponer políticas, estrategias y normas técnicas en su ámbito de competencias, tomando en cuenta, entre otros enfoques, los de derechos humanos, género, interculturalidad y discapacidad.

Normar las actividades en el ámbito de la investigación, innovación y tecnologías en salud, en el marco de sus competencias.

Desarrollar y difundir la investigación y la tecnología en salud en sus ámbitos de intervención.

	Promover y desarrollar la investigación, transferencia tecnológica e innovación en salud con la participación de las instituciones públicas, privadas y del sector académico, nacional e internacional, en el marco de lo establecido en la Política Nacional de Salud y la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Generar y difundir evidencias e información científica en salud que contribuyan a las acciones e intervenciones de salud pública. Gestionar y desarrollar los procesos de vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria. Desarrollar la vigilancia basada en laboratorios, y vigilancia especializada en sus ámbitos de intervención, para la prevención y control de las enfermedades. Normar y efectuar conducción técnica de las Redes de Laboratorios de Salud Pública. Regular, brindar asistencia técnica, autorizar y supervisar los ensayos clínicos que se realizan en el país. Realizar control de la calidad de alimentos fortificados y alimentos de los programas sociales supervisando las plantas de preparación, y autorizar el empleo de micronutrientes para la fortificación de harinas. Desarrollar prestaciones especializadas que contribuyen a la salud ocupacional y la protección del ambiente para la salud. Promover la medicina tradicional y complementaria; y su articulación con la medicina convencional, fortaleciendo la Interculturalidad en salud. Investigar, desarrollar y producir bienes de importancia estratégica para la salud pública y productos biológicos para la prevención y control de las enfermedades. Desarrollar, producir y prestar servicios especializados para la salud pública. Controlar la calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Autorizar y supervisar a las entidades públicas y privadas, para pertenecer a la Red de Laboratorios de Control de Calidad. Revisar y evaluar tecnologías en salud, y realizar evaluaciones y informes de políticas de salud para la toma de decisiones. Promover y contribuir al desarrollo de programas de formación, especialización, perfeccionamiento y capacitación en salud pública, en coordinación con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) del Ministerio de Salud. Otras funciones que le correspondan de acuerdo a ley. Artículo 8.- Facultades excepcionales 8.1 En el marco de sus competencias y funciones, que conllevan a brindar servicios de salud pública especializados que favorecen a la población, el INS posee las siguientes facultades excepcionales: a) Realizar prestación de servicios especializados a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas. b) Ser sede docente que brinda campo clínico para rotaciones de Residentado Médico y de otras profesiones de la salud. 8.2 El INS ejerce estas facultades excepcionales, mediante la suscripción de los respectivos convenios, sin que para ello le sea exigida la condición de IPRESS. (...).
Decreto de Urgencia 012-2023 Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para	Artículo 1.- Objeto El presente Decreto de Urgencia tiene por objeto establecer medidas extraordinarias y urgentes, en materia económica y financiera, que permitan al Ministerio de Salud realizar la compra centralizada de equipamiento biomédico para el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como para la capacidad diagnóstica de cáncer y su tratamiento durante el Año Fiscal 2023, afectados por las movilizaciones sociales. Artículo 2.- Procedimiento para la adquisición de bienes

la compra centralizada de equipamiento biomédico para el fortalecimiento del primer nivel de atención de atención, así como para la capacidad diagnóstica del cáncer y su tratamiento.	2.1 Autorizar, excepcionalmente a la Unidad Ejecutora 001. Administración Central del Ministerio de Salud a realizar las contrataciones a las que hace referencia el literal b) del numeral 37.1 del artículo 37 de la Ley N° 31638, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023, detallados en el Anexo “Listado de equipos biomédicos priorizados para el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como para mejorar la capacidad diagnóstica de cáncer y su tratamiento a nivel nacional”, mediante el procedimiento de selección de adjudicación simplificada, regulado en la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y en su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF. 2.2 El Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE) aprueba las bases estándar a utilizar en el marco de la adjudicación simplificada contemplada en el numeral precedente, estableciendo disposiciones específicas acorde con los montos de contratación involucrados, en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente de la entrada en vigencia del presente Decreto de Urgencia. Artículo 3.- De la entrega de los bienes muebles adquiridos El Ministerio de Salud formaliza la entrega del equipamiento biomédico adquirido, en el marco del presente Decreto de Urgencia, a través del Acta de Entrega - Recepción suscrita por dicho Ministerio y por la entidad a favor de la cual se adquirió el equipamiento. Artículo 4.- Responsabilidad y limitación sobre el uso de los recursos El Titular del Pliego 011. Ministerio de Salud es responsable de su adecuada implementación, así como del uso y destino de los recursos comprendidos en la aplicación del presente Decreto de Urgencia, conforme a la normatividad vigente. Artículo 5.- Vigencia El presente Decreto de Urgencia tiene vigencia durante el ejercicio fiscal 2023. (...).
Decreto Supremo 016-2009/SA Aprueban Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS	Artículo 1°.- Aprobación del PEAS Aprobar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contienen el Plan de Beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar las Garantías Explicitas, el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante del presente Decreto Supremo. Artículo 2°.- Implementación del PEAS El PEAS, se aplicará progresivamente en departamentos y distritos piloto conforme a lo establecido en la primera disposición complementaria de la Ley N° 29344 hasta incluirse el total de los departamentos del País. Calidad Artículo 3°.- De la implementación de las Garantías Explicitas de Oportunidad y Calidad La implementación de las garantías explicitas será progresiva y se incrementarán gradualmente por los distintos agentes vinculados al proceso de aseguramiento en salud, hasta cubrir la totalidad del PEAS, empezará con la aplicación a condiciones de población sana, obstétricas y pediátricas, las que se implementaran en un plazo de hasta dos años, en las regiones y ámbitos que apruebe el Plan de Implementación del Aseguramiento Universal en Salud. Artículo 4°.-Del Listado Priorizado de intervenciones Sanitarias y Convenios de Financiamiento

	En el caso, del Seguro Integral de Salud (SIS), déjese sin efecto el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias contenidas en el Decreto Supremo N° 004-2007-SA, en los ámbitos pilotos, en donde como mínimo se ofertará el PEAS, salvo aquellas prestaciones que a título personal se han otorgado de manera excepcional, las que formarán parte de la cobertura del asegurado hasta su total atención. Para el efecto se autoriza al Sistema Integral de Salud- SIS a suscribir convenios de financiamiento de aseguramiento en salud con los Gobiernos Regionales para implementar, desarrollar y ejecutar el PEAS. (...).
<u>Decreto Supremo 009-2012-SA</u> <u>Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas</u>	Artículo 1.- Declaración de interés nacional Declarese de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, el cual estará a cargo del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el ámbito de sus competencias. Artículo 2.- Del Plan Nacional Apruébese el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, denominado “Plan Esperanza”, el mismo que forma parte integrante del presente Decreto Supremo. Artículo 3.- Del Financiamiento del “Plan Esperanza” La promoción, difusión, implementación y ejecución del “Plan Esperanza”, se realizará con carga al presupuesto institucional del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, del Seguro Integral de Salud y de los demás pliegos involucrados, según sus competencias. Artículo 4.- Normas Complementarias Facúltase al Ministerio de Salud en el ámbito de sus competencias, a dictar las normas complementarias que resulten necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto Supremo. (...).
<u>Decreto Supremo 024-2021-SA</u> <u>Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N°31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del adolescente</u>	Artículo 1.- Aprobación Apruébase el Reglamento de la Ley N° 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, que consta de cuatro (4) capítulos, once (11) artículos y dos (02) Disposiciones Complementarias Finales. Artículo 2.- Financiamiento La implementación de la presente norma se sujeta a la disponibilidad presupuestal de las entidades involucradas. Artículo 3.- Publicación Públicase el presente Reglamento y el Decreto Supremo que lo aprueba en el Diario Oficial El Peruano, así como en la Plataforma Digital Única para Orientación al Ciudadano (www.gob.pe), y en el portal institucional del Ministerio de Salud (www.gob.pe/minsa). (...)

REGLAMENTO DE LA LEY N° 31041, LEY DE URGENCIA MÉDICA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Artículo 1.- Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto establecer las disposiciones para la implementación de la Ley N° 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente (en adelante la Ley).

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

El presente Reglamento es aplicable a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPRESS públicas, privadas o mixtas que cuenten con servicios para enfermedades oncológicas, preferentemente servicios de oncohematología pediátrica, hematología pediátrica u oncología pediátrica, debidamente registradas en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS, así como a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud - IAFAS públicas, privadas o mixtas del ámbito nacional que cubren servicios de oncología. pediátrica.

Artículo 3.- Definiciones y acrónimos

3.1. Para la aplicación del presente Reglamento se consideran las siguientes definiciones:

- **Abandono de tratamiento:** Es la pérdida de contacto del paciente con el establecimiento de salud donde recibe su tratamiento por un período superior a veintiocho (28) días calendario o cuatro (04) semanas. También se considera abandono al rechazo del tratamiento después del diagnóstico.
- **Acreditación del asegurado:** La acreditación se realiza a través del Sistema de Acreditación de Asegurados a carga de SUSALUD; se inicia con la solicitud de atención de salud del asegurado en la IPRESS pública, privada o mixta, la misma que realiza la consulta, solicita la acreditación y la autorización electrónica correspondiente para proceder a la atención de salud.
- **Adscripción:** Es el procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento de salud al cual el asegurado es asignado por la Autoridad de Salud correspondiente, de acuerdo con la dirección consignada en su Documento Nacional de Identidad o carne de extranjería.
- **Algún riesgo de cáncer:** Presencia de uno (1) o más síntomas y signos asociados a la posibilidad de cáncer en el niño o adolescente, a partir de la información obtenida mediante la anamnesis y exploración clínica.
- **Atención de salud :** Cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario de los servicios de salud. Pueden ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda; y pueden brindarse dentro del establecimiento de salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales).
- **Atención de salud ambulatoria :** Es la atención de salud que no requiere internamiento u hospitalización. En esta atención se incluyen las atenciones por procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento, en establecimientos de salud, domiciliarias, de urgencias y emergencias ambulatorias.
- **Atención quirúrgica electiva:** Es la intervención quirúrgica programada que se planifica desde el establecimiento de salud, ya sea en consulta externa, hospitalización o emergencia para una cirugía ambulatoria de corta estancia o para una cirugía que requiera hospitalización.
- **Atención de salud programada :** Actividad que programa el establecimiento de salud con cita previa del usuario de salud para que sea atendido por el profesional de salud correspondiente, brindada según su capacidad resolutive y de oferta.
- **Atención en hospitalización :** Es la atención de salud que se brinda a una persona que ingresa a la UPSS Hospitalización de un establecimiento de salud para realizarle atenciones de salud, procedimientos médico - quirúrgicos previo consentimiento informado, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación y

	que requieren permanencia y necesidad de soporte asistencial, por su grado de dependencia o riesgo, según corresponda. Para lo cual, el establecimiento de salud dispone de recursos humanos y tecnológicos para cubrir la atención de veinticuatro (24) horas. ◦ Cáncer en niños y adolescentes : Proceso de crecimiento y diseminación no controlada de células malignas en cualquier tejido y/u órgano, ocurrido en pacientes menores de dieciocho (18) años. El cáncer en niños y adolescentes se considera como enfermedad grave. ◦ Capacidad resolutive de la IPRESS : Alude a la capacidad efectiva de una o un conjunto de IPRESS para satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud de la población de su ámbito o jurisdicción, y resolver oportuna e integralmente los daños o patologías que la afecta. La capacidad resolutive es una función de la disponibilidad y operatividad de los recursos con los que cuenta la o las IPRESS, y de las atenciones que oferta o servicios que producen. ◦ Contrarreferencia: Es aquel procedimiento asistencial y administrativo mediante el cual el establecimiento que recibió la referencia del paciente retorna al paciente al establecimiento de origen, luego de haber atendido satisfactoriamente el requerimiento. Incluye la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la referencia que originó el desplazamiento del paciente. ◦ Cuidados paliativos : Es la atención que se ofrece a pacientes y familias, que sufren alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva, incurable e intratable que limita o acorta la vida, y que se acompaña de una serie de síntomas y signos que requieren tratamiento. Como parte de la atención integral de salud, está comprendida dentro de la intervención sanitaria de recuperación en salud. ◦ Diagnóstico definitivo de cáncer en niños y adolescentes : Diagnóstico que se realiza mediante confirmación histológica o citológica en la mayoría de los casos; pudiéndose considerar la posibilidad de un diagnóstico definitivo en algunos tipos de cáncer mediante la exploración clínica (ej. examen de fondo de ojo en retinoblastoma), exámenes de laboratorio (ej. marcadores tumorales en tumores germinales cerebrales) o imágenes (ej. tumores cerebrales), en ese caso, se adjuntará el informe de examen (tomografía, marcadores tumorales, de fondo de ojo), que respalde el diagnóstico clínico. ◦ Diagnóstico presuntivo: Es aquel posible diagnóstico que se sustenta en los antecedentes del paciente y que se deriva de un análisis clínico. ◦ Especialistas: Profesionales médicos especialistas que cumplen con las definiciones de: (a) Personal de salud con competencias en Oncología Pediátrica o Hematología Pediátrica, o (b) Personal de salud especializados en Oncología Pediátrica o Hematología Pediátrica. ◦ Estudios de apoyo al diagnóstico: Exámenes de laboratorio y/o imagenológicos cuyo resultado anormal apoyaría la presunción diagnóstica de cáncer en el niño o adolescente. ◦ Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS : Son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciben, captan y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que ofrecen cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. ◦ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS : Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. ◦ IPRESS consultore : Institución Prestadora de Servicios de Salud ubicada principalmente en un área geográfica con limitaciones de acceso o capacidad resolutive y que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), a fin de acceder a servicios de Telemedicina de una o más consultoras IPRESS. ◦ IPRESS consultora : Institución Prestadora de Servicios de Salud registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), y brinda servicios de Telemedicina a las IPRESS consultores. ◦ Paciente : Persona que por su condición, enfermedad o molestia que lo aqueja necesita recibir atención de salud en una IPRESS y es atendida.
--	--

- **Personal de la salud** : Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud.
- **Profesional de la salud con competencias en Oncología Pediátrica o Hematología Pediátrica**: Profesionales médicos especialistas y de enfermería que acreditan una experiencia mínima de cuatro (4) años en el manejo clínico de neoplasias hematológicas y/o sólidas en pacientes menores de dieciocho (18) años.
- **Profesional de la salud especializado en Oncología Pediátrica o Hematología Pediátrica**: Profesionales médicos y de enfermería que cuentan con la sub especialidad y especialidad respectivamente, en Oncología Pediátrica o Hematología Pediátrica .
- **Posible cáncer o enfermedad muy grave**: Presencia de uno (1) o más síntomas y signos asociados a una alta probabilidad de cáncer en el niño o adolescente, a partir de la información obtenida mediante la anamnesis y exploración clínica.
- **Recaída**: Reparición de una enfermedad o de los signos y síntomas de una enfermedad después de un período de mejoría.
- **Referencia** : Es el procedimiento asistencial y administrativo a través del cual un establecimiento de salud de cualquier nivel de traslada atención la responsabilidad del cuidado del niño o adolescente con sospecha de cáncer a un centro especializado para su estudio y manejo oportuno, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención del paciente.
- **Seguimiento clínico**: Actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del paciente e identificar precozmente signos de alarma de cáncer, ante la posibilidad diagnóstica o después del tratamiento.
- **Suspensión de tratamiento hospitalario**: Se produce luego de haber finalizado el tratamiento y al haber desaparecido los signos de cáncer.
- **Telemedicina** : Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, recuperación (incluido diagnóstico, tratamiento, y cuidados paliativos) y rehabilitación prestados por el personal de salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.
- **Telesalud** : Servicio de salud a distancia prestado por profesional de salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación - TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este siguiente servicio se efectúa considerando los ejes de desarrollo de la Telesalud: la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al profesional de salud, entre otros.
- **Tratamiento hospitalario**: Tratamiento oncológico que incluye administración de quimioterapia endovenosa y/u oral, radioterapia, cirugía, trasplante de progenitores hematopoyéticos o cuidados paliativos o del final de la vida, sea en internamiento o en ambulatorio.

3.2. Acrónimos

- MINSA: Ministerio de Salud.
- IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- PEAS: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- SBS: Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.
- SIS: Seguro Integral de Salud.
- SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.
- IAFAS: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- EsSalud: Seguro Social de Salud.
- INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Artículo 4.- Beneficiarios de la Ley

4.1 La población beneficiaria de la Ley es aquella menor de 18 años (desde los cero (0) días de vida hasta los diecisiete (17) años, once (11) meses y veintinueve (29) días) a quien se haya confirmado, a través de los estudios pertinentes y por médico especialista, el diagnóstico definitivo y estadíaje de cáncer, en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, el mismo que debe contar con el registro en la historia clínica.

4.2. Son derechos de los beneficiarios:

- a) Recibir el diagnóstico y tratamiento oportuno y de calidad, por el médico tratante en la IPRESS correspondiente, incluidos los cuidados paliativos cuando se requiera;
- b) Recibir, él o su representante legal, información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trata de la atención a los beneficiarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua;
- c) Contar con los servicios de apoyo psicológico y social de acuerdo con sus necesidades;
- d) Acceder al subsidio económico conforme a lo establecido en la Ley.

Artículo 5.- Garantía de cobertura universal de salud en materia oncológica

5.1. Toda población menor de dieciocho (18) años, residente en el territorio nacional con diagnóstico definitivo de cáncer que no cuenten con afiliación a las IAFAS Seguro Social de Salud, IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, IAFAS del Ejército del Perú, IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú, IAFAS de la Policía Nacional del Perú y/o IAFAS privadas, es afiliado de manera directa a la IAFAS Seguro Integral de Salud, régimen subsidiado, siempre y cuando los padres o madres. no cuenten con un seguro, presentando como único requisito su Documento Nacional de Identidad (DNI) o carne de extranjería.

5.2. En caso los padres o madres se encuentren afiliados a las IAFAS Seguro Social de Salud, IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, IAFAS del Ejército del Perú, IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú, IAFAS de la Policía Nacional del Perú, sus hijos menores de dieciocho (18) años con diagnóstico definitivo de cáncer deben hacer uso de su seguro según los lineamientos y la normativa vigente. Los menores de 18 años que gocen de seguro privado son atendidos según su plan contratado. En caso de que no tengan cobertura oncológica se afilian a la IAFAS SIS.

5.3 La cobertura universal de salud en materia oncológica que establece la Ley para la atención del niño y del adolescente incluye el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, esto comprende las acciones necesarias para la detección oportuna hasta la atención integral.

5.4 Las IAFAS públicas y privadas garantizan, según corresponde, y de acuerdo con lo establecido en el PEAS, planes complementarios y planes específicos, el financiamiento de los procedimientos diagnósticos de toda población menor de dieciocho (18) años con diagnóstico presuntivo de cáncer hasta su confirmación y estadíaje.

5.5 El beneficiario paciente oncológico que encontrándose en tratamiento haya cumplido los dieciocho (18) años, continúa con cobertura oncológica por la IAFAS a la que se encontraba afiliado hasta la finalización de su tratamiento de cáncer, sin afectar la continuidad de su tratamiento.

	5.6 La implementación de las disposiciones referidas a la cobertura universal son de manera gradual y progresiva, atendiendo a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y la disponibilidad de financiamiento de los servicios que brindan atención de cáncer en niños y adolescentes. Artículo 6.- Acción del Estado en la atención integral de cáncer en niños y adolescentes 6.1. Del Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer a) Las IAFAS e IPRESS públicas ejecutan el Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer, que incluye actividades y financiamiento para la promoción de la salud, detección oportuna y atención integral del cáncer en el niño y adolescente. b) El MINSA coordina con los gobiernos regionales y locales la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones para la atención integral del cáncer en niños y adolescentes. 6.2. De la detección oportuna, referencia y contrarreferencia a) En el marco de la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente, las IPRESS se refieren al paciente con diagnóstico presuntivo de cáncer en niños y adolescentes a otra IPRESS de mayor capacidad resolutive según su red de referencia y de acuerdo con la disponibilidad de servicios en las IPRESS, tratando de evitar que se generen retrasos en el proceso de diagnóstico que pueda afectar el cumplimiento de la garantía explícita de oportunidad. b) Es obligación de la IPRESS de cualquier nivel de atención gestionar la referencia del paciente menor de dieciocho (18) años con posible cáncer (alto riesgo de cáncer) en un tiempo no mayor a setenta y dos (72) horas a una IPRESS del tercer nivel de atención que brinda tratamiento de cáncer. En su defecto, se refiere el caso a una IPRESS del tercer nivel de atención que cuente con servicio de pediatría. c) El profesional de la salud que realice la atención de un niño y adolescente con diagnóstico presuntivo de cáncer debe realizar estudios de apoyo al diagnóstico de acuerdo con la disponibilidad presupuestal de las IAFAS, y la capacidad resolutive. La realización de los estudios de apoyo al diagnóstico no debe afectar la oportunidad de la referencia o la seguridad del paciente. d) La referencia a una IPRESS del nivel III, según normatividad del MINSA, se realiza de manera coordinada entre la IPRESS consultore y la IPRESS consultora, debiendo la primera suministrar toda la información necesaria para que el tratamiento del menor se continúe sin ningún inconveniente. Este proceso es monitorizado por el encargado de referencias de la IPRESS consultore hasta que sea efectivo el motivo de la referencia. e) Las IPRESS de Nivel III coordinan las contrarreferencias de los pacientes con las IPRESS de menor nivel según las redes integradas de salud, brindando toda la información necesaria para mantener la continuidad de la calidad de la atención. 6.3. De la atención especializada
--	--

	a) Las IPRESS se organizan para el cumplimiento de la médica especializada con el fin de cumplir con las garantías explícitas de oportunidad y calidad, en el marco de lo dispuesto en el PEAS y planos complementarios, guías de práctica clínica y/o documentos normativos aprobados que regulan la atención oncológica especializada para el diagnóstico y tratamiento del cáncer en niños y adolescentes, en el marco de la normatividad vigente. b) Cualquier atención o servicio que realice el médico especialista, al menor con cáncer en una IPRESS del nivel de complejidad correspondiente está sustentada en las Guías de Práctica Clínica y/o documentos normativos nacionales o institucionales aprobados que regulan la atención oncológica especializada. c) Las IAFAS o IPRESS que no cumplan con lo dispuesto en este artículo, demoren, obstaculicen o dificulten comprobadamente el acceso inmediato del menor a los servicios que requieren, son sancionadas de acuerdo con el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). 6.4 De la formación en detección oportuna de cáncer en niños y adolescentes a) Las entidades formadoras de profesionales de la salud deben incluir en el currículo de estudios de pregrado, contenidos sobre detección oportuna de signos y síntomas de cáncer en niños y adolescentes. b) Las entidades formadoras que imparten la educación de postgrado a profesionales de la salud en las especialidades de pediatría, hematología, cirugía pediátrica y oncología deben incluir en el currículo de estudios el abordaje de la detección oportuna de signos y síntomas de cáncer en niños y adolescentes. c) Los estudiantes de postgrado de las especialidades médicas de pediatría, hematología, cirugía pediátrica y oncología deben tener una rotación obligatoria en los servicios de oncohematología pediátrica como parte de su formación. 6.5 De la búsqueda de signos y síntomas de cáncer infantil en el primer nivel de atención Dentro de la necesidad de una detección oportuna de cáncer en niños/niñas y adolescentes, se implementa la búsqueda de signos y síntomas de detección oportuna de cáncer por el personal de salud que atiende en los establecimientos de salud desde el primer nivel de atención de acuerdo con lo normado por el MINSA. Se incluye la búsqueda de signos y síntomas de cáncer infantil en la implementación del Modelo del Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la Persona, Familia y Comunidad, que se aplica a todos los servicios donde se brinda atención a los niños y adolescentes en todo el territorio nacional. 6.6 De los albergues para pacientes con cáncer Las DIRESAS/GERESAS/DIRIS, en coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales y otros sectores, deberán realizar las acciones de implementación, fortalecimiento y sostenibilidad de los albergues para pacientes con cáncer. Artículo 7.- Creación del Registro Nacional de Cáncer de Niños y Adolescentes Créase el Registro Nacional de Cáncer de Niños y Adolescentes en un plazo no menor a 180 días, como único registro de cáncer del sistema de salud que permita la obtención de datos epidemiológicos y estadísticos para el seguimiento de los pacientes con cáncer, específicamente para los pacientes menores de dieciocho (18) años.
--	--

Artículo 8.- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños y adolescentes en el Registro Nacional de Cáncer de niños y adolescentes

El Registro Nacional de Cáncer de Niños y Adolescentes mantiene información protegida sujeta al marco legal vigente de protección de datos personales de salud, y actualizada en el nivel regional y nacional, de forma estadística, anonimizada, siendo el Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud el encargado de garantizar la protección de datos de los niños y adolescentes afectados por la enfermedad de todo tipo de cáncer.

Artículo 9.- Información del Registro Nacional de Cáncer de niños y adolescentes

9.1. El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud, desarrollará los lineamientos, documentos Normativos y coordinaciones para poner en funcionamiento y acompañar la implementación y desarrollo del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes en DIRESAS, DIRIS y GERESAS a nivel nacional.

9.2. El Registro Nacional de Cáncer de niños y adolescentes (RNC-NA) debe contener información actualizada, confiable, estadística, anonimizada, de todos los niños, niñas y adolescentes diagnosticados de cáncer en los establecimientos de salud públicos y privados y mixtos del país. Debe contener la información clínica, de diagnóstico, de tratamiento, de evolución, de condición de alta, del tipo de cáncer, estadiaje, tumoración, etc., además de sexo, edad, procedencia, ES de tratamiento, por territorio, número de abandono, mortalidad, entre otros. Esta información no contiene datos personales de salud, en ningún caso. La información del RNC-NA está a disposición de la Autoridad Nacional de Salud, la Autoridad Regional de Salud, y de los establecimientos de salud que brindan tratamiento a los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

9.3. El RNC-NA se forma a partir de la información que reporte de manera obligatoria cada establecimiento de salud, público y privado, que brinda tratamiento a los niños y adolescentes con cáncer. En ningún caso ingresarán datos personales de salud.

9.4. Cada establecimiento de salud, público o privado, que brinda tratamiento a los niños y adolescentes con cáncer, mantiene la base de datos con la información detallada de cada paciente, para la atención y seguimiento clínico de sus pacientes. Los directores de estos establecimientos de salud son responsables de asegurar que se mantengan actualizados y protegidos, así como de poner a disposición la información detallada cuando lo solicite la Autoridad Nacional de Salud.

9.5. El Ministerio de Salud, a través del CDC, es responsable de conducir el RNC-NA, para tal fin diseña la plataforma informática, en un plazo no menor de 120 días, que facilite su funcionamiento, y la pone a disposición de los establecimientos de salud que brindan tratamiento a los niños y adolescentes con cáncer. Debe garantizar que tenga los niveles de seguridad para que no se vulnere el derecho a la confidencialidad y la protección de datos personales de salud de los pacientes, que el acceso esté acotado al personal autorizado, y que tenga los mecanismos informáticos para que cada paciente tenga una identificación individual única que no permita la identificación del paciente fuera del establecimiento de salud tratante, y que pueda reconocer cuando se intente inscribir al mismo paciente en otro establecimiento de salud.

Artículo 10.- Creación del Observatorio Nacional de Lucha Contra el Cáncer de Niños y Adolescentes

	El Ministerio de Salud implementa, en coordinación con el INEN, un Observatorio Nacional de Lucha contra el Cáncer de Niños y Adolescentes en un plazo no menor a 120 días, con el objeto de monitorear el avance de los indicadores de resultados y de procesos vinculados a disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer en niños y adolescentes, además de evaluar los logros y resultados, proponiendo para optimizar los logros reportados. Artículo 11. Equipos de coordinación de telemedicina en cáncer 11.1. Las IPRESS, en coordinación y colaboración con el INEN y EsSalud, desarrollan labor asistencial de telemedicina para prestar servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer para los pacientes beneficiarios de la Ley. 11.2. La prestación de servicios de salud que realiza la IPRESS es en el marco del Decreto Legislativo 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud, con la finalidad de facilitar el acceso a servicios de salud que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica, de manera oportuna y eficiente a través de los servicios de Telemedicina (Teleconsulta, Teleorientación, Telemonitoreo y Teleinterconsulta). (...).
Decreto Supremo 004-2022-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer	REGLAMENTO DE LA LEY N° 31336, LEY NACIONAL DEL CÁNCER Artículo 1.- Objeto El presente Reglamento tiene por objeto establecer las disposiciones para la implementación de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer (en adelante, la Ley). Artículo 2.- Ámbito de aplicación El presente Reglamento es aplicable a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas, debidamente registradas en el Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS), Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS); así como a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas del ámbito nacional, que brindan o gestionan la prestación y/o financiamiento de servicios de salud oncológica en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Artículo 3.- Definiciones y acrónimos 3.1. Para la aplicación del presente Reglamento se consideran las siguientes definiciones: ◦ Acreditación del asegurado: La acreditación se realiza a través del Sistema de Acreditación de Asegurados a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD); se inicia con la solicitud de atención de salud del asegurado en la IPRESS pública, privada o mixta, la misma que realiza la consulta, solicita la acreditación y la autorización electrónica correspondiente para proceder a la atención de salud. Para efectos de la IAFAS SIS, la acreditación es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud con financiamiento de la IAFAS SIS. Para ser considerado acreditado el asegurado debe mantener las mismas condiciones por las que fue admitido, según el Plan de seguro de salud SIS y modalidad de afiliación. Se considera acreditada a la persona cuya afiliación se encuentra en estado activo, en el registro de afiliados al AUS administrado por SUSALUD y en la consulta en línea de la IAFAS SIS.

	◦ Acuerdos basados en desempeño: Acuerdos entre la entidad autorizada y el(los) proveedor(es) que requieren un análisis de la información sanitaria acerca de la eficacia de la tecnología sanitaria, estando la continuación del acuerdo sujeta a la recopilación de la información y al logro de los objetivos sanitarios. Tienen como finalidad un impacto financiero, pero condicionado al desempeño de la tecnología sanitaria. ◦ Acuerdo de tipo financiero: Acuerdos entre la entidad autorizada y el(los) proveedor(es) que no se encuentran ligados al desempeño de la tecnología sanitaria, por lo que no requieren resultados sanitarios dado que estos fueron sustentados en la ETS. ◦ Adscripción a la IPRESS: Procedimiento mediante el cual se determina la IPRESS a la cual el asegurado es asignado por dirección de domicilio, de acuerdo con lo establecido por la autoridad competente y hacia donde debe acudir en primera instancia en caso de requerir atención de salud. ◦ Afiliado o Asegurado: Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. ◦ Atención en salud: Cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario de los servicios de salud. Pueden ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda, y pueden brindarse dentro del establecimiento de salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales). ◦ Atención integral al paciente oncológico: Actividad que brinda la IPRESS al paciente con cáncer, que incluye la prestación de servicios de salud oncológicos especializados y no oncológicos, integrados e integrativos de acceso abierto y comprende servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de cáncer y comorbilidades en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, cuidados paliativos y demás cuidados de soporte complementario y apoyo integrativo al paciente oncológico, todo esto dentro del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. ◦ Banco de tumores: Unidad funcional organizada dentro de una IPRESS pública, privada o mixta, sin ánimo de lucro, que acoge una o varias colecciones de muestras biológicas de origen humano con fines de investigación biomédica en cáncer, así como en el caso de requerirse, para diagnóstico, tratamiento y necesidades de salud pública. ◦ Capacidad resolutive de la IPRESS: Alude a la capacidad efectiva de una o un conjunto de IPRESS para satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud de la población de su ámbito o jurisdicción, y resolver oportuna e integralmente los daños o patologías que la afecten. La capacidad resolutive es una función de la disponibilidad y operatividad de los recursos con los que cuenta la o las IPRESS, y de las atenciones que oferta o servicios que producen. ◦ Cobertura financiera: Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento. ◦ Contrarreferencia: Procedimiento asistencial y administrativo mediante el cual el establecimiento que recibió la referencia del paciente retorna al paciente al establecimiento de origen, luego de haber atendido satisfactoriamente el requerimiento. Incluye la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o servicio clínico de origen del paciente, respecto de la referencia que originó el desplazamiento del paciente, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente. ◦ Cuidados paliativos: Es la atención que se ofrece a pacientes y familias que padecen alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva, incurable e intratable que limita o acorta la vida, y que se acompaña de una serie de síntomas y signos que requieren tratamiento. Como parte de la atención integral de salud, está comprendida dentro de la intervención sanitaria de recuperación en salud. ◦ Estudios de apoyo al diagnóstico: Exámenes de laboratorio, procedimientos médicos diagnósticos y/o imagenológicos cuyo resultado anormal apoyaría la posibilidad de diagnóstico de cáncer en el paciente. ◦ IPRESS consultore: IPRESS ubicada principalmente en un área geográfica con limitaciones de acceso o capacidad resolutive y que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), a fin de acceder a servicios de Telemedicina de una o más consultoras IPRESS. ◦ IPRESS consultora: IPRESS registrada con el servicio de Telesalud en el RENIPRESS, que cuenta con TIC, y brinda servicios de Telemedicina a las IPRESS consultores. ◦ Paciente: Persona que por su condición, enfermedad o molestia que lo aqueja necesita recibir atención de salud en una IPRESS y es atendida.
--	---

- **Personal de la salud:** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud.
- **Prevención primaria:** Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo.
- **Prevención secundaria:** Medidas orientadas a detectar precozmente la presencia de una enfermedad o problema de salud ya presente en un individuo con el objetivo de detener o retardar el progreso de la enfermedad o problema de salud.
- **Reestructuración del Recurso Humano de Salud:** Procesos vinculados a la reorganización de la distribución de los RHUS para contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer con énfasis en la promoción, prevención, detección temprana y tratamiento.
- **Redes Integradas de Salud:** Conjunto de organizaciones que presta o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación.
- **Referencia con sospecha de cáncer:** Es el procedimiento administrativo a través del cual un establecimiento de salud de cualquier nivel de atención traslada la responsabilidad del cuidado de la persona con sospecha de cáncer a un centro especializado para su estudio y manejo oportuno, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención del paciente, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
- **Teleapoyo al diagnóstico:** Es el servicio de apoyo al diagnóstico a distancia mediante el uso de las TIC, en el proceso de atención al paciente; Incluye las actividades relativas al diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, entre otras.
- **Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud (MINSA).
- **Telemedicina:** Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, recuperación (incluido diagnóstico, tratamiento, y cuidados paliativos) y rehabilitación prestados por el personal de salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.
- **Teleinterconsulta:** Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el MINSA.
- **Telesalud:** Servicio de salud a distancia prestado por profesional de salud competente, a través de las TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este siguiente servicio se efectúa considerando los ejes de desarrollo de la Telesalud: la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al profesional de salud, entre otros.

3.2. Acrónimos

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
ANS	Autoridad Nacional de Salud
CONAREME	Consejo Nacional de Residentes Médicos
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

	DIGEP	Dirección General de Personal de la Salud
	DRE/GRE	Dirección Regional de Educación/ Gerencia Regional de Educación
	EsSalud	Seguro Social de Salud
	ETS	Evaluación de Tecnología Sanitaria
	FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
	HCE	Historia Clínica Electrónica
	IAFAS	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud
	IIEE	Instituciones educativas
	INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
	Instituto Nacional de Protección Ambiental	Instituto Nacional Penitenciario
	INS	Instituto Nacional de Salud
	IPRESS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
	Ministerio de Economía y Finanzas	Ministerio de Economía y Finanzas
	Ministerio de Educación	Ministerio de Educación
	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
	MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
	GUISANTES	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
	PNUME	Petición Nacional Única de Medicamentos Esenciales
	PÁGINAS	Programa Presupuestal
	RCBP	Registros de Cáncer de Base Poblacional
	RENETSA	Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
	RHUS	Recursos humanos en salud
	RIS	Redes Integradas de Salud
	RNBT	Red Nacional del Banco de Tumores
	RNC	Registro Nacional del Cáncer

SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
SEACE	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
UGIPRESS	Unidad de Gestión de IPRESS
UPSS	Unidades Productoras de Servicios de Salud
VPH	Virus del Papiloma Humano

Artículo 4.- Prevención y control del cáncer dentro de la Política Nacional Multisectorial de Salud

El Ministerio de Salud, como ente rector del sector salud, conduce, coordina, regula, supervisa y evalúa la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”, aprobada por el Decreto Supremo N° 026-2020-SA y es responsable de realizar las acciones para incorporar los aspectos necesarios para la implementación de la Política Nacional de Lucha contra el Cáncer o PNC.

El MINSA, para la formulación de la PNC convoca al INEN, como instituto especializado, así como a EsSalud, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y otras entidades involucradas.

El MINSA aprueba los documentos normativos necesarios que tienen por finalidad estandarizar los aspectos técnicos, asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud; así como facilitar el adecuado y correcto desarrollo de competencias, funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles de atención de salud, niveles de gobierno y subsectores de salud, según corresponda, para garantizar la atención oncológica integral.”

Artículo 5.- Implementación de las intervenciones de promoción de la salud, prevención y control del cáncer según el perfil epidemiológico regional y local.

5.1. En el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú País Saludable”, aprobada por Decreto Supremo N° 026-2020-SA o el que haga sus veces, el Ministerio de Salud y los ministerios de los sectores participantes de tal política, de acuerdo a las competencias y funciones conferidas a cada uno, en el correspondiente Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM), establecen las acciones estratégicas sectoriales de promoción de la salud con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, prevención y control del cáncer, y para la mejora de las condiciones de vida en que se desarrollan las personas, las familias y la comunidad asociadas a la ocurrencia de cáncer.

5.2. Los Gobiernos Regionales y Locales incorporan en su Plan de Desarrollo Concertado, en el marco de lo dispuesto por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN), la promoción de la salud, la prevención y control del cáncer, considerando la participación comunitaria, en el marco de la estructura funcional programática del Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer”; implementando intervenciones estratégicas en coordinación con la Autoridad de Salud correspondiente e instalando Comités Multisectoriales de Salud o utilizando espacios multisectoriales similares ya existentes.

5.3. Los Gobiernos Locales instalan Salas Situacionales Municipales considerando como insumo la información obtenida de los censos comunitarios a desarrollarse en coordinación con las comunidades y las IPRESS de su jurisdicción y del perfil epidemiológico local, con la finalidad de priorizar a las familias para un seguimiento con agentes comunitarios de salud, comités comunitarios de salud o actores sociales de la comunidad.

	5.4. Las GERESAS/DIRESAS/DIRIS/RIS coordinan con los Gobiernos Locales las acciones que permiten la implementación territorial de los cuidados de la salud destinados a la prevención primaria del cáncer, de tal forma que permita una cobertura de vacunación óptima, contra el Virus de la Hepatitis B (VHB) y contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), así como las acciones de prevención secundaria, vinculadas al tamizaje de las neoplasias prevalentes según la normatividad vigente, con especial énfasis en cáncer de mama. y cáncer de cuello uterino, considerando la participación comunitaria. 5.5. Las GERESAS/DIRESAS/DIRIS/RIS coordinan con los Gobiernos Locales, la implementación territorial progresiva de la promoción de la salud y de los métodos de tamizaje de cáncer sin diferenciar su tipo de afiliación a seguro, como parte del proceso de implementación del modelo de cuidados integrales de salud en el marco de la RIS y el intercambio prestacional, con especial énfasis en los pueblos indígenas u originarios, población migrante, así como personas con discapacidad, personas adultas mayores y en situación de vulnerabilidad. 5.6. El MINSA promueve y/o desarrolla convenios de gestión regional y/o municipal relacionados al cumplimiento de acciones de promoción de la salud, prevención y control del cáncer, en ámbito territorial (mecanismos de incentivos a la gestión), en el marco de la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú País Saludable", aprobado por el Decreto Supremo N° 026-2020-SA o el que haga sus veces. 5.7. El Estado Peruano a través del MINSA, MINAM y el MTPE, promueven la eliminación o sustitución de los agentes carcinógenos por el sector económico, y cuando no sea esto posible, los centros laborales informan, previenen y controlan las exposiciones de los trabajadores a agentes carcinógenos por el sector económico en línea con lo establecido en el Decreto Supremo N° 039-93-PCM que aprueba el Reglamento de Prevención y Control del cáncer Profesional, o a la norma que la reemplaza. 5.8. El MINSA y sus organismos públicos ejecutores , los Gobiernos Regionales, los Gobiernos locales y otros actores del sector salud, en el ámbito de sus competencias , con apoyo de la sociedad civil, de manera coordinada , promueven el desarrollo de campañas informativas sobre prácticas de vida saludable, así como acciones de capacitación para la detección y control de enfermedades oncológicas en los establecimientos de salud, en coordinación con las autoridades correspondientes. Para el diseño e implementación de estas intervenciones se consideran las características de sexo, edad, identidad étnico-cultural, condición de discapacidad, ámbito geográfico, entre otras, de la población teniendo en cuenta los enfoques transversales de las Políticas Nacionales. 5.9. Las acciones de promoción de la salud, prevención y control del cáncer se realizan con pertinencia cultural y lingüística de manera coordinada entre todos los sectores del Estado, desde las necesidades e intereses diferenciados de la población en el ámbito territorial correspondiente. Artículo 6.- Acciones de promoción de estilos de vida saludables y de prevención de enfermedades oncológicas, en las instituciones educativas y/o programas educativos 6.1. El MINSA, en coordinación con el MINEDU y sus instancias de gestión descentralizadas (DRE/GRE, UGEL e IIEE), la DIRESA/GERESA, Redes de Salud e IPRESS, y otras entidades del sector salud, en el marco de sus competencias, con apoyo de la sociedad civil y de la empresa privada, promueve y fortalece el desarrollo de acciones informativas, de difusión como campañas y otros; así como, acciones para el fortalecimiento de competencias orientadas a promover la alimentación saludable y sostenible, la práctica de la actividad física, la reducción del consumo de alcohol, la eliminación del consumo de tabaco, las medidas de protección frente a la radiación solar, u otros, y para la adopción de estilos de vida saludable en la comunidad educativa. Asimismo, promueven acciones de inmunización, tamizajes, monitoreo de índice de masa corporal (IMC) y chequeos médicos preventivos para la prevención de enfermedades oncológicas en la comunidad educativa. 6.2. El MINEDU, en el marco de la implementación del currículo vigente, promueve el desarrollo de competencias y sus enfoques transversales, entre ellos, ambiental, intercultural, inclusión o atención a la diversidad, que contribuyen a la formación de una cultura de salud y vida saludable en la comunidad educativa que les permite identificar y mitigar los riesgos del cáncer. 6.3. El MINSA garantiza la vacuna contra el VPH para la inmunización, según el esquema nacional de vacunación vigente.
--	---

	6.4. El MINEDU, como parte de la salud escolar, incluye actividades que coadyuven a la inmunización contra el VPH en escolares, según el esquema nacional de vacunación vigente. 6.5. Las GERESAS/DIRESAS/DIRIS/RIS coordinan con los Gobiernos Locales la realización de campañas informativas, de difusión y capacitación en salud a las familias, con especial énfasis en prevención de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, en instituciones públicas y privadas presentes en su territorio; así como capacitan actores sociales, agentes comunitarios de salud y comités comunitarios, para la promoción de estilos de vida saludables y seguimiento de familias con riesgo de cáncer, en el marco de lo establecido en el Programa Presupuestal 0024, “Prevención y Control del Cáncer. Artículo 7.- Cobertura integral al paciente oncológico 7.1 La cobertura integral al paciente oncológico incluye la prestación de servicios de salud bajo los principios, características y garantías establecidas en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, el cual es aplicable en todo el proceso de atención que va desde el diagnóstico presuntivo oncológico hasta su rehabilitación o cuidado paliativo, a través de la cobertura del plan de aseguramiento en salud que corresponde (PEAS, planes complementarios o planes específicos), en el marco del AUS. 7.2. Las IAFAS privadas deben asegurar la integralidad de la cobertura oncológica en las pólizas de seguros de salud que incluyen dicha cobertura, incluyendo los tratamientos reconocidos en las guías de prácticas clínicas internacionales, sin perjuicio de la condición del estudio clínico. 7.3. En el caso de la IAFAS SIS y del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) se considera prioritariamente el costo por paquete de atención de la prestación de salud, de acuerdo con la normativa vigente. 7.4. Para el caso de las IAFAS públicas, en tanto no se aprueben las guías de práctica clínica correspondientes, se financien los tratamientos indicados por el Médico tratante, incluidos en la cobertura del plan de aseguramiento en salud que corresponde en el marco del AUS. Artículo 8.- Financiamiento de las prestaciones 8.1. La implementación de lo dispuesto en la Ley y el presente Reglamento se financia con carga a las IAFAS, sean públicas, privadas o mixtas, a fin de brindar una prestación idónea de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional, a través de la cobertura del plan de aseguramiento en salud que corresponde (PEAS, planes complementarios o planes específicos), en el marco del AUS. 8.2. El financiamiento de las prestaciones de salud por parte del IAFAS Seguro Integral de Salud (SIS) se realiza con carga al presupuesto institucional, además de otros mecanismos de financiamiento público orientados por presupuesto por resultados a la prevención y control del cáncer, entre otros relacionados. 8.3. El financiamiento de las prestaciones de salud para la atención oncológica integral de la población privada de su libertad se da a través de las IAFAS correspondientes, con cargo al presupuesto institucional, con el fin de garantizar la protección del derecho a la salud. Artículo 9.- Garantía de cobertura universal en materia oncológica 9.1. Toda persona que reside en el territorio nacional con diagnóstico definitivo de cáncer que no cuente con afiliación a la IAFAS Seguro Social de Salud, las IAFAS de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional del Perú, IAFAS mixtas o privadas, según el Registro de Afiliados al AUS (RAAUS) administrado por SUSALUD o que no cuente con un seguro de salud cuya cobertura sea como mínima el PEAS, es afiliación de manera directa al régimen de financiamiento subsidiado de la IAFAS Seguro Integral de Salud, independientemente de su condición socioeconómica, de conformidad con el Decreto de Urgencia N° 017-2019 y las normas complementarias emitidas por el SIS. 9.2. En el caso de los pacientes con diagnóstico de cáncer afiliados a la IAFAS SIS que pasen a ser afiliados a una IAFAS privada u otra IAFAS pública, mientras dura el período de carencia, el SIS continúa el financiamiento de su atención hasta que tengan derecho de atención en la IAFAS a las que han sido aseguradas.
--	---

	9.3. Cuando el asegurado de una IAFAS se encuentre en periodo de latencia, no tenga la cobertura mínima del PEAS según el RAAUS administrado por SUSALUD, y no pueda recibir el tratamiento del cáncer, debe ser afiliado a la IAFAS SIS en cualquiera de sus regímenes, y contar con la cobertura del PEAS, Plan Complementario y FISSAL. 9.4. Las IAFAS públicas, mixtas y privadas financian los procedimientos médicos y sanitarios relacionados a diagnósticos y tratamientos oncológicos de la persona que cuenta con un seguro de salud, desde la sospecha diagnóstica, a través de la cobertura del plan de aseguramiento en salud que corresponde (PEAS, planes complementarios o planes específicos), en el marco del AUS. 9.5. Las IPRESS con servicios de salud oncológicos toman en consideración los resultados derivados de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de apoyo al diagnóstico público o privado, procedimientos médicos diagnósticos y/o imagenológicos, cuyo resultado apoyaría la posibilidad de diagnóstico oportuno y/o monitoreo de un paciente oncológico, evitando la duplicidad de estudios y demora en el inicio de tratamiento, de ser el caso. 9.6. El FISSAL incorpora en su tarifario los procedimientos médicos y sanitarios para la atención oncológica, previa evaluación y aprobación de las solicitudes presentadas y sustentadas por las IPRESS, de acuerdo a la normatividad vigente. 9.7. El FISSAL, en el marco de sus funciones, gestiona ante el pliego la priorización de los recursos para la atención oncológica, a efectos de cumplir con la cobertura oncológica integral establecida en la Ley. Artículo 10.- Gestiones en el marco del Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer” 10.1. En el marco del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, el Ministerio de Salud es el responsable del programa presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer” quien, en su rol de Autoridad Nacional de Salud, está a cargo de la gestión estratégica y operativa del mismo, que involucra su programación, formulación, seguimiento y evaluación, orientado a lograr los objetivos estratégicos sectoriales de la Política Nacional de Salud. Evalúa las propuestas presentadas por otras entidades que conforman el sector salud, y de correspondiente, las aprueba. 10.2. El encargado de la gestión del Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer” a nivel de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces a nivel regional, y de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), debe ser un profesional de la salud con conocimiento o experiencia en gestión y administración, el cual se dedica preferentemente con exclusividad a la gestión del programa presupuestal en mención, y cuenta con un equipo de trabajo de acuerdo a la población asignada a su ámbito. Artículo 11.- Fortalecimiento y reestructuración del recurso humano en salud para la prevención y control del cáncer 11.1. Las unidades ejecutoras o entidades del sector público y privado, en lo que corresponde, reestructuran la distribución de sus recursos humanos en salud, según el perfil de puesto y necesidad del servicio, para el logro de resultados en materia de prevención y control del cáncer, que establece el MINSA. 11.2. Las entidades del sector salud realizan la planificación y gestión de RHUS para el cuidado integral del cáncer que asegura la sostenibilidad de las acciones a largo plazo, a través de la contratación, desplazamiento, fortalecimiento de sus competencias laborales, entre otras, según normativa vigente. 11.3. El MINSA, a través de los espacios de articulación docencia - servicio, coordina con las universidades públicas y privadas, en el marco de su autonomía, la incorporación dentro de la currícula de formación de pregrado de los profesionales de la salud, materias vinculadas a la prevención y control del cáncer con el fin de promover dicho conocimiento. 11.4. Las entidades del sector salud realizan el monitoreo del desempeño de los recursos humanos en salud bajo criterios de resultados y calidad de atención según metodología e instrumento aprobado por el MINSA.
--	--

Artículo 12.- Capacitación de los servidores públicos para la prevención y control del cáncer

12.1. El MINSA, a través de los espacios de articulación docencia - servicio, gestiona con las universidades públicas y privadas el desarrollo de los lineamientos sobre los estándares de formación y capacitación en prevención y control del cáncer, teniendo en cuenta la perspectiva de discapacidad, el enfoque de género, el enfoque de derechos humanos, la inclusión social y la interculturalidad, entre otros enfoques.

12.2. El MINSA, como ente Rector del Sistema de Salud, realiza acciones para garantizar una adecuada oferta de servicios de salud concordante con las expectativas de la ciudadanía; Esto implica, además, contar con profesionales de la salud con capacidades y/o competencias adecuadas para alcanzar el logro de objetivos sanitarios trazados. En este sentido desarrolla los estándares de formación en prevención y control del cáncer, priorizando las patologías oncológicas de acuerdo a su prevalencia, contando con la participación de todos los actores del campo de RHUS.

12.3. El MINSA a través de los órganos competentes, promueve el cierre de brechas de especialistas y subespecialistas en oncología, gestionando los recursos presupuestales, incrementando el número de plazas ofertadas financiadas; según el perfil epidemiológico nacional y regional.

12.4. Las entidades del sector salud que brindan la atención oncológica integral financiera a través del Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) para el personal de la salud y personal administrativo, la capacitación en prevención y control del cáncer; y otras coordinadas y certificadas por la Escuela Nacional de Salud Pública.

12.5. El MINSA a través de los órganos competentes y los gobiernos regionales, promueven y facilitan el desarrollo de programas de pasantía para el personal de salud, con el fin de fortalecer las capacidades en prevención y control del cáncer. Las pasantías deben ser consideradas en el PPD.

12.6. Las entidades del sistema de salud reportan el listado de los RHUS relacionados a la prevención y control del cáncer, al Registro Nacional de personal de la salud (INFORHUS).

Artículo 13.- Fortalecimiento de la cadena de suministros para la prevención y control del cáncer y de la evaluación de las tecnologías sanitarias

13.1. El Estado Peruano promueve y garantiza el acceso oportuno y de calidad a los productos farmacéuticos (incluye radiofármacos) y dispositivos médicos, que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncológicas, en el marco del acceso a la atención integral del paciente oncológico. El MINSA como órgano Rector, a través de los organismos competentes debe velar por que las IPRESS e IAFAS públicas, privadas o mixtas, cumplan con brindar la atención integral del paciente oncológico.

13.2. Las IPRESS con servicios de salud oncológica, en el marco de la normatividad vigente, priorizan la adquisición de los productos farmacéuticos de síntesis química, biológicas, dispositivos médicos, u otros insumos, prescritos por los médicos especialistas, según sus competencias, para la atención integral de los pacientes oncológicos.

13.3. El médico especialista tratante, en el marco de sus competencias, ordena los exámenes de diagnóstico necesarios, incluyendo las pruebas genéticas y demás biomarcadores, para identificar la condición clínica de cada paciente, y realizar la prescripción del tratamiento, según las guías de práctica clínica u otros documentos aprobados por la ANS, con autonomía de acuerdo con el criterio médico. En caso de no contar con dichas guías u otros documentos, seguirá el procedimiento descrito por la institución.

13.4. Excepcionalmente, cuando se requiera el uso de un producto farmacéutico oncológico no incluido en el PNUME o lista complementaria, en caso de emergencia y el paciente no cumple la condición de terminalidad oncológica establecida por el médico especialista, aun cuando pase el umbral de alto costo, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas solicita la autorización al comité farmacoterapéutico de la IPRESS, quien evalúa en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas. Una vez autorizado por el comité farmacoterapéutico, éste lo remite inmediatamente a la RENETSA para su evaluación. El producto farmacéutico autorizado por el comité farmacoterapéutico podrá ser utilizado mientras se culmina la ETS por RENETSA.

En estos casos, la IAFAS pública correspondiente, elabora un informe sobre la disponibilidad presupuestal de los productos farmacéuticos solicitados, en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles, siendo asumido el financiamiento por la IPRESS y reconocido por la IAFAS correspondiente.

	13.5. En caso el paciente oncológico requiera el uso de productos farmacéuticos oncológicos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) o sus listas complementarias y dispositivos médicos que sean necesarios para el tratamiento de las enfermedades oncológicas, la solicitud del médico especialista tratante, en el marco de la normatividad vigente, es remitida al comité farmacoterapéutico en un plazo no mayor a siete (7) días calendario y lo registra a través del aplicativo informático que establece la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM). 13.6. El comité farmacoterapéutico de las IPRESS con servicios de salud oncológicos, en un plazo no mayor de siete (7) días calendario desde que se recibe la solicitud, evalúa los productos farmacéuticos y dispositivos médicos solicitados, siempre y cuando el costo de la misma no supere el umbral de alto costo que establece la ANS. 13.7. Para el caso de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, cuyo costo de tratamiento supera el umbral de alto costo que establece la ANS, en un plazo no mayor de siete (7) días hábiles desde que se recibe la solicitud, el comité farmacoterapéutico evalúa y deriva la misma a la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA) en caso de emisión de opinión técnica favorable, para la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS). Asimismo, la DGIESP del MINSA o la que haga sus veces, puede solicitar, cuando exista la necesidad de salud pública, de acuerdo a la normativa vigente, la evaluación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos a la RENETSA." 13.8. La RENETSA realiza las ETS solicitadas de los productos farmacéuticos oncológicos no incluidos en el PNUME o sus listas complementarias, o dispositivos médicos que sean necesarios para el tratamiento de las enfermedades oncológicas, estando sujetas a una evaluación multicriterio compuesta por: Análisis de carga de enfermedad, impacto terapéutico, perfil de seguridad, nivel de innovación, equidad, necesidad no cubierta e impacto socioeconómico u otros definidos en la normatividad. La RENETSA solicita la participación de los médicos especialistas en materia oncológica acreditados y convoca a los representantes de pacientes oncológicos de la sociedad civil de acuerdo a la normativa que se establece para tales efectos. 13.9. La RENETSA, en un plazo no mayor a cuarenta y cinco (45) días hábiles, remite un informe sobre la recomendación de uso de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos a la IAFAS correspondiente; estos son publicados en la página institucional de los integrantes de la RENETSA e incorporados al repositorio institucional de la RENETSA. 13.10. La IAFAS pública correspondiente elabora un informe sobre el análisis de impacto presupuestal de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos solicitados, en un plazo no mayor a cuarenta y cinco (45) días hábiles, siendo derivado al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). 13.11. Las IAFAS garantizan el financiamiento de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos con carga a su presupuesto institucional. 13.12. El CENARES puede abastecer el producto farmacéutico o dispositivo médico si cuenta con stock disponible en almacén en las farmacias de la Red Oncológica Nacional. En caso de no tener el producto farmacéutico o dispositivo médico requerido, a través del Comité de Adquisición, elabora un informe con la recomendación de financiamiento, en un plazo no mayor a cuatro (4) días calendario, el cual es derivado a la IAFAS correspondiente para el financiamiento de los recursos financieros y continúa el proceso de adquisición." 13.13. Los productos farmacéuticos y dispositivos médicos cuyas evaluaciones evidencian eficacia y seguridad, además de ser costo-efectivas en base a la determinación de umbrales, son adquiridos a través de los métodos de contratación establecidos en la Ley de Contrataciones del Estado, según normatividad vigente. 13.14. Los productos farmacéuticos y dispositivos médicos cuyas evaluaciones evidencien eficacia, seguridad y no sean consideradas costo-efectivas en base a determinación de umbrales, o evidencien eficacia y seguridad en resultados intermedios y no sean consideradas costo-efectivas en base a determinación de umbrales, podrán ser adquiridos a través de los mecanismos diferenciados establecidos en el presente Reglamento. 13.15. El MINSA, UGIPRESS e IPRESS públicas realizan la gestión de stocks de los recursos estratégicos en materia de prevención y control del cáncer en el marco del Sistema Integrado de Suministros de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (SISMED), haciendo uso del sistema único de información de suministro público.
--	--

	13.16. El MINSA, a través de los órganos competentes, establece los indicadores de monitoreo del acceso, uso adecuado de las tecnologías sanitarias y los resultados clínicos esperados a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE). 13.17. Las IPRESS con servicios de salud oncológica de la Red Oncológica Nacional tecnología informan a la ANM, sobre las autorizaciones, adquisiciones y el uso de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, para la prevención y control del cáncer, en base a la normatividad vigente, así como del monitoreo y seguimiento sobre la utilización de la utilización, según las fichas de condiciones de uso que para tal efecto se aprueben. 13.18. Las IPRESS con servicios de salud oncológica de la Red Oncológica Nacional intensifican las acciones de farmacovigilancia en el marco del Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, adoptando las acciones necesarias para la minimización de riesgos del uso de medicamentos oncológicos y reportando las reacciones adversas a la ANM. Artículo 14.- Desarrollo e implementación de los mecanismos diferenciados de adquisición de productos farmacéuticos y dispositivos médicos. 14.1. El MINSA, a través de CENARES, está facultado a utilizar mecanismos diferenciados de adquisición para aquellos productos farmacéuticos y dispositivos médicos que sean necesarios para el tratamiento de las enfermedades oncológicas, previo informe del CENARES que demuestre eficacia de gasto frente al uso de los modelos convencionales disponibles, sustentado en un informe técnico emitido por el INEN o la DGIESP de ser el caso ". 14.2. Los mecanismos diferenciados de contratación son los acuerdos de tipo financiero y acuerdos basados en el desempeño. a) Acuerdos de tipo financiero: A través de estos, la entidad autorizada puede adquirir productos farmacéuticos y dispositivos médicos para el tratamiento individual o colectivo de enfermedades oncológicas. La contratación del bien antes descrito, incorpora los servicios conectados necesarios para la atención oncológica integral. Las condiciones de pago pueden establecer los siguientes criterios: ◦ Descuento confidencial: Se acuerda una reducción incondicional del precio del bien en el contrato, el cual constituye una cláusula confidencial; el descuento se deduce de los pagos a realizar al proveedor. ◦ Precio-Volumen: Se acuerdan precios escalonados, que disminuyen al aumentar el volumen comprado para todos los pacientes tratados. b) Acuerdos basados en desempeño: A través de estos, la entidad autorizada puede adquirir productos farmacéuticos y dispositivos médicos para el tratamiento individual o colectivo de enfermedades oncológicas, cuya finalidad es financiar el tratamiento oncológico cuyo pago se encuentra vinculado al(los) resultado(s) clínico(s) esperado(s) de eficacia, evaluaciones en el contexto de un ensayo clínico. La contratación del bien antes descrito incorpora los servicios conectados necesarios para la atención oncológica integral. Las condiciones de pago pueden establecer los siguientes criterios: ◦ Pago por resultados a nivel de paciente: El pago al proveedor se efectúa por el tratamiento proporcionado y depende del logro de una respuesta pre especificada al tratamiento en cada paciente. ◦ Continuación del tratamiento condicional a nivel de paciente: La cobertura del tratamiento se continúa sólo para pacientes que logren una respuesta pre especificada al tratamiento; los proveedores ofrecen productos de forma gratuita para pacientes que no logran resultados. ◦ Pago por resultados a nivel poblacional: El pago al proveedor se efectúa por los tratamientos proporcionados y depende del logro de un resultado acordado en la población tratada. 14.3. El MINSA a través de la DGIESP o la que haga sus veces, formula el requisito que deben contener las condiciones generales de la contratación, como son las características del bien o servicio a contratar, requisitos funcionales relevantes, restricciones, plazos, mecanismos y responsable de la emisión de la conformidad y otros que se requieren para cumplir con la atención oncológica; y, realizar las acciones hasta la suscripción del Acuerdo del CENARES con el proveedor seleccionado.
--	---

	14.4. El requerimiento de contratación a través del uso de mecanismos diferenciados de contratación es remitido al CENARES, quien inicia el proceso de contratación correspondiente, efectuando su inclusión en el Plan Anual de Contrataciones. Artículo 15.- Comité de Adquisición 15.1. La conducción del proceso de contratación está a cargo de un Comité de Adquisición, designado por el CENARES, y conformado por los siguientes integrantes: Un/a representante del CENARES, quien lo preside. Un/a representante de la DGIESP del MINSA, o la que haga sus veces. Un/a representante de la Red Oncológica Nacional. 15.2. Los representantes mencionados deben ser propuestos en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles posteriores a la solicitud, cursada por el CENARES. 15.3. El Comité de Adquisición se instala en un plazo máximo de tres (3) días hábiles a partir del día siguiente de su designación. 15.4. El Comité de Adquisición tiene las siguientes funciones: a) Elaborar las bases del proceso de contratación, que contiene la proforma de Acuerdo. b) Solicitar a la Dirección General del CENARES la aprobación de las Bases. c) Convocar el proceso de contratación, el cual se realice conforme a lo dispuesto en las normas mencionadas en la Quinta Disposición Complementaria. d) Absolver las consultas formuladas a las Bases, pudiendo requerir la opinión de la IAFAS correspondiente. e) Evaluar las expresiones de interés presentadas por los postores. f) Declarar elegibles o no elegibles las expresiones de interés presentadas. g) Disponer la publicación de los resultados de la declaratoria de las expresiones de interés en la página web institucional y el SEACE, en la oportunidad que corresponda; y, h) Adoptar las decisiones y realizar todo acto necesario para el desarrollo del procedimiento hasta la selección del proveedor, sin que puedan alterar, cambiar o modificar la información del requerimiento, salvo autorización expresa de la DGIESP del MINSA o la que haga sus veces. Artículo 16.- Convocatoria 16.1. El CENARES realiza la convocatoria a través de la página web institucional, a efectos que los proveedores formulan sus expresiones de interés en un plazo mínimo de veintidós (22) días hábiles, contabilizados desde el día siguiente de la publicación. La Entidad está obligada a registrar la información de la contratación en el SEACE. 16.2. A la culminación del proceso de contratación, la Entidad está obligada a registrar la información de la contratación detallada en el presente Reglamento en el SEACE. Artículo 17.- Formulación de Consultas 17.1. Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de efectuada la convocatoria, se podrán efectuar consultas a las bases, por escrito o a través del correo electrónico señalado, a fin de que se realicen precisiones o aclaraciones a su contenido. El Comité de Adquisición absolverá individualmente las consultas formuladas en un pliego debidamente motivado, el cual será publicado en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles posteriores a la culminación del plazo para formular las consultas. 17.2. El pliego absolutorio publicado, forma parte integrante de las Bases y del Contrato, constituyéndose como las reglas definitivas de la contratación. Artículo 18.- Proceso de contratación
--	--

	18.1. De la presentación y evaluación de la Expresión de Interés: Los proveedores presentan su Expresión de Interés conforme a lo establecido en las Bases ante el Comité de Adquisición. La Expresión de Interés es evaluada por el Comité de Adquisición, que convoca posteriormente al acto público de negociación. En caso de que no se presenten expresiones de interés, el Comité de Adquisición puede extenderse por única vez y como máximo por el plazo de veintidós (22) días hábiles, el período de presentación. Asimismo, el Comité de Adquisición puede solicitar la publicación de Expresión de Interés en medios de comunicación masivos y de alcance nacional. 18.2. De la declaración de elegibilidad de las Expresiones de Interés: De acuerdo a los resultados de la evaluación y negociación, el Comité de Adquisición declara elegible una Expresión de Interés. Los criterios para la evaluación y negociación se desarrollan en la normatividad complementaria que se aprobará en el marco de lo establecido en la Cuarta Disposición Complementaria Final del presente Reglamento. 18.3 Las actas que contienen el resultado del proceso, son publicadas en el portal del CENARES, de acuerdo al cronograma establecido en las Bases. 18.4. De la culminación del proceso de contratación Se dispone la culminación del proceso de contratación en los siguientes supuestos: a) Cuando se declare elegible una expresión de interés y se haya suscrito el acuerdo respectivo. b) Cuando se haya cubierto la necesidad por indicación de la DGIESP del MINSA o quien haga sus veces. c) Cuando se cancele el proceso de contratación. La cancelación puede ser dispuesta en cualquier momento previo a la declaración de elegibilidad, cuando desaparezca la necesidad. Esta decisión es formalizada mediante resolución emitida por la máxima autoridad administrativa del CENARES, o a quien se le hubiere delegado esta facultad. 18.5. Declaración de desierto del proceso de contratación. Cuando no se haya presentado ninguna Expresión de Interés durante el período señalado para tal fin, después de publicada la convocatoria, el Comité de Adquisición declara desierto el proceso de contratación. Declarado desierto el proceso de contratación, se evaluarán las causas que motivaron tal situación, pudiéndose reformular los requerimientos técnicos mínimos por parte de la DGIESP del MINSA para su posterior convocatoria. Artículo 19.- Apelaciones En las contrataciones desarrolladas bajo los mecanismos diferenciados de adquisición, sólo son impugnables, las decisiones que determinan la no elegibilidad de la expresión de interés, a través de la interposición de un recurso de apelación. En el caso de las contrataciones que se encuentren por debajo de los umbrales establecidos en los tratados u otros compromisos internacionales que incluyen disposiciones en materia de contratación pública, de los que el Perú es parte, el recurso de apelación es interpuesto en el plazo de cinco (05) días hábiles contados a partir del día siguiente de notificada dicha decisión en la página web institucional, y es resuelto por la más alta autoridad del CENARES, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, siendo esta facultad indelegable. El plazo para resolver el recurso de apelación incluye la notificación de la decisión a través de la página web institucional. Artículo 20.- Requisitos para el perfeccionamiento del Acuerdo 20.1. Para el perfeccionamiento del Acuerdo, el proveedor presenta la siguiente documentación, dentro de los ocho (8) días hábiles posteriores a la declaratoria de elegibilidad: a) Garantía de fiel cumplimiento al Acuerdo, por un monto equivalente al 10% del monto de la adquisición. b) Código de Cuenta Interbancaria
--	--

c) Documento que acredita que cuenta con facultades para perfeccionar el Acuerdo.
d) Los demás requisitos establecidos en los documentos del procedimiento.
20.2. El plazo para la presentación de documentos puede ser ampliado por cinco (5) días hábiles adicionales, previa comunicación del proveedor debidamente sustentada.
20.3. Además, en caso de que haya sido determinado por el Comité de Adquisición, el proveedor seleccionado presenta las pólizas de seguro para resarcir cualquier daño derivado de la ejecución de las prestaciones a su carga. Los tipos de pólizas y montos asegurados son determinados por la IAFAS que corresponden.
20.4. La no presentación de los requisitos para el perfeccionamiento del Acuerdo conlleva a la revocatoria de la elegibilidad de la Expresión de Interés.
20.5. El Acuerdo se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la presentación de los requisitos para la firma del Acuerdo.

Artículo 21.- Renegociación de Acuerdos

21.1. En cualquier momento de la ejecución contractual cualquiera de las partes puede convocar por escrito, a una renegociación de los términos del Acuerdo. Dicha convocatoria es de participación obligatoria y debe ser comunicada con una anticipación de diez (10) días hábiles, detallando en la solicitud la propuesta de modificación.
21.2. Las partes pueden acordar modificaciones a los términos previstos, suscribiendo las enmiendas correspondientes, las cuales deben contar con el Informe Técnico de la IAFAS que corresponde y del CENARES.
21.3. Cuando las modificaciones incrementen el precio del Acuerdo, previamente, deberá obtenerse la asignación presupuestal correspondiente.

Artículo 22.- Fortalecimiento del equipamiento biomédico y recambio tecnológico para la prevención y control del cáncer

22.1. El MINSA a través de los órganos competentes, promueve el recambio tecnológico, priorizando los equipos biomédicos digitales basados en estándares abiertos e interoperables, considerados como estratégicos para la prevención y control del cáncer a través del plan de equipamiento de las IPRESS.
22.2. Asimismo, promueve el recambio tecnológico del equipamiento biomédico laboratorial a plataformas tecnológicas multidagnósticas, que permitan realizar los estudios de biomarcadores necesarios para la prevención y control del cáncer.
22.3. El MINSA, a través de la Dirección General de Operaciones en Salud, realiza a nivel nacional el monitoreo del estado de funcionamiento de los equipos biomédicos considerados como estratégicos para la prevención y control del cáncer."
22.4. El MINSA a través de los órganos competentes, desarrolla un listado de equipamiento biomédico estratégico para la elaboración de planos de equipamiento en el marco de la Red Oncológica Nacional y de las RIS.
22.5. El MINSA, EsSalud y otras entidades del sector salud promueven y asisten, en el marco de los Lineamientos que aprueban, la actualización anual de los planos de equipamiento de los establecimientos de salud, cuyos equipos biomédicos estén asociados a las UPSS y actividades vinculadas a la atención integral oncológica, priorizando su ejecución institucional."
22.6. El MINSA, EsSalud, el INEN, los Gobiernos Regionales y otras entidades del sector salud financiero, con carga a su presupuesto institucional, el Plan Institucional de equipamiento de las IPRESS, para la adquisición de los equipos biomédicos (nuevos o de reposición) priorizados en el listado al que se refiere el numeral 22.4 del presente artículo.
22.7. El MINSA, el INEN, los Gobiernos Regionales y otras entidades del sector salud, elaboran conforme a la normatividad vigente y financian el Plan de Aseguramiento del equipamiento adquirido de las IPRESS con servicios de salud oncológica u otros considerados como estratégicos para la prevención y control del cáncer, con cargo a su presupuesto institucional; en el marco de la implementación de la Red Oncológica Nacional y RIS."

	22.8. El MINSA, el INEN , los Gobiernos Regionales y otras entidades del sector salud, elaboran conforme a las disposiciones del Sistema Nacional de Abastecimiento y de los Lineamientos técnicos vigentes del Ministerio de Salud , el Plan de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento de las IPRESS y financian la medida propuesta, con cargo a su presupuesto institucional, para el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y de los equipos biomédicos priorizados por las IPRESS con servicios de salud oncológicos. u otros consideraron cómo estratégicos para la prevención y control del cáncer; idealmente bajo una mirada de economía de escala, que garanticen la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo en los tiempos que estipula el Plan. Artículo 23.- Fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria para la prevención y control del cáncer 23.1. Las IPRESS con servicios de salud oncológica realizan una evaluación trimestral sobre el estado de la infraestructura hospitalaria que permita el funcionamiento de las UPSS necesarias para la prevención y control del cáncer. 23.2. El MINSA, el INEN, los Gobiernos Regionales y otras entidades del sector salud, financian el plan de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria de las IPRESS públicas con servicios de salud oncológicos u otros considerados como estratégicos para la prevención y control del cáncer a nivel de DIRESA/GERESA/DIRIS con carga a sus presupuestos institucionales. Las IPRESS públicas son responsables de monitorear el funcionamiento de las UPSS y las actividades destinadas a la prevención y control del cáncer a nivel hospitalaria. 23.3. El MINSA gestiona durante el proceso de implementación de la mejora o creación de la infraestructura hospitalaria, la descentralización y desconcentración de los servicios de salud oncológica a nivel nacional, bajo el enfoque de Red Oncológica Nacional y RIS." 23.4. El MINSA, el INEN, los Gobiernos Regionales y otras entidades del sector salud gestionan el desarrollo y la adecuación de la infraestructura hospitalaria de los establecimientos de salud, que facilita el manejo multidisciplinario e interdisciplinario de los pacientes con cáncer y que permite la ampliación de la capacidad hospitalaria para la atención oncológica integral, cuando sea necesario, con carga a sus presupuestos institucionales." Artículo 24.- Desarrollo de la infraestructura tecnológica para la prevención y control del cáncer 24.1. El MINSA prioriza el desarrollo de la infraestructura tecnológica para la prevención y control del cáncer, con el fin de mejorar el acceso a una atención oncológica integral oportuna y de calidad. 24.2. El MINSA implementa de forma progresiva en todas las IPRESS públicas con servicios de salud oncológica, todos los servicios de telemedicina, con énfasis en teleapoyo al diagnóstico y teleconsulta, de forma tal que permita la atención oncológica integral de forma oportuna y de calidad, con especial énfasis en personas adultas mayores, personas con discapacidad, niñas, niños y adolescentes y en situación de vulnerabilidad. 24.3. Las IPRESS públicas con servicios de salud oncológica implementan y hacen uso del sistema de visualización y diagnóstico de las imágenes médicas, con el fin de fortalecer los servicios de teleapoyo al diagnóstico. Artículo 25.- Fortalecimiento tecnológico para el desarrollo de evaluaciones de tecnologías sanitarias El MINSA garantiza el acceso a fuentes de información, herramientas tecnológicas y el fortalecimiento de recursos humanos del Instituto Nacional de Salud (INS) y la DIGEMID para el desarrollo de las ETS. Artículo 26.- Definición de Red Oncológica Nacional 26.1. La Red Oncológica Nacional, en adelante la Red, es el conjunto de IPRESS públicas, privadas y mixtas del ámbito nacional, articuladas entre sí, que brindan servicios de salud oncológica relacionados al diagnóstico y atención oncológica integral. Está conformada por los institutos de enfermedades neoplásicas y todas las
--	---

	IPRESS que dispongan de las UPSS con una cartera de servicios de salud para la atención oncológica integral. La Red se articula con las RIS, estableciendo una relación sinérgica y complementaria en todo el territorio nacional. 26.2. Esta Red se adecua a la organización en RIS a nivel nacional y en el marco de lo establecido en el Modelo de Cuidados Integrales, siendo considerada para tales efectos, como una vía de cuidado integral. 26.3 Los institutos de enfermedades neoplásicas son IPRESS integrantes de la Red que brindan servicios de salud oncológica de alta complejidad, docencia e investigación acorde a las necesidades de la Red. La función del INEN como IPRESS integrante de la Red se distingue de su función como Organismo Público Ejecutor conductor de la Red bajo la autoridad del MINSA, sin que ello implique la creación de nuevas unidades orgánicas o instituciones. 26.4. El INEN como Organismo Público Ejecutor, en el marco de los lineamientos técnicos que emite el MINSA, conduce funcionalmente la Red y promueve su implementación de forma desconcentrada y descentralizada para brindar un diagnóstico adecuado, atención oncológica integral oportuna y seguimiento de los pacientes con cáncer a nivel nacional. 26.5. El MINSA, como ente rector del sistema nacional de salud, realiza la supervisión y control de los procesos que desarrolla la Red, y por ende se encarga del monitoreo y evaluación del desempeño del INEN dentro de la Red. 26.6. Los integrantes de la Red brindan el adecuado manejo del paciente oncológico de acuerdo a su capacidad resolutive; para lograrlo, la Red promueve que el paciente con diagnóstico de cáncer reciba prestaciones oncológicas bajo estándares de buenas prácticas de atención. Artículo 27.- Alcance y población objetivo 27.1. La Red tiene un alcance nacional e incluye a todas las IPRESS públicas, privadas o mixtas que tengan por objeto la prestación de servicios de salud oncológica. Su implementación es gradual y progresiva. 27.2. La población objetivo está constituida por todos los pacientes oncológicos, indistintamente al tipo de cáncer que padezcan, a quienes se protege con enfoque de equidad. Artículo 28.- Usuarios de la Red 28.1. Se considera que una persona es usuaria de la Red cuando recibe servicios de salud oncológicos de algún IPRESS integrante, siempre y cuando estos se encuentren considerados en el PEAS, planos complementarios y planos específicos, según corresponda. A partir de ello, la Red garantiza la continuidad de la atención integral del paciente oncológico en el territorio nacional de manera desconcentrada y descentralizada. 28.2. Si en el proceso de atención del paciente se establece que la persona no tiene diagnóstico definitivo de cáncer, la Red propicia su atención integral de salud en la IPRESS que le corresponde. 28.3. La Red en el marco de la política de RIS asiste a los usuarios con diagnóstico de cáncer del sistema de salud facilitando los flujos y procesos de atención especializada. Artículo 29.- Roles y funciones de los actores de la Red 29.1. El MINSA, como ente rector en salud, y por ende en materia de prevención y control del cáncer: a) Definir las prioridades sanitarias que la Red debe atender con enfoque de equidad; b) Realizar la supervisión y control de los servicios y resultados a carga de ésta; c) Aprueba los documentos normativos y estándares en materia de prestaciones de salud oncológica en las IPRESS conformes de la Red, para su aplicación obligatoria. 29.2. El INEN como Organismo Público Ejecutor conduce la Red, según los Lineamientos técnicos que emite el MINSA. Asimismo: a) Gestión de forma operativa la Red en el marco de los objetivos y prioridades del sector salud; b) Incentivar las buenas prácticas de atención de salud y gestión de los servicios; c) Proponer al
--	---

	MINSA los documentos normativos y estándares para las prestaciones de los servicios de salud oncológica en las IPRESS conformes de la Red, para su aprobación; d) Promueve y asiste técnicamente en la implementación de servicios de salud oncológica; e) Colaborar en la estimación de costos de los procedimientos oncológicos que favorezcan la complementariedad de servicios e intercambio prestacional; y, f) Realizar el monitoreo y evaluación de la operación de la Red, incluyendo el desempeño de las IPRESS que la conforman. 29.3. El INEN gestiona la transferencia tecnológica a las IPRESS de la Red, para el desarrollo de competencias de los servicios de salud oncológica en materia de control del cáncer. 29.4. El INEN gestiona la atención oncológica integral de calidad, buen trato al paciente y humanización en la asistencia clínica oncológica a través de la formación de RHUS especializado en oncología de la Red. 29.5. El INEN garantiza la continuidad de la atención oncológica integral a través de la gestión de la referencia y contrarreferencia de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer en el ámbito del desarrollo de la Red. 29.6. El INEN realiza el monitoreo individual de todos los pacientes con cáncer, de tal forma que asegura la continuidad de la atención oncológica integral desde el diagnóstico y tratamiento de cáncer, que incluye la rehabilitación y cuidados paliativos. 29.7. El INEN realiza el monitoreo en tiempo real del funcionamiento de todos los servicios de salud oncológicos de las IPRESS que conforman la Red, así como el cumplimiento de la prestación de los servicios. 29.8. Las IPRESS integrantes de la Red, informan diariamente sobre los stocks y consumos de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos para la atención integral del paciente oncológico, a través del SISMED que conduce la ANM. 29.9. Las IPRESS integrantes de la Red brindan servicios de salud oncológica bajo los estándares establecidos para la Red y reportan la información requerida. 29.10. Las UGIPRESS son responsables de la administración y gestión de los recursos necesarios para la operación de las IPRESS integrantes de la Red. 29.11. Las IAFAS otorgan cobertura financiera a sus asegurados de acuerdo al plan de beneficios que les corresponden y en el marco de la normatividad vigente. 29.12. El INS, planifica, organiza y difunde la investigación oncológica y educación científica biomédica en el ámbito de la Red, velando por los derechos de los pacientes con cáncer. Artículo 30.- Procesos de la Red 30.1. La Red tiene los siguientes procesos misionales: a) Gestión de las prestaciones de salud. b) Gestión de la vigilancia epidemiológica en cáncer. c) Gestión de la investigación en materia oncológica. d) Gestión de transferencia tecnológica y normalización e) Monitoreo y evaluación 30.2. Para el cumplimiento de sus procesos misionales, la Red debe tener en cuenta que éstos se relacionan sinérgica y complementariamente con los procesos de soporte vinculados a los sistemas administrativos del Estado Peruano, siendo los siguientes: a) Gestión del financiamiento. b) Gestión de recursos humanos. c) Gestión del abastecimiento. d) Gestión de la inversión pública. e) Gestión de tecnologías de información y otras tecnologías
--	--

	30.3. El INEN, en coordinación con los integrantes de la Red, propone al MINSA, para su revisión y aprobación, los indicadores de desempeño de la Red, y teniendo en cuenta los procesos de soporte, propone indicadores de estructura y procesos en la implementación de la Red. Estos son de adopción progresiva y cumplimiento obligatorio por los integrantes de la Red. 30.4. Para la gestión de recursos humanos, las entidades del sector salud reportan el listado del RHUS relacionado a la prevención y control del cáncer al INFORHUS del MINSA. Artículo 31.- Indicadores de desempeño de la Red 31.1. Los indicadores de desempeño de la Red son el instrumento de gestión que cuantifica el avance para el logro del resultado específico a su carga y que contribuye al objeto de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer. Los indicadores miden el acceso a los servicios de salud y la cobertura integral oncológica efectiva de la población, según lo establecido en el PEAS y los planes complementarios, y planes específicos financiados por las IAFAS y los recursos públicos que se destinan a esta finalidad. 31.2. Para evaluar el desempeño de la Red, el INEN realiza el seguimiento de cumplimiento de los indicadores en el tiempo, los cuales representan el compromiso de los diferentes actores y componentes para el desarrollo de las actividades de la Red, los que son de cumplimiento obligatorio. 31.3. Los integrantes de la Red reportan al INEN de manera obligatoria y oportuna la información relacionada al monitoreo y evaluación del desempeño de la Red. Artículo 32.- Plan de implementación de la Red 32.1. El INEN propone al MINSA para su aprobación, el Plan de implementación de la Red, de carácter vinculante para los gobiernos regionales y los integrantes de la Red, el cual comprende una secuencia de etapas e hitos. 32.2. El Plan debe proponer una hoja de ruta y la estimación de tiempo de ejecución de las etapas antes mencionadas de desarrollo de la Red. 32.3. Las actividades previstas en el Plan de implementación de la Red deben ser incorporadas, con las respectivas metas y asignación presupuestal, en los instrumentos de planeamiento institucional operativo de las Unidades Ejecutoras e IPRESS integrantes de la Red, según corresponda. Artículo 33.- Referencia y contrarreferencia para la atención integral del paciente oncológico en la Red 33.1. La Red mantiene la continuidad y oportunidad de sus prestaciones mediante los sistemas de referencia y contrarreferencia existentes, optimizando el uso de herramientas tecnológicas. Asimismo, establece flujos diferenciados para optimizar la atención oportuna especializada, de acuerdo a criterios clínicos, considerando su organización y niveles de complejidad, y aplicando un enfoque de gestión territorial de alcance nacional. 33.2. Los criterios de flujos diferenciados para referencia y contrarreferencia en la Red toman en cuenta el tipo de neoplasia atendida por las diferentes especialidades. Los criterios de priorización para la referencia y contrarreferencia deben ser aprobados por el INEN. 33.3. Con esta finalidad se promueve la implementación de las vías de cuidados integrales en salud como herramienta de gestión que asegura la integralidad y longitudinalidad de los cuidados para la persona. Artículo 34.- Financiamiento para el funcionamiento de la Red 34.1. Las IPRESS públicas integrantes de la Red, así como del INEN, proponen anualmente según los procesos descritos en la normatividad vigente, la asignación de recursos para la Programación Multianual Presupuestaria dentro de los Proyectos de Ley de Presupuesto del Sector Público de los siguientes años fiscales; dentro de lo cual se debe considerar las asignaciones de recursos en el Programa Presupuestal 0024 "Prevención y control del cáncer" de sus respectivos pliegos
--	--

	presupuestales, para la contratación de personal, así como para los planos de equipamiento y mantenimiento de las IPRESS públicas incluidas en la Red, según su nivel de atención. 34.2. Las IAFAS públicas y privadas articulan sus procesos y financiamiento para que las IPRESS de la Red puedan alcanzar estándares de buenas prácticas de atención oncológica integral, empleando todos los recursos disponibles. Artículo 35.- Vigilancia epidemiológica especializada en Cáncer 36.1. La vigilancia epidemiológica especializada en cáncer es conducida y evaluada por el MINSA a través de CDC o quien haga sus veces, siendo el RNC parte de la vigilancia epidemiológica del cáncer. El INEN coordina sus actividades en vigilancia epidemiológica de cáncer con el MINSA a través del CDC o quien haga sus veces. 36.2. Para esta vigilancia, el RNC utiliza los datos generados por los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP), los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basados en los Registros Hospitalarios de Cáncer (RHC) y los datos de sistemas complementarios que se implementan en el futuro y que tengan relación con el diagnóstico y la atención integral del paciente oncológico. 36.3. El RNC utiliza la metodología estándar de registros de cáncer, adoptando las reglas internacionales de definición de caso, codificación y control de calidad vigentes, que incluyen el registro e individualización de cada caso. La notificación de casos de cáncer es obligatoria y de periodicidad mensual. Artículo 36.- Registro Nacional de Cáncer El MINSA a través del INEN, la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) y el CDC, o quienes hacen sus veces, diseñan, planifican y organizan el RNC, con la finalidad de recolectar, procesar, analizar y publicar información epidemiológica oportuna y de calidad de todos los tipos de cáncer que ocurren en el territorio nacional y en todos los grupos de edad, e incluye la información sobre las personas con discapacidad. Esta información epidemiológica se remite periódicamente a la DGIESP del MINSA, para la planificación, monitoreo y evaluación del impacto de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”, aprobado por el Decreto Supremo N° 026-2020-SA o el que haga sus veces. Artículo 37.- Ámbito de acción del Registro Nacional de Cáncer 37.1. Las IPRESS públicas, privadas y mixtas que brindan atención integral del paciente oncológico deben implementar un registro hospitalario de cáncer en cumplimiento de las normas vigentes; para ello cuentan con el soporte técnico del MINSA a través del CDC o quien haga sus veces, y del INEN a través del RNC. 37.2. El MINSA a través del CDC o quien haga sus veces, y el RNC, comparten tramas de información mensual consolidada de los casos de cáncer registrados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer - RHC y RCBP de acuerdo a las variables y estructura del RNC. Estos mecanismos de transferencia de la información son interoperables y se publican trimestralmente en portales de acceso a las bases de datos sin identificar a los pacientes o titulares de los datos. Artículo 38.- Implementación del Registro Nacional de Cáncer 38.1. Los datos a recopilar por el RNC deben responder a la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”, aprobada por el Decreto Supremo N° 026-2020-SA o el que haga sus veces. 38.2. El INEN propone al MINSA las normas necesarias para establecer el registro y notificación de casos de cáncer de las UPSS anatomía patológica, de IPRESS públicas, privadas y mixtas. 38.3. La OGTI o quien haga sus veces, propone y coordina con el INEN, la implementación de los mecanismos de intercambio de datos por razones de salud pública o en situaciones de riesgo para un paciente determinado, entre los sistemas de información del MINSA y sus órganos desconcentrados y organismos públicos,
--	---

	EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), entre otros; en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. 38.4. La vigilancia epidemiológica especializada de cáncer incluye la vigilancia e identificación de los factores de riesgo: carcinógenos ambientales, ocupacionales, determinantes sociales asociados u otros, de tal forma que permita una intervención sanitaria oportuna. 38.5. El MINSA a través del CDC o quien haga sus veces, diseña e implementa un sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer ocupacional a nivel nacional. 38.6. El MINSA y el INEN promueven la implementación gradual de las HCE para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica especializada en cáncer, en el marco de la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable” aprobada por el Decreto Supremo N° 026-2020-SA. 38.7. Con la información del RNC, el INEN y el CDC o quien haga sus veces, publican cada año el Informe “Situación del Cáncer en el Perú”, cuyo contenido es el siguiente: a) Situación de los factores de riesgo; b) Situación de los determinantes sociales; c) Tasas de incidencia; d) Tasas de mortalidad; e) Tasas de prevalencia; f) Sobrevida a 3 y 5 años (por tipo de cáncer); g) Carga de enfermedad por cáncer (AVISA); h) Análisis georeferenciado (mapas de calor y otras visualizaciones dinámicas); i) Brechas de oferta de servicios de salud oncológica regionales, j) Análisis de desigualdades e inequidades en salud oncológica; k) Análisis de vulnerabilidad territorial por daños oncológicos; l) Proyecciones de casos nuevos y fallecimientos por cáncer para el año de publicación y los siguientes 3, 5 y 10 años; y, m) Otros indicadores de importancia. 38.8. El CDC o quien haga sus veces, en coordinación con el INEN, realiza acciones de capacitación en la metodología de registros de cáncer a nivel nacional. 38.9. Las actividades de supervisión y monitoreo de la información del RNC están a cargo del CDC, o quien haga sus veces. 38.10. A través del RNC se accede a información estadística y anonimizada, en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Artículo 39.- Fortalecimiento de los registros hospitalarios de cáncer y los registros de cáncer de base poblacional 39.1. Las IPRESS públicas con servicios de salud oncológica, fortalecen sus RHC a través de la asignación de recursos derivados del Programa Presupuestal 0024 “Prevención y control del cáncer” o a cargo del presupuesto subsectorial correspondiente, orientado al logro de resultados. 39.2. Los Institutos de Enfermedades Neoplásicas o IPRESS que gestionan los RCBP, fortalecen sus registros en el ámbito de su competencia, con el fin de fortalecer el RNC. 39.3. El INEN conduce e implementa la RCBP de Lima Metropolitana; además brinda la asistencia técnica para el fortalecimiento de los RCBP existentes y para la implementación de los mismos en otras regiones, con el fin de fortalecer el RNC. 39.4. Lo dispuesto en los numerales precedentes se realiza en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Artículo 40.- Confidencialidad de los datos y control de calidad 40.1. El MINSA a través del CDC y OGTI, o quienes hacen sus veces, son responsables de la confidencialidad y seguridad de la información de las bases de datos del RNC en cumplimiento de la normativa vigente en relación a la protección de datos personales y datos personales en salud. 40.2. El MINSA a través del INEN realiza el control de calidad interno de los datos del RNC, garantizando que se encuentren completos, conformes, consistentes, con precisión, unicidad, integridad, validez y puntualidad de los datos recolectados, así como la cobertura de los reportes de las IPRESS públicas, privadas y mixtas. El control de calidad externo de los datos se realiza mediante auditorías de agencias de cooperación internacional a pedido del MINSA, así mismo, la fiscalización en materia de protección de datos personales está a cargo de la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Artículo 41.- Creación del Banco Nacional de Tumores y de la Red Nacional de Bancos de Tumores
--	---

	41.1. La Red Nacional de Banco de Tumores (RNBT) es un conjunto organizado de Bancos de Tumores a nivel nacional, con enfoque descentralizado y desconcentrado, que cuenta con procesos éticos, técnicos y políticas de gestión de calidad, que se encuentran armonizados entre sí, garantizando la adecuada recolección, procesamiento, almacenamiento, uso y distribución de las muestras biológicas de origen humano y datos asociados almacenados, con fines de investigación biomédica en cáncer, así como en el caso de requerirse, para diagnóstico, tratamiento y necesidades de salud. público. 41.2. El INS, en coordinación con el INEN, gestiona la implementación de los Bancos de Tumores que conforman la RNBT, en el marco de la normatividad vigente." 41.3 El INS, en coordinación con el INEN, propone al MINSA los documentos normativos necesarios para el funcionamiento de la RNBT. El MINSA evalúa y aprueba los documentos normativos, de correspondiente." 41.4. El INS supervisa y monitorea los procesos de control de calidad y bioética de los bancos de tumores a nivel nacional.
<u>Decreto Supremo 001-2023-SA</u> <u>Decreto Supremo que incorpora una Disposición Complementaria Transitoria al Reglamento de la Ley N° 31336. Ley Nacional del Cáncer, aprobado con Decreto Supremo N° 004-2022-SA</u>	Artículo 1.- Objeto El presente Decreto Supremo tiene por objeto incorporar la única Disposición Complementaria Transitoria al Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, aprobada con Decreto Supremo N° 004-2022-SA, para la adquisición de productos farmacéuticos oncológicos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) o sus listas complementarias y dispositivos médicos, cuyo costo de tratamiento supere el umbral de alto costo aprobado por la Autoridad Nacional de Salud (ANS), en tanto se implementen las disposiciones contenidas en el citado Reglamento, que permitan continuar con la atención de pacientes oncológicos que reciben tratamiento de cáncer y requieran de dichos productos. Artículo 2.- Incorporación de la Disposición Única Complementaria Transitoria al Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, aprobado con Decreto Supremo N° 004-2022-SA. Incorporar una Única Disposición Complementaria Transitoria al Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, aprobado con Decreto Supremo N° 004-2022-SA, conforme al siguiente detalle: “DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA ÚNICA: Hasta por un plazo de seis (6) meses contados a partir del día siguiente de la entrada en vigencia del documento normativo que aprueba los criterios para la evaluación y negociación, así como, la proforma de bases para el proceso de contratación, que permita el desarrollo de los mecanismos diferenciados de adquisición a los que se hace referencia en la Cuarta Disposición Complementaria Final del presente Reglamento, se autoriza a los hospitales que atiendan patologías oncológicas ya los Institutos Especializados en Enfermedades Neoplásicas a adquirir Directamente oa través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), en base a la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento vigentes, los productos farmacéuticos oncológicos cuyo costo de tratamiento supere el umbral de alto costo establecido por la Autoridad Nacional de Salud (ANS), no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) o sus listas complementarias, así como dispositivos médicos oncológicos no considerados en el Petitorio Nacional. Único de Dispositivos Médicos Esenciales (PNUME), requeridos para pacientes continuadores y pacientes nuevos; no pudiendo ser la cantidad a adquirir mayor a la necesaria para cubrir el tratamiento del paciente durante el periodo de vigencia de la presente disposición. Cuando se trata de pacientes nuevos deben configurarse los siguientes criterios: (1) que la enfermedad progresa objetivamente y/o amenaza la vida del paciente, (2) no haya respuesta favorable a las alternativas terapéuticas disponibles en el PNUME o sus listas complementarias, y (3) no cumpla la condición de terminalidad oncológica. La configuración de dichos criterios está establecida por el médico tratante y avalada por una junta médica.

	Para el caso de la adquisición de los productos farmacéuticos señalados en el primer párrafo de la presente disposición, se debe contar con la previa evaluación y aprobación de su comité farmacoterapéutico institucional, tomando en consideración, de existir, la opinión vinculante de las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS) en relación al tema de eficacia y seguridad, realizadas por uno de los integrantes de la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA), emitidas a partir de julio del 2021 y disponibles en las páginas web. de las instituciones que conforman la citada Red. No obstante, si posteriormente se dispone de un ETS multicriterio o un ETS en relación al tema de eficacia y seguridad, realizado por uno de los integrantes de la RENETSA, en sentido de No Recomendación del producto farmacéutico, no se continúa con su adquisición, y dependiendo del resultado de la ETS y primando la seguridad del paciente, lo adquirido se podrá consumir hasta agotar su stock. Asimismo, dichos productos deben estar considerados en una Guía de Práctica Clínica elaborada de acuerdo a lo establecido en el marco normativo vigente del Ministerio de Salud, o en documento normativo del Ministerio de Salud, en ambos casos aprobados hasta el 31 de diciembre del 2022. Los hospitales que atienden patologías oncológicas y los Institutos Especializados en Enfermedades Neoplásicas deben informar mensualmente de manera obligatoria a la DIGEMID sobre las autorizaciones de uso y adquisición de los productos aprobados por su comité farmacoterapéutico institucional, así como el monitoreo y seguimiento sobre la utilización de los mismos, al igual que los informes de farmacovigilancia para garantizar la seguridad del paciente.” (...).
Decreto Supremo 001-2024-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención oncológica especializada	REGLAMENTO DE LA LEY N° 31561, LEY DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN LAS MUJERES Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA ONCOLÓGICA Artículo 1.- Objeto El presente Reglamento tiene por objeto establecer las disposiciones para la implementación de la Ley N° 31561, Ley de prevención del cáncer en las mujeres y del fortalecimiento de la atención oncológica especializada (en adelante, la ley). Artículo 2.- Ámbito de aplicación El presente Reglamento es aplicable a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas, debidamente registradas en el Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS), Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), así como a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas del ámbito nacional, que brinden o gestionen la prestación y/o financiamiento de servicios de salud oncológica en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Artículo 3.- Definiciones y acrónimos 3.1. Para la aplicación del presente Reglamento se consideran las siguientes definiciones: 3.1.1 Afiliado o Asegurado: Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). 3.1.2 Cirugía de reconstrucción mamaria: Constituye parte del tratamiento integral de la paciente con cáncer de mama, que le permite su recuperación física y emocional después de la mastectomía. La alteración corporal causada por la mastectomía afecta las relaciones personales, sociales y profesionales. Este

	procedimiento se puede realizar en forma inmediata y/o diferida de acuerdo a cada caso. Pueden realizarse: a) Reconstrucción mamaria inmediata; y, b) Reconstrucción mamaria diferida. 3.1.3 Constancia de Atención: Documento oficial emitido por la IPRESS que brinda la atención al paciente. 3.1.4 Cuidador familiar: Son las personas que pueden o no convivir en el entorno familiar de la paciente, unidas por un vínculo biológico, adoptivo, afinidad o afectivo que generan entre ellas vínculos de solidaridad, afecto y protección, y que reciben asesoramiento e información sobre el manejo de la enfermedad, según el programa de apoyo para asistir o cuidar a la mujer con cáncer de mama y de cuello uterino, así como otras formas de cáncer. 3.1.5 Detección temprana: Proceso que detecta (o diagnostica) la enfermedad en una fase temprana, cuando existe un alto potencial de curación (carcinoma in situ y lesión premaligna). Para la detección temprana existen dos procesos: Diagnóstico temprano y tamizaje. 3.1.6 Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS): Son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que ofrecen cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. 3.1.7 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. 3.1.8 Licencia para exámenes de detección: Es la autorización con goce de haber que otorga al empleador un pedido de la trabajadora para que éste pueda ausentarse de su empleo, un día al año, para realizar exámenes de detección de cáncer de mama y/o cuello uterino. 3.1.9 Paciente: Mujer que, por su condición, enfermedad o molestia que la aqueja, necesita recibir atención de salud en un IPRESS, y es atendida. 3.1.10 Programas de apoyo: Consiste en la realización de acciones a nivel nacional, regional y local de asesoramiento e información sobre el manejo del cáncer, la creación de redes de apoyo de pacientes y cuidadores, el soporte psicológico o emocional y la implementación de albergues temporales para el cuidador familiar, por cuenta de las propias instituciones o mediante convenios con entidades sin fines de lucro. 3.1.11 Red de apoyo: Está constituida por las relaciones e interacciones que se establecen entre personas u organizaciones que brindan atención y/o soporte a pacientes y al cuidador familiar de la mujer con cáncer de mama y cuello uterino; se interconectan a través de líneas o trabajo en conjunto con el sector salud. 3.1.12 Referencia: Es el procedimiento administrativo a través del cual un establecimiento de salud de cualquier nivel de atención traslada la responsabilidad del cuidado de la persona a un centro especializado para su estudio y manejo oportuno, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención del paciente, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
--	--

3.1.13 **Trabajadora:** Persona natural de sexo femenino que presta servicios a un empleador bajo relación de subordinación, sujeta a cualquier régimen laboral, incluido el correspondiente a la Policía Nacional del Perú ya las Fuerzas Armadas, y cualquiera sea la modalidad del contrato de trabajo. En el caso del sector público, abarca a toda trabajadora o servidora civil, bajo cualquier régimen laboral.

3.2. Acrónimos:

*IPRESS	:	Instituciones prestadoras de servicios de salud.
* SIS	:	Seguro Integral de Salud.
* IAFAS	:	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud.
* EsSalud	:	Seguro Social de Salud.
* UGIPRESS	:	Unidades de Gestión de IPRESS.
* FISSAL	:	Fondo Intangible Solidario de Salud.

Artículo 4.- Procedimiento para solicitar licencia con goce de haber para la detección temprana de cáncer de mama y/o de cuello uterino

4.1 El procedimiento para que las mujeres trabajadoras ejerzan el derecho de licencia con goce de haber para la detección temprana de cáncer de mama y/o de cuello uterino, se inicia con la presentación al empleadores de la programación de su cita para los exámenes de detección de estos tipos de cáncer, la cual puede realizarse en una IPRESS pública o privada, incluyendo también a las IPRESS que corresponden a las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Dicho documento acompaña la solicitud simple de licencia con goce de haber por la parte interesada dirigida a su jefatura inmediata, la cual se deriva a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del empleador oa quien haga sus veces.

4.2 El trabajador debe presentar de manera obligatoria la constancia de atención, la que se presenta dentro de los 3 días hábiles siguientes de la atención.

4.3 La licencia con goce de haber otorgada a la trabajadora es asumida por el empleador, el mismo que no puede requerir a EsSalud el financiamiento.

4.4 Para acceder a la licencia con goce de haber, la trabajadora debe realizar lo siguiente:

4.4.1 Presentar su solicitud de licencia con goce de haber para exámenes de detección temprana de cáncer de mama y/o de cuello uterino al jefe inmediato, la cual se deriva a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del empleador o quien haga sus veces, adjuntando la programación de su cita.

4.4.2 La sola presentación de la solicitud no da derecho al goce de la licencia por parte de la trabajadora, quien debe acreditar posteriormente la atención con la constancia de atención.

4.4.3 La presentación de los documentos para la licencia con goce de haber, sea de manera física o virtual, se realiza con una anticipación a la cita programada de 3 días hábiles, para términos de la suplencia, de correspondiente.

Artículo 5.- Continuidad de la atención de la trabajadora

5.1 Las IPRESS públicas, privadas o mixtas que realizan los exámenes de detección temprana de cáncer de mama y/o de cuello uterino deben estar articuladas con la Red Oncológica Nacional, debiendo proceder a la referencia de la paciente con sospecha de cáncer para la continuidad y oportunidad de su atención, a través del sistema de referencia y contrarreferencia, según la normativa vigente.

5.2 La IPRESS pública, privada o mixta que ha realizado los exámenes de detección temprana de cáncer de mama y/o de cuello uterino a la trabajadora está obligada a entregar la constancia de atención el mismo día e informar los resultados por medio electrónico a la paciente, una vez obtenidos los mismos. A fin de garantizar la continuidad de la atención, el centro de trabajos brindará las facilidades a la trabajadora de acuerdo a las disposiciones relacionadas a permisos y/o licencias establecidas en el reglamento interno de trabajo o el que haga sus veces.

5.3 El Médico ocupacional o quien haga sus veces en el centro de labores, a fin de realizar el seguimiento respectivo para la continuidad de la atención de la trabajadora, previa autorización de la misma, puede requerir o solicitar los documentos que indiquen el diagnóstico de cáncer de mama y/o cuello uterino, de considerarlo necesario.

Artículo 6.- Cobertura de la atención quirúrgica reconstructiva a los pacientes con cáncer de mama

6.1 Las IAFAS públicas (FISSAL, EsSalud, IAFAS de la Policía Nacional del Perú y de las Fuerzas Armadas) incluyen en sus planos complementarios o planos específicos, según corresponda, la atención quirúrgica reconstructiva, para los pacientes con cáncer de mama que hubieran tenido una mastectomía parcial o total, acorde a los protocolos de atención o guías de prácticas clínicas vigentes.

6.2 Las IAFAS privadas, según corresponda, pueden incluir a nivel de sus planos complementarios, la atención quirúrgica reconstructiva para los pacientes con cáncer de mama que hubieran tenido una mastectomía parcial o total acorde a los protocolos de atención o guías de prácticas clínicas vigentes.

Artículo 7.- De la implementación de los programas de apoyo dirigidos a los/las cuidadores/as familiares de pacientes con cáncer

7.1 El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, elabora el documento normativo que regula los aspectos referidos a la gestión de los programas de apoyo dirigidos a los/las cuidadores/as familiares de pacientes con cáncer.

7.2 Las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), Gerencias Regionales de Salud (GERESAS) y Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana brindan asistencia técnica relacionada a la implementación de los programas de apoyo, a los gobiernos regionales, provinciales y locales.

	7.3 Los gobiernos regionales, provinciales y locales, en articulación con las entidades competentes del gobierno nacional, implementan programas de apoyo dirigidos a los/las cuidadores/as familiares de pacientes con cáncer, que consideran las características socioculturales de la población a la cual se dirigen, que incluyen: Asesoramiento e información sobre el manejo de la enfermedad, la creación de redes de apoyo de pacientes y cuidadores/as familiares, el soporte psicológico y/o emocional y la implementación de albergues temporales. 7.4 Para la implementación de los programas de apoyo, el gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales deben gestionar presupuesto en el Programa Presupuestal 0024: Prevención y Control del Cáncer o presupuesto participativo. DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL Única. - Del fortalecimiento de la atención especializada oncológica El fortalecimiento de la atención oncológica especializada se realiza optimizando los flujos y procesos de atención en el marco de la implementación de la Red Oncológica Nacional y las Redes Integradas de Salud, según la normativa vigente. El Ministerio de Salud promueve la actualización/elaboración de las normas y otros dispositivos normativos para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y cuidados del paciente con cáncer. (...).
Decreto Supremo 010-2024-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31006, Ley que establece la tercera semana de octubre de cada año como la Semana Nacional de Lucha Contra el Cáncer	Artículo 1.- Aprobación Se aprueba el Reglamento de la Ley N° 31006, Ley que establece la tercera semana de octubre de cada año como la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer, que consta de dos (02) capítulos, doce (12) artículos, y una (01) Disposición Complementaria Final, que forma parte del presente Decreto Supremo. Artículo 2.- Financiamiento La implementación de lo dispuesto en el Reglamento aprobado en el artículo 1 se financia con carga al presupuesto institucional de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público. Artículo 3.- Publicación El presente Decreto Supremo y el Reglamento aprobado en el artículo 1 se publican en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano para Orientación al Ciudadano (www.gob.pe), así como en las sedes digitales de las entidades cuyos titulares lo refrendan, el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano. (...).

Fuente: Constitución política del Perú, Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ)

Elaboración: Área de Servicios de Información y Seguimiento Presupuestal (ASISP)

MEDIDAS LEGISLATIVAS PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DEL CÁNCER
ARGENTINA, BOLIVIA, CHILE, COLOMBIA, COSTA RICA, EL SALVADOR, ESPAÑA, MÉXICO, PARAGUAY Y URUGUAY

País	Norma	Texto
Argentina	Constitución de la Nación	Artículo 42.- Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. (...). Artículo 75.- Corresponde al Congreso: (...). 23. Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. (...).
	Ley 23.611 Declárese de interés nacional la lucha contra el cáncer, los linfomas, las leucemias y demás enfermedades neoproliferativas malignas	Artículo 1° – Declárase de interés nacional, en la política sanitaria, la lucha contra el cáncer, los linfomas, las leucemias y demás enfermedades neoproliferativas malignas. Art. 2° – Créase el Instituto Nacional de Oncología como órgano de elaboración y ejecución de los objetivos establecidos en la presente ley. Dicho Instituto dependerá del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y tendrá como sede el actual Instituto de Oncología Ángel Roffo, que en la actualidad depende de la Facultad de Medicina de la UBA, el que en adelante se denominará Instituto Nacional de Oncología Ángel H. Roffo. El organismo estará a cargo de un funcionario con jerarquía de Director Nacional. Art. 3° – A los efectos establecidos en el artículo anterior, facúltase al Ministerio de Salud y Acción Social a suscribir los convenios correspondientes con la Universidad de Buenos Aires. Art. 4° – El Instituto de Oncología, aparte de las propias de asistencia, investigación y docencia, tendrá las siguientes atribuciones: a) Elaborar, implementar y suplementar los programas de acción tendientes al cumplimiento de los objetivos señalados; b) Convenir con las autoridades sanitarias provinciales y del Municipio de la ciudad capital, la aplicación, en sus respectivas áreas, de programas y acciones en concordancia con los fines de esta ley; c) Organizar, realizar y mantener un estudio demoestadístico de acuerdo con las normas internacionales vigentes, que permita conocer la morbimortalidad que reconozca como origen las patologías contempladas en la presente ley; evaluar la incidencia y prevalencia regionales, con el objeto de determinar su exacta distribución real, constituyendo con todo ello el Registro Nacional de Cáncer;

	d) Fomentar la investigación científica en su ámbito en coordinación con la Secretaría de Estado de Ciencia y Técnica, otorgando especial impulso a los estudios sobre los riesgos de contaminación ambiental para adoptar las medidas preventivas necesarias. e) Mantener estrechas relaciones con otros organismos nacionales tendientes al acrecentamiento del conocimiento sobre médicos y técnicas de profilaxis del cáncer. f) Prestar asistencia y concertar tareas en común con las instituciones públicas y privadas que desarrollen actividades concordantes con los objetivos de la presente ley; g) Establecer un sistema de becas internas y residencias para profesionales de todo el país, con el fin de difundir y acrecentar los conocimientos sobre prevención primaria y secundaria del cáncer y enfermedades afines, su diagnóstico y tratamiento. En la adjudicación de las mismas se tendrá especial preferencia por quienes asuman el compromiso de desarrollar su actividad, una vez finalizado y aprobado su período de capacitación, en zonas que el Instituto Nacional de Oncología considere de interés para la materialización de sus programas, por el plazo mínimo que éste determine; h) Promover una adecuada enseñanza universitaria de la oncología básica y clínica tanto en el pre como en el posgrado; i) Asesorar al Poder Ejecutivo en los aspectos relacionados con la materia de esta ley, tendiente a una racional distribución de los recursos necesarios al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neoplásicas, así como también la rehabilitación de los enfermos aquejados por la enfermedad; j) Promover el desarrollo de una enfermería capacitada para la asistencia integral del paciente oncológico. k) Estudiar y resolver los problemas sociales que plantea el enfermo oncológico, tanto para el núcleo familiar como para la comunidad, facilitando su rápida atención; así como planificar su internación, convalecencia, cuidados del paciente avanzado y rehabilitación psicofísica procurando que estas acciones se realicen, en la medida de lo posible, en el lugar de residencia habitual del paciente; l) Promover los estudios necesarios para determinar los factores ambientales capaces de producir enfermedades neoplásicas, poniendo énfasis en las condiciones laborales que puedan incidir en la salud de la población y los trabajadores, procurando los medios para superar la morbilidad debida a esas causas; m) Promover la suscripción de convenios internacionales con gobiernos y entidades gubernamentales y privadas, para el intercambio de investigadores, becarios, residentes e información relacionados con la investigación, docencia y asistencia a los pacientes. Art. 5° – A los fines establecidos en el artículo 4 inciso c), establécese con carácter obligatorio para el personal médico, la declaración de los enfermos afectados por las patologías contempladas en la presente ley. La declaración se efectuará con arreglo a formularios de tipo y validez uniformes en todo el país, que al efecto se establecerá por vía reglamentaria. Art. 6° – El Instituto Nacional de Oncología tendrá en su jurisdicción el Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas, el que organizará un programa de asistencia terapéutico–farmacológico, que ponga a disposición de los diversos sistemas asistenciales contemplados en esta
--	--

		ley los fármacos de uso reconocido aceptados internacionalmente para el tratamiento de las enfermedades oncológicas y sus complicaciones. Art. 7° – El Ministerio de Salud y Acción Social creará en el ámbito del Instituto Nacional de Oncología una Comisión Asesora Honoraria, integrada por profesionales de reconocida trayectoria, y representantes de entidades públicas y privadas que desarrollen tareas afines con los objetivos de la presente ley, como órgano de consulta para el estudio e implementación de los programas establecidos dentro de los fines de esta ley. Art. 8° – La labor del Instituto Nacional de Oncología se financiará: a) Con los fondos provenientes de la partida presupuestaria destinada al actual Instituto Ángel. H. Roffo, la que se transferirá al efecto; b) Con los recursos provenientes de donaciones y legados que se efectúen en todo el país con imputación al mencionado instituto; c) Con recursos provenientes de las prestaciones allí realizadas; d) Con las partidas presupuestarias que a los fines se establezcan. (...).
	Ley 27674 Creación del régimen de protección integral del niño, niña y adolescente con cáncer	Artículo 1°- Objeto. El objeto de la presente ley es crear un régimen de protección integral para los niños, niñas y adolescentes que padezcan cáncer y con residencia permanente en el país. Artículo 2°- Creación. Crease el Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño, Niña y Adolescente con Cáncer, con el objetivo de reducir la morbimortalidad por cáncer en niños, niñas y adolescentes y garantizarle sus derechos. Artículo 3°- Funciones del programa. Serán funciones del Programa: a) Cumplir con el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA) de los pacientes de hasta dieciocho (18) años de edad, inclusive; b) Difundir y capacitar en estrategias para optimizar el diagnóstico precoz en cáncer infantil; c) Gestionar el funcionamiento de la red de los centros oncológicos que atienden a dichos pacientes a nivel nacional; d) Elaborar lineamientos programáticos y guías de práctica para la detección, diagnóstico y tratamiento; e) Asistir a los centros oncológicos para que brinden una atención de calidad que respete todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes con cáncer; f) Capacitar a los equipos de salud a través del Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer;

	g) Realizar un seguimiento y cuidado clínico post tratamiento oncológico. Artículo 4°- Derechos. Los niños, niñas y adolescentes que padecen cáncer y todo niño, niña y adolescente hospitalizado/a en general tienen los siguientes derechos: a) A recibir los mejores cuidados disponibles, priorizando el tratamiento ambulatorio, siendo la estancia en el hospital lo más breve posible de acuerdo al tratamiento; b) A estar acompañado/a de sus referentes familiares o de cuidado. Estas personas podrán participar de la estancia hospitalaria, sin que les comporte costos adicionales ni obstaculice el tratamiento del niño, niña o adolescente; c) A recibir información sobre su enfermedad y su tratamiento, de una forma que pueda comprenderla con facilidad y pudiendo tomar decisiones, con la asistencia de sus progenitores cuando fuera necesario; d) Al consentimiento informado, conforme a lo establecido en el artículo 26 del Código Civil y Comercial; e) A recibir una atención individualizada, con el mismo profesional de referencia; f) A que sus referentes familiares o de cuidado reciban toda la información sobre la enfermedad y el bienestar del niño, niña o adolescente, siempre y cuando se respete el derecho a la intimidad de estos últimos, y que puedan expresar su conformidad con los tratamientos que se le aplican; g) A recibir acompañamiento psicológico, tanto ellos como sus referentes familiares o de cuidado; h) A rechazar medicamentos y tratamientos experimentales; i) Al descanso, el esparcimiento y el juego; j) A la educación; k) A recibir tratamiento del dolor y cuidados paliativos. Artículo 5°- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el MINISTERIO DE SALUD, el que debe coordinar su accionar con las jurisdicciones y con los organismos nacionales competentes en razón de la materia. En las respectivas jurisdicciones será autoridad de aplicación la que determinen las Provincias y la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. Artículo 6°- Funciones de la autoridad de aplicación. Serán funciones de la autoridad de aplicación en el marco del programa: a) Aumentar la cobertura de la red que constituye el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA);
--	--

	b) Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de los pacientes; c) Establecer un sistema eficiente de referencia y contra referencia que asegure el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes con cáncer; d) Asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento desde un enfoque de derechos; e) Promover la creación de una red nacional de laboratorios de histocompatibilidad, a partir de los laboratorios existentes, a los fines de agilizar la tipificación genética de las muestras; f) Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa; g) Fomentar las investigaciones epidemiológicas sobre el cáncer infantil; h) Articular con las áreas del Poder Ejecutivo nacional que desarrollen actividades de cuidado de la salud de niñas, niños y adolescentes a los fines del cumplimiento de los objetivos del programa; i) Promover la aplicación de guías prácticas terapéuticas y/o protocolos, conforme a criterios y evidencias establecidas por los organismos competentes; j) Celebrar convenios de cooperación y coordinación con las autoridades sanitarias provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los fines de cumplir e implementar los objetivos del programa. Artículo 7°- Credencial. La Autoridad de Aplicación extenderá una credencial a quienes se hallen inscriptos en el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino y con tratamiento activo. Dicho certificado establecerá la condición de beneficiario de la presente ley y se renovará automáticamente cada año, solo cesando su vigencia con el alta definitiva del paciente, hasta los DIECIOCHO (18) años de edad inclusive, debiendo recomendar la autoridad de aplicación los modos de atención y derivación del paciente cuando supere la mayoría de edad. Artículo 8°- Cobertura. El sistema público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar al niño, niña y adolescente con cáncer una cobertura del ciento por ciento (100%) en las prestaciones previstas en la presente ley, para las prácticas de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y todas aquellas tecnologías que pudieran estar directa o indirectamente relacionadas con el diagnóstico oncológico. Artículo 9°- Asignación económica. El Estado nacional debe otorgar una asistencia económica equivalente a la establecida en el inciso b) del artículo 18 de la ley 24.714, para las personas comprendidas en el artículo 1° de la presente ley. La autoridad de aplicación
--	--

	determinará en cada caso las condiciones, requisitos, plazo y subsistencia de la asignación económica, que no durará más allá del plazo de duración del tratamiento estimado según indicación médica. Su pago, por cuenta y orden de la autoridad de aplicación, estará a cargo de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). En caso de fallecimiento de la niña, niño y/o adolescente, los progenitores o representantes legales, en situación de vulnerabilidad social, serán alcanzados por el beneficio establecido en el decreto 599/06. Artículo 10.- Asistencia. Mientras dure el tratamiento, la autoridad de aplicación, a través del organismo que corresponda, debe otorgar a los niños, niñas y adolescentes con cáncer: a) Estacionamiento prioritario en zonas reservadas y señalizadas para los vehículos que trasladen a las personas beneficiarias de la presente ley; b) Gratuidad en la utilización del transporte público y transporte colectivo terrestre de acuerdo a lo establecido en el artículo 22 de la ley 22.431. Artículo 11.- Vivienda. Para los pacientes con familias en situación de vulnerabilidad social la autoridad de aplicación promoverá ante los organismos pertinentes la adopción de planes y medidas que faciliten a las personas comprendidas en la presente ley: a) El acceso a una vivienda adecuada o la adaptación de la vivienda familiar a las exigencias que su condición les demande; b) En caso de tratarse de niños, niñas o adolescentes cuyo tratamiento se realice de manera ambulatoria y deban trasladarse y permanecer junto a su grupo familiar a una distancia mayor a los cien (100) kilómetros de su lugar de residencia para dicho tratamiento, la autoridad de aplicación, en coordinación con las respectivas jurisdicciones, garantizara a la familia el acceso a un subsidio habitacional que les permita facilitar cubrir los gastos de locación de vivienda durante el plazo que dure el tratamiento. Artículo 12.- Educación. La autoridad de aplicación, en coordinación con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, debe diseñar y ejecutar políticas destinadas a garantizar el acceso a la educación a niños, niñas y adolescentes comprendidos en la presente ley y arbitrar las medidas pertinentes para fortalecer sus trayectorias educativas en los términos de ley 26.206 de educación nacional. Artículo 13.- Licencias. Uno de los progenitores o representantes legales o quienes se encuentren a cargo de las personas comprendidas en el artículo 1° de la presente ley, que estén en relación de dependencia en empleo público o privado, gozará del derecho de licencias especiales sin goce de haberes que permita acompañar a los niños, niñas y adolescentes a realizarse los estudios, rehabilitaciones y tratamientos inherentes a la recuperación y mantenimiento de su estado de salud, sin que ello fuera causal de pérdida de presentismo o despido de su fuente de trabajo. El plazo de la licencia establecido en el presente artículo rige para la fecha que figure en la prescripción del profesional o médico tratante del paciente oncopediátrico en tratamiento, debidamente acreditado por la autoridad de aplicación. Durante la licencia el/la trabajador/a percibirá de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), las asignaciones correspondientes y una suma igual a la retribución que le corresponda al período de licencia, de conformidad con las exigencias, plazos, topes y demás requisitos que prevean las reglamentaciones respectivas.
--	--

	Artículo 14.- Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley serán atendidos con las partidas que al efecto destine en forma anual el Presupuesto General de la Administración Pública para los organismos comprometidos en su ejecución. Artículo 15.- Invítese a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley. (...).
Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud	DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTICULO 1º — Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley. Capítulo I DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes: a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente; b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes; c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326; d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente; e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

	Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información. g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud. Capítulo II DE LA INFORMACION SANITARIA ARTICULO 3° — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. ARTICULO 4° — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. Capítulo III DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTICULO 5° — Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud;
--	--

	b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
--	---

		e) Revocación. f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. ARTICULO 8° — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición. ARTICULO 9° — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos: a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública; b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales. Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo. ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica. Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.
--	--	---

		Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma. Capítulo IV DE LA HISTORIA CLINICA ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma. ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia. ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se debe asentar: a) La fecha de inicio de su confección; b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar; c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad; d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes; e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere; f) En el caso de las historias clínicas odontológicas, éstas deben contener registros odontológicos que permitan la identificación del paciente; g) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención
--	--	---

		de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas. Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e), f) y g) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria. Para el caso del inciso f) debe confeccionarse el registro odontológico, integrante de la historia clínica, en el que se deben individualizar las piezas dentales del paciente en forma estandarizada, según el sistema dígito dos o binario, conforme al sistema de marcación y colores que establezca la reglamentación. ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante. ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo. ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes. La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación. ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica: a) El paciente y su representante legal; b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla; c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal. A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo, podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas
--	--	---

		por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester. ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquella. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia. ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas. (...).
Bolivia	Constitución Política del Estado	Artículo 18. I. Todas las personas tienen derecho a la salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. (...). Artículo 35. I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. (...). Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
	Ley 1223 Ley del Cáncer	ARTÍCULO 1. (OBJETO). El objeto de la presente Ley es garantizar el acceso universal e integral de las personas con cáncer, mediante la prestación de servicios de vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, detección temprana, atención, tratamiento y cuidados paliativos, incluyendo acciones intersectoriales y transdisciplinarias, de manera progresiva y paulatina, de acuerdo al perfil epidemiológico

	y al financiamiento existente en el marco del Sistema Único de Salud y los principios establecidos en la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, "Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito". ARTÍCULO 2. (ÁMBITO DE APLICACIÓN). La presente Ley es aplicable en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia. ARTÍCULO 3. (FINALIDAD). La presente Ley tiene como finalidad reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer. ARTÍCULO 4. (DEFINICIONES). A los efectos de la presente Ley, se establecen las siguientes definiciones: a. Atención. Acto que se brinda a los pacientes, su familia y la comunidad, mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a través de equipos de trabajo multidisciplinarios, con un enfoque biopsicosocial, mediante un proceso continuo. b. Cuidados Paliativos. Aplicación de acciones que mejoran la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. c. Detección Temprana. Conjunto de actividades, procedimientos, diagnóstico e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna el cáncer en etapa inicial, localizado en el órgano de origen y antes de su extensión e invasión a otros tejidos y órganos. d. Prevención. Conjunto organizado de actividades encaminadas a la reducción de factores de riesgo, así como detener su avance y atenuar consecuencias a manera de reducir la morbilidad y mortalidad de pacientes con cáncer. e. Promoción. Proceso que permite a la población incrementar el control sobre su salud para mejorarla, a través de mecanismos como la movilización social, en el cual el equipo de salud se debe involucrar con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes, para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. f. Transdisciplinariedad. Estrategia que abarca varias disciplinas en forma transversal, para el logro de un fin. g. Rehabilitación. Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de una enfermedad. ARTÍCULO 5. (PRINCIPIOS). Las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, se regirán bajo los siguientes principios: a. Calidad. Conjunto de acciones destinadas a garantizar el mejoramiento continuo de las prestaciones en salud de la población que padece esta enfermedad en sus diferentes fases. b. Eficiencia. Optimizar los recursos económicos y recursos humanos para una atención médica integral, a fin de brindar los servicios esenciales que requiere este sector. c. Equidad. Oportunidad que tiene la población de acceder a una atención médica integral y a los medicamentos, priorizando a los sectores vulnerables como ser las personas y familias con escasos recursos, para resolver sus problemas de salud. d. Integralidad. Conjunto de acciones destinadas a resolver la problemática del cáncer en las diferentes fases de prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud. e. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a
--	--

		las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas. f. Interculturalidad. Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud. g. Solidaridad. Se garantiza el acceso a los servicios esenciales de salud, a través de la contribución y distribución de los recursos y conforme la normativa vigente. h. Participación Social. Se garantiza la participación activa de la sociedad civil organizada en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en favor de la lucha contra el cáncer, así como en su seguimiento y evaluación. i. Sostenibilidad. Se garantiza la viabilidad de la atención médica y dotación de medicamentos en este sector a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud, de manera que no se extinga por factores políticos, culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza, considerando las limitaciones propias en materia de recursos disponibles. j. Universalidad. Se garantiza la cobertura del servicio de salud a todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, conforme las disposiciones de la presente Ley, sin ninguna discriminación étnica, racial, social, económica, religiosa, política, de edad o género. ARTÍCULO 6. (MINISTERIO DE SALUD). El Ministerio de Salud como ente rector del Estado Plurinacional de Bolivia, es el encargado de: a. Establecer, regular y vigilar la aplicabilidad de la presente Ley, a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer. b. Desarrollar las políticas de salud en vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos integrales ante el cáncer, enmarcadas en el Plan Nacional de Lucha Contra el Cáncer. c. Impulsar y gestionar la inclusión progresiva de servicios de promoción, prevención, detección temprana y atención en la red de servicios de salud existente. d. Impulsar la formación de Recursos Humanos en prevención, atención y cuidados paliativos. e. Promover la investigación clínica, tecnológica y de salud pública en cáncer. f. Gestionar alianzas estratégicas internas y externas. g. Elaborar documentos técnicos normativos para regular cada uno de los componentes del control integral del cáncer. ARTÍCULO 7. (GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL). El Gobierno Autónomo Departamental, en el marco de sus competencias, promoverá la implementación de políticas de salud a través de: a. Promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos integrales del cáncer, en coordinación con el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, Programa Nacional de Salud Mental y Discapacidad y Rehabilitación, y el Gobierno Autónomo Municipal. b. Incorporación de presupuesto para acciones específicas con recursos reflejados en los Planes Territoriales de Desarrollo Integral, Planes Plurianuales y Plan Operativo Anual en la implementación de Políticas de Lucha Contra el Cáncer, de acuerdo a competencias en el marco de la normativa nacional vigente.
--	--	--

	c. En cada Servicio Departamental de Salud se deberá contar con un área específica y responsable del Programa Departamental de Lucha Contra el Cáncer, encargados de realizar el seguimiento, implementación y cumplimiento de la normativa vigente. d. Inclusión progresiva de servicios de promoción, prevención y detección temprana en la red de servicios de salud existente. e. Formación de recursos humanos en prevención, atención y cuidados paliativos, mediante asignación de becas y convenios en el marco de sus competencias asignadas. f. Promoción de la investigación clínica y de salud pública en cáncer. g. Gestión de alianzas estratégicas internas y externas. ARTÍCULO 8. (GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL). El Gobierno Autónomo Municipal, en el marco de sus competencias, promoverá la implementación de políticas de salud a través de: promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos integrales del cáncer, en coordinación con el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, Programa Nacional de Salud Mental y Discapacidad y Rehabilitación, y el responsable departamental de lucha contra el cáncer. incorporación de presupuesto para acciones específicas con recursos reflejados en los Planes Territoriales de Desarrollo Integral, Planes bianuales y Plan Operativo Anual, en la implementación de Políticas de Lucha Contra el Cáncer, de acuerdo a competencias en el marco de la normativa vigente, con énfasis en acciones de promoción, prevención y detección temprana de cáncer. En cada Dirección Municipal de Salud se deberá contar con un área específica y responsable del programa municipal de lucha contra el cáncer, encargado de realizar el seguimiento, implementación y cumplimiento de la normativa nacional vigente. Inclusión progresiva de servicios de promoción, prevención y detección precoz en la red de servicios de salud existente. Formación de recursos humanos en prevención y atención. Gestión de alianzas estratégicas internas y externas. ARTÍCULO 9. (COMISIÓN NACIONAL DEL CÁNCER). Se crea la Comisión Nacional del Cáncer, que tendrá como finalidad la elaboración de propuestas y la implementación de políticas dirigidas a la educación, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos de acuerdo a las necesidades de la población. Esta Comisión estará liderada por el Ministerio de Salud y conformada por un representante de cada instancia relacionada al cáncer, de acuerdo a reglamentación. ARTÍCULO 10. (VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA). I. El Ministerio de Salud implementará el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y el Registro Nacional de Cáncer, que recopila sistemáticamente información relacionada al cáncer. II. El Registro Nacional de Cáncer, se constituirá en la fuente de información sobre esta enfermedad. III. Todas las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas del Sistema de Salud, deberán proporcionar de manera obligatoria, toda información referente al cáncer de acuerdo a requerimientos y metodología establecido por la vigilancia epidemiológica del Registro Nacional de Cáncer, que funcionará de manera activa, continua y permanente, garantizando información, asegurando la confidencialidad de datos y el respeto al derecho de privacidad de las personas con cáncer. IV. El Registro Nacional de Cáncer cumplirá sus funciones en coordinación con el Sistema Único de Información de Salud – SUIIS.
--	--

		ARTÍCULO 11. (PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA). El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, establecerá las acciones necesarias para la promoción, prevención y detección temprana del cáncer a través de estrategias de comunicación social, educación, información y estrategias para la detección temprana de cáncer con un enfoque intercultural, en sus distintas variedades priorizadas de acuerdo a perfil epidemiológico. ARTÍCULO 12. (MODELO DE ATENCIÓN). I. Todos los servicios de salud están regidos de acuerdo al modelo de atención vigente, bajo sus prestaciones con equipos de salud multidisciplinarios en redes de servicios con la participación de los usuarios de servicios con un enfoque intercultural. II. Todos los servicios de salud público, privado y de la seguridad social, deberán cumplir con normas y protocolos de atención de pacientes de cáncer, de acuerdo a la caracterización de establecimientos de salud y las funciones que le son atribuidas. III. Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, implementando los medios adecuados en infraestructura y equipamiento, para la atención y tratamiento a pacientes con cáncer en sus distintas modalidades a través de recursos humanos especializados, en el marco del Sistema Único de Salud. IV. Se garantiza la estabilidad laboral de toda trabajadora o trabajador del sector público o privado con cáncer y no podrán ser despedidos sin justa causa; asimismo, se reconocen los permisos laborales necesarios a efectos de su tratamiento, de acuerdo a normativa vigente. ARTÍCULO 13. (MODELO DE GESTIÓN). Los temas de salud relacionados a la problemática del cáncer, deberán ser desarrollados de acuerdo al modelo de gestión participativa vigente que vincule la participación de la sociedad civil organizada, con niveles de gestión Estatal en salud y las instancias de concertación sobre temas en salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional. ARTÍCULO 14. (FINANCIAMIENTO). Los recursos económicos destinados a implementar la inclusión gradual y progresiva de los servicios de vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer, de acuerdo al perfil epidemiológico, serán cubiertos y garantizados permanentemente por el nivel central del Estado a través del Tesoro General de la Nación y las Entidades Territoriales Autónomas, en el marco del Sistema Único de Salud. ARTÍCULO 15. (DONACIONES). I. Toda donación recibida para la atención integral del cáncer, deberá cumplir de manera obligatoria con las regulaciones y disposiciones del Ministerio de Salud a través de sus instancias competentes; de no ser cumplidas, serán sujetas a sanciones de acuerdo a normativa vigente. II. Todas las instituciones que otorgan donaciones para pacientes con cáncer o acciones relacionadas en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, tendrán la obligación de notificar el ingreso, destino y distribución al Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, dependiente del Ministerio de Salud, estando sujetas a supervisión si así se lo requiere. ARTÍCULO 16. (FISCALIZACIÓN). Los recursos y donaciones de las instituciones que manejan fondos económicos para el desarrollo de actividades relacionadas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, estarán sujetos al control y fiscalización de acuerdo a normativa vigente. (...).
--	--	---

	Decreto Supremo N.º 4881	ARTÍCULO 1. - (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley N° 1223, de 5 de septiembre de 2019, del Cáncer, a fin de garantizar la atención integral de las personas con cáncer en el territorio boliviano. ARTÍCULO 2. - (COMISIÓN NACIONAL DEL CÁNCER). I. La Comisión Nacional del Cáncer estará conformada de la siguiente forma: a) Ministra(o) de Salud y Deportes; b) Viceministra(o) de Gestión del Sistema de Salud; c) Viceministra(o) de Seguros de Salud y Gestión del Sistema Único de Salud; d) Viceministra(o) de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional; e) Responsable del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer; f) Un (1) Representante de la Sociedad Científica de Cancerología; g) Dos (2) Representantes de la Sociedad Civil Organizada, relacionada a la temática oncológica de niños y adultos. II. La Comisión estará presidida por la o el Ministro de Salud y Deportes; en caso de ausencia, será presidida por una Viceministra(o) designado por la Ministra(o) de Salud y Deportes. III. Las(os) Viceministras(os) podrán delegar su representación a otra servidora o servidor público con rango mínimo de Director General. IV. La Comisión se reunirá de manera ordinaria por lo menos dos (2) veces al año, sin perjuicio de reuniones extraordinarias, para el tratamiento de temas específicos. V. La Comisión podrá convocar a reuniones ordinarias y/o extraordinarias a otros ministerios, entidades públicas o privadas, gobiernos autónomos departamentales, gobiernos autónomos municipales, con derecho a voz, en el marco de sus atribuciones. VI. La Comisión formulará políticas dirigidas a la educación, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos, relativos al cáncer. VII. Los Representantes designados para la Comisión no percibirán remuneración o dieta alguna por el ejercicio de sus funciones en la Comisión. ARTÍCULO 3.- (ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN). I. La Comisión tendrá las siguientes atribuciones:
--	--	---

	a) Formular propuestas referidas a las necesidades normativas relacionadas al cáncer a nivel nacional; b) Aprobar la formulación de sugerencias de políticas referidas a las necesidades de la población con cáncer; c) Promover la implementación de las recomendaciones internacionales referidas a la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos; d) Convocar la participación de otras autoridades del nivel Central y subnacionales, en actividades de prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos; e) Realizar gestiones ante las entidades competentes para viabilizar las políticas y estrategias aprobadas como lineamientos de la atención del cáncer en el país. II. La Comisión reglamentará aspectos propios de su funcionamiento. ARTÍCULO 4.- (SECRETARÍA TÉCNICA). I. El Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer se constituye en la Secretaría Técnica de la Comisión. II. La Secretaría Técnica tiene las siguientes funciones: a) Coordinar los aspectos técnicos relativos a la participación de todas(os) los integrantes de la Comisión, programar reuniones, proponer la agenda, elaborar las actas de reuniones ordinarias o extraordinarias de la Comisión y efectuar el seguimiento de las mismas; b) Proponer a la Comisión la priorización de los temas a tratarse, según las necesidades identificadas en el contexto nacional de la lucha contra el cáncer y las recomendaciones internacionales; c) Solicitar a las entidades e instituciones relacionadas a la temática oncológica información necesaria para la elaboración de las propuestas, recomendaciones y otras, enfocadas a las nuevas políticas y estrategias en cáncer; d) Realizar seguimiento permanente de las determinaciones y solicitudes de la Comisión; e) Comunicar las decisiones de la Comisión a quien corresponda; f) Mantener actualizado el archivo y documentación relacionados con los temas tratados por la Comisión; g) Otras que sean requeridas por la Comisión, en el marco de sus atribuciones. ARTÍCULO 5.- (REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER Y SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA).
--	---

		I. El Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, elaborará y establecerá: a) Los manuales y metodología para el funcionamiento del Registro Nacional del Cáncer; b) Los componentes y metodología para el funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. II. Los incisos a) y b) del Parágrafo precedente serán aprobados mediante Resolución Ministerial del Ministerio de Salud y Deportes. ARTÍCULO 6.- (PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA). El Ministerio de Salud y Deportes, para la implementación de las acciones para la prevención y detección temprana del cáncer, elaborará, validará y publicará los protocolos, guías y documentación relacionada a esta temática. ARTÍCULO 7.- (ESTABILIDAD LABORAL). I. El empleador del sector público o privado deberá garantizar la estabilidad laboral a toda trabajadora o trabajador con cáncer a sola presentación de un informe médico firmado por el especialista del área oncológica, que señale el diagnóstico, estadio y tratamiento. II. El empleado del sector público o privado deberá presentar a su empleador de manera anual, el informe médico señalado en el Parágrafo precedente. ARTÍCULO 8.- (TRANSFERENCIAS PÚBLICO - PRIVADAS). I. Se autoriza al Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, a realizar transferencias público - privadas de medicamentos recibidos en calidad de donación para el tratamiento del cáncer. II. El importe, uso y destino de las transferencias público - privadas de medicamentos recibidos en calidad de donación, referidas en el Parágrafo precedente y la reglamentación específica, deben ser aprobados por la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE del Ministerio de Salud y Deportes, mediante Resolución Ministerial. DISPOSICIONES ADICIONALES DISPOSICIÓN ADICIONAL ÚNICA.- La Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS precautelará la correcta otorgación de prestaciones a las personas aseguradas y beneficiarias de la Seguridad Social de Corto Plazo, que requieran atención específica de cáncer en los Entes Gestores. (...).
Chile	Constitución Política de la República	Artículo 19.- La Constitución asegura a todas las personas: (...);

		9°.- El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado; (...).
	Ley 21258 Crea la Ley Nacional del Cáncer, que rinde homenaje póstumo al doctor Claudio Mora-	Artículo 1°.- Objetivo. El objetivo de esta ley es establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer, en cualquiera de sus manifestaciones, formas o denominaciones, el adecuado tratamiento integral y la recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad, conforme a lo establecido en el Plan Nacional del Cáncer, así como crear un fondo de financiamiento adecuado para lograr ese objetivo. Artículo 2 °.- Principios. Los principios que inspiran la presente ley son los siguientes: a) Cooperación: se deberá fomentar la cooperación público privada, intersectorial e interinstitucional. b) Protección de datos personales: en la elaboración del Plan Nacional del Cáncer y de todas las iniciativas que de él deriven, el Ministerio de Salud, así como la Comisión Nacional del Cáncer y cualquier otra persona que en este contexto tenga acceso a datos personales de terceros, deberán guardar secreto y mantener la confidencialidad de los mismos, debiendo abstenerse de utilizar dicha información con una finalidad distinta a la prevista conforme a esta ley, dando estricto cumplimiento a la normativa sobre protección de datos establecida en la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y en la ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública. c) Participación de la Sociedad Civil: el Plan Nacional del Cáncer y los organismos públicos que actúen coordinadamente para su desarrollo deberán fomentar la participación ciudadana y de las organizaciones de la sociedad civil, en especial de aquellas que agrupen a pacientes de cáncer o sus familias, como un componente fundamental para el cumplimiento de los objetivos de esta ley, en los términos regulados en la ley N° 20.500, sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. d) Humanización del trato: el Plan Nacional del Cáncer y todas las medidas y propuestas asociadas a éste, otorgadas por los equipos profesionales y de apoyo, deberán considerar la atención interdisciplinaria de las personas, reconocer espacio para la incorporación de terapias complementarias acreditadas, así como el derecho a tener compañía y asistencia espiritual, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 3° del Título II de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

	Artículo 3°.- Plan Nacional del Cáncer. El Ministerio de Salud será el responsable de elaborar el Plan Nacional del Cáncer, en adelante el Plan. Para ello podrá suscribir convenios o generar instancias de coordinación o participación con entidades públicas y privadas que tengan entre sus planes y programas temáticas relacionadas con esta enfermedad. Este Plan tendrá como objetivo el diseño de medidas y propuestas de implementación para el cumplimiento de lo señalado en la presente ley. El Plan dispondrá los objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación y capacitación de recursos humanos, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer, con un enfoque de atención integral de la persona y su familia y en concordancia con las leyes, planes y programas existentes y con el Fondo contemplado en la presente ley. El Plan deberá considerar una política de formación de recursos humanos para el tratamiento del cáncer, considerando tanto especialistas médicos, profesionales de la salud, como investigadores en la materia. Asimismo, el Plan deberá contemplar programas de capacitación o acompañamiento para las familias y personas que se encuentren a cargo de quienes padezcan la enfermedad y medidas de difusión que digan relación con la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento e investigación del cáncer y con el modo de enfrentar sus consecuencias económicas y sociales. El Plan deberá diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención de factores de riesgo de cáncer y especialmente de cesación del consumo de productos de tabaco y sus derivados, promoviendo en los centros de atención primaria de salud los tratamientos para la rehabilitación y para superar la dependencia. El Plan tendrá una duración de cinco años, debiendo ser evaluado y actualizado a lo menos cada cinco años, de acuerdo a la evidencia científica disponible, y será aprobado por resolución del Ministro de Salud. El Ministerio de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional del Cáncer, deberá revisar y evaluar el Plan al menos una vez completada la mitad de su vigencia, dando cumplimiento a la letra c) del artículo 2°. Asimismo, el Plan deberá estar en concordancia con el Plan Nacional de Salud de que trata el numeral 8 del <u>artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006</u>, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Los avances y resultados del Plan Nacional del Cáncer deberán estar disponibles de manera permanente en el sitio web del Ministerio de Salud. La misma información será remitida semestralmente a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos competente. El Ministerio de Salud desarrollará las guías clínicas, protocolos y orientaciones técnicas que deban ser aprobadas en el marco de dicho Plan. Lo anterior, en conjunto con el Plan, será publicado en el sitio electrónico del Ministerio de Salud. Asimismo, se procurará difundirlo de la forma más amplia posible, entre los profesionales de la salud. Artículo 4°.- Recursos Humanos Especializados. El Ministerio de Salud fomentará la formación de recursos humanos especializados en temáticas de cáncer, que incluya médicos cirujanos y otros profesionales del área de la salud y de las ciencias.
--	---

	El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y dentro de sus respectivas competencias, deberá fomentar la formación de recursos humanos señalada en el inciso anterior, haciéndola extensiva a otros profesionales que sean pertinentes para el desarrollo en temáticas de cáncer. Artículo 5°.- Investigación. El Ministerio de Salud fomentará la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer. Para ello potenciará la cooperación técnica y financiera, a nivel nacional e internacional. Además, en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, generará instancias de diálogo y coordinación con la comunidad científica, las universidades e instituciones públicas o privadas que realizan investigación en cáncer. Artículo 6°.- Red Oncológica Nacional. La Red Oncológica Nacional constará de centros especializados, que serán parte de la Red Asistencial de Salud, cuyo propósito será el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer. Los centros se podrán categorizar en Alta, Mediana y Baja Complejidad. El Plan propondrá la normalización de los centros oncológicos existentes o la creación de centros a lo largo de la Red Asistencial de Salud del país, de acuerdo a los recursos que disponga para estos efectos la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud determinará qué establecimientos de salud podrán tener dicha categorización, los estándares mínimos que deberán cumplir los centros señalados y las zonas geográficas que quedarán cubiertas por cada uno de los centros, correspondiendo éstas al menos a: Zona Norte, Zona Central, Región Metropolitana de Santiago, Zona Centro Sur y Zona Sur. Mediante decreto dictado por el Ministro de Salud bajo la fórmula "por orden del Presidente de la República", se establecerá la norma técnica que determinará las formas de derivación y contra derivación de pacientes a los distintos centros de los que trata este artículo. La norma técnica deberá considerar, a lo menos, el nivel de complejidad y capacidad resolutive de cada uno de los tipos de centros, así como la gravedad de las patologías que padezcan los pacientes que serán derivados a cada uno de ellos. Artículo 7°.- Guías Clínicas. El Ministro de Salud aprobará mediante una resolución las guías de práctica clínica para el tratamiento de los distintos tipos de cánceres y patologías asociadas, sin perjuicio de las ya aprobadas en el marco de la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud. Dichas Guías Clínicas deberán ser revisadas cada dos años, o cada vez que lo amerite una favorable evaluación de la evidencia científica disponible. Artículo 8°.- Registro Nacional de Cáncer. El cáncer será considerado como una enfermedad de notificación obligatoria. En consecuencia, deberá cumplirse con lo establecido en el artículo 49° del Código Sanitario. La Subsecretaría de Redes Asistenciales desarrollará el Registro Nacional de Cáncer, el cual contendrá la información necesaria para el diseño del Plan descrito en la presente ley. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud determinará las características del registro y los datos que deberán ser informados por los prestadores para su creación. Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, el tratamiento de los datos sobre los cuales trata este artículo deberá hacerse con pleno respeto a las disposiciones de las leyes N° 19.628 y N° 20.584.
--	---

	Artículo 8° bis. - Derecho al olvido oncológico. Serán nulas aquellas cláusulas, estipulaciones, condiciones más onerosas, exclusiones, restricciones o discriminaciones de cualquier otro tipo destinadas a quien haya sufrido una patología oncológica antes de la fecha de suscripción del contrato o negocio jurídico, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Asimismo, se prohíbe la solicitud de información oncológica o la obligación de declarar haber padecido una patología oncológica a la fecha de suscripción del contrato o negocio jurídico, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Por su parte, una vez transcurrido el plazo de cinco años señalado en el inciso anterior, ningún asegurador podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos para efectos de la contratación del seguro. Serán nulas las cláusulas de renuncia a lo establecido en el presente artículo y su incumplimiento dará lugar a las denuncias o acciones correspondientes, destinadas a sancionar a quien incurra en esta infracción, a anular las cláusulas abusivas incorporadas en los contratos de adhesión, a obtener la prestación de la obligación incumplida, a hacer cesar el acto que afecte el ejercicio de los derechos de la persona afectada, o a obtener la debida indemnización de perjuicios o la reparación que corresponda, sujetándose para estos efectos al procedimiento establecido en la ley N° 19.496, sobre protección de los derechos de los consumidores. Artículo 9°.- Comisión Nacional del Cáncer. Créase la Comisión Nacional del Cáncer, en adelante la Comisión. El objetivo de la Comisión es asesorar al Ministerio de Salud en la formulación de políticas, en la investigación científica y en la implementación de estrategias y prácticas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos eficaces, eficientes, seguros y coherentes con las necesidades de la población chilena, en lo relativo al cáncer. Artículo 10.- Funciones de la Comisión. La Comisión tendrá las siguientes funciones: a) Asesorar al Ministerio de Salud en la definición de políticas relacionadas con materias referentes al cáncer. b) Asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración de normas, planes y programas para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control del cáncer. c) Apoyar el desarrollo e implementación del Plan Nacional del Cáncer. d) Contribuir a la coordinación de todas las acciones relacionadas con el cáncer, en forma integral, intersectorial y cooperativa, así como proponer acciones que contribuyan al diagnóstico oportuno de las enfermedades oncológicas. e) Evaluar la necesidad de modificaciones normativas que faciliten la implementación y evaluación de políticas y acciones en materias referentes al cáncer. f) Realizar recomendaciones en la revisión de guías de práctica clínica, normas y protocolos en materias referentes al cáncer. Evaluar las intervenciones oncológicas de alto costo y con alto nivel de efectividad necesarias para la población.
--	--

	g) Contribuir a posicionar la temática del cáncer entre los desafíos de distintos sectores gubernamentales. h) Realizar recomendaciones, en el ámbito del cáncer, para las inversiones y provisión de equipos, con el objeto de obtener una adecuada gestión de los recursos. i) Proponer líneas de investigación científica y recomendaciones en materia de cáncer. En el ejercicio de la función descrita en la letra i), la Comisión podrá solicitar a la Subsecretaría de Salud Pública la información y antecedentes que estime necesarios. Artículo 11.- Integración de la Comisión. La Comisión estará integrada por los siguientes miembros: a) Cinco representantes de asociaciones científicas. b) Tres representantes de las facultades de medicina de alguna institución de educación superior acreditada institucionalmente, de conformidad con la ley N° 20.129, que establece el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. c) Tres representantes de fundaciones u organizaciones de pacientes. Los representantes serán elegidos por cada entidad, de acuerdo al procedimiento interno que ésta haya fijado para dicho efecto, respetando su plena autonomía y en conformidad a principios democráticos, participativos, transparentes y pluralistas. Un reglamento expedido por el Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, establecerá el procedimiento para la elección de las entidades señaladas en el inciso primero, y la forma de funcionamiento de la Comisión. En todo caso, su integración deberá considerar la representación de las zonas geográficas de la Red Oncológica indicadas en el inciso tercero del artículo 6°. Los miembros de la Comisión serán nombrados por decreto supremo del Ministro de Salud, de conformidad con la elección que hubiere efectuado cada entidad de acuerdo al inciso segundo de este artículo y durarán tres años en sus funciones. Los miembros de la Comisión cesarán en sus funciones por muerte, renuncia presentada ante quien los nombró, expiración del plazo por el que fueron nombrados o por la existencia de un conflicto de intereses que haga imposible su continuidad como integrante de la Comisión, lo que será calificado por el reglamento a que se refiere el artículo siguiente. Artículo 12.- Conflictos de Intereses y Deber de Abstención. Los integrantes de la Comisión no podrán tener conflictos de intereses que les resten imparcialidad en las funciones que se les encomiende como miembros de ella. Para evitar potenciales conflictos de intereses, una vez efectuado el nombramiento los integrantes deberán realizar una declaración de las actividades profesionales, laborales o económicas que realicen o en que participen a la fecha de la declaración y que hayan realizado o en que hayan participado dentro de los doce meses anteriores a la fecha de su nombramiento.
--	---

		Los miembros de la Comisión deberán abstenerse de tomar parte en la discusión o decisión de asuntos respecto de los cuales, en conformidad con su declaración de actividades profesionales, laborales o económicas, pueda verse afectada su imparcialidad. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud determinará la forma en que se deberá hacer la declaración a que se refiere el inciso primero y las situaciones que se considerarán como conflicto de intereses. Artículo 13.- Funcionamiento de la Comisión. La Comisión será presidida por uno de sus miembros elegido por mayoría simple entre sus integrantes. El quórum mínimo para sesionar será de dos tercios de sus miembros y los acuerdos se tomarán por mayoría simple de los asistentes. La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, que será la encargada de coordinar su funcionamiento, así como de preparar las actas de sus sesiones, las que deberán ser publicadas en el sitio electrónico del Ministerio de Salud. En cada sesión podrán participar con derecho a voz el Ministro de Salud y los Subsecretarios de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Asimismo, la Comisión podrá invitar a expertos en la materia, quienes no tendrán derecho a voto. Los miembros de la Comisión acordarán por mayoría simple la forma de funcionamiento de la misma, pudiendo establecer sesiones efectuadas mediante videoconferencia. La Comisión se reunirá, a lo menos, cada dos meses. Asimismo, el Ministro de Salud podrá convocarla extraordinariamente, si así lo requiere. El lugar de funcionamiento de la Comisión será en las dependencias del Ministerio de Salud, en la ciudad de Santiago. Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión podrá acordar celebrar, de manera extraordinaria, sesiones en un lugar distinto al señalado anteriormente. La Subsecretaría de Salud Pública deberá asegurar el debido funcionamiento de la Comisión y proveerá todos los recursos humanos y materiales que se requieran para el cumplimiento de sus funciones, debiendo informar públicamente las actas de la Comisión. Artículo 14.- Fondo Nacional del Cáncer. Créase un Fondo Nacional del Cáncer, en adelante el Fondo, destinado a financiar total o parcialmente programas y proyectos que se encuentren exclusivamente relacionados con la investigación, estudio, evaluación, promoción, y desarrollo de iniciativas para la prevención, vigilancia y pesquisa del cáncer. Artículo 15.- Composición del Fondo. El Fondo estará constituido por: a) Los aportes que anualmente le asigne la Ley de Presupuestos del Sector Público. b) Los recursos provenientes de la cooperación internacional. c) Los aportes que reciba por concepto de donaciones, herencias o legados, a los cuales se les aplicará el artículo 18.
--	--	---

	d) Asimismo, por decisión de los respectivos Consejos Regionales, se podrá asignar recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional que correspondan a la Región, para proyectos de investigación, adquisición de medicamentos, insumos o equipamientos, formación o capacitación, todo ello de conformidad con lo dispuesto por la letra e) del artículo 36 de la ley N° 19.175, orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional, cuyo texto refundido, coordinado, sistematizado y actualizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio del Interior, de 2005. El Fondo será administrado por la Subsecretaría de Salud Pública conforme a lo dispuesto en el decreto ley N° 1.263, de 1975, de Administración Financiera del Estado. El Ministerio de Salud fomentará las acciones de colaboración público-privada para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley. Artículo 16.- Asignación de Recursos del Fondo. La selección de los programas y proyectos que se financiarán por el Fondo deberá efectuarse mediante concursos públicos que convocará la Subsecretaría de Salud Pública. Para dicho propósito, la Subsecretaría de Salud Pública realizará semestralmente una convocatoria, a menos que no haya fondos suficientes, lo cual será determinado por resolución exenta de la Subsecretaría de Salud Pública. En ella podrán participar universidades, institutos profesionales e instituciones privadas sin fines de lucro del país y cualquier persona natural residente en Chile. La Subsecretaría de Salud Pública podrá requerir la opinión de expertos nacionales e internacionales en la disciplina que corresponda. Los proyectos serán seleccionados por el Subsecretario de Salud Pública, con consulta a la Comisión, la que deberá evacuar un informe en un plazo no mayor a 45 días hábiles; de lo contrario, se entenderá aprobada la propuesta efectuada por el Subsecretario de Salud Pública. La adjudicación de los recursos del Fondo se realizará por resolución del Subsecretario de Salud Pública, la que será comunicada a los solicitantes y publicada en el sitio electrónico del Ministerio de Salud. Con todo, previo informe favorable de la Comisión Nacional del Cáncer, se podrá financiar de manera directa iniciativas o proyectos vinculados a la adquisición de medicamentos, insumos, equipamientos o tecnologías o proyectos de investigación, con o sin financiamiento compartido con el sector privado o mediante cooperación internacional, todo lo cual deberá ser aprobado mediante resolución fundada del Ministerio de Salud. Artículo 17.- Reglamento Concursos Públicos. Un reglamento dictado a través del Ministerio de Salud, que deberá ser suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará los requisitos y procedimientos a que deberán sujetarse los concursos públicos que sean convocados de conformidad al artículo anterior. Asimismo, deberá incluir, entre otras normas, la periodicidad de la convocatoria, los criterios de evaluación, elegibilidad, selección, rangos de financiamiento, viabilidad técnica y financiera, el procedimiento de evaluación y selección de los programas y proyectos presentados al Fondo, y los compromisos y garantías de resguardo para el Fisco. El Reglamento deberá establecer las diferentes categorías de proyectos, diferenciando recursos para proyectos de investigación, adquisición de medicamentos, tecnologías y equipamiento, formación y capacitación u otros, de manera de asegurar una equilibrada distribución de los recursos disponibles entre todos los objetivos de esta ley.
--	--

	Las donaciones efectuadas al Fondo podrán estar vinculadas a un proyecto en particular. Artículo 18.- Donaciones. Los contribuyentes del Impuesto de Primera Categoría que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley sobre Impuesto a la Renta, declaren sus rentas efectivas determinadas mediante contabilidad completa o simplificada, que efectúen donaciones al Fondo, podrán, para los efectos de determinar la renta líquida imponible gravada con el impuesto señalado, rebajar dicha donación como gasto. Las donaciones señaladas en el inciso anterior se aceptarán como gasto en el ejercicio en que se materialicen y se acreditarán mediante un certificado de donación extendido por la Subsecretaría de Salud Pública. Los requisitos para el otorgamiento del certificado de donación, así como sus especificaciones y formalidades, serán establecidos por el Servicio de Impuestos Internos. Las donaciones que se efectúen al Fondo estarán liberadas del trámite de insinuación. Asimismo, las donaciones, herencias, legados y demás aportes que se confieran al Fondo estarán exentos del impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones establecido en la <u>ley N° 16.271</u>. Artículo 19.- Reglamento del Fondo. Un reglamento elaborado por el Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, determinará la forma en que operará el Fondo del que trata este Título. Artículo 20.- Derecho a confirmación diagnóstica y consejería genética. Las personas tienen derecho a confirmación diagnóstica y a recibir tratamiento, ante la sospecha fundada de padecer algún tipo de cáncer. Dicha sospecha deberá ser certificada por el médico tratante. El equipo médico deberá otorgar consejería genética a los pacientes diagnosticados de cáncer, en caso de detectarse factores de riesgo personales, ambientales o familiares de padecer dicha enfermedad, así como a sus familiares en los casos que determine el reglamento. Además, el equipo médico deberá informar los tiempos transcurridos en consultas, exámenes y tratamientos. Artículo 21.- El Ministerio de Salud deberá informar, una vez al año, los avances y desarrollo de la Ley Nacional del Cáncer, en forma desagregada por región, ante las Comisiones de Hacienda y de Salud, unidas, en la Cámara de Diputados y en el Senado. Artículo 22.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el Código del Trabajo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el <u>decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 2002</u>: 1) Intercálase, en el <u>artículo 2º</u>, el siguiente inciso octavo, nuevo: "Ningún empleador podrá condicionar la contratación de un trabajador o trabajadora, su permanencia o renovación de contrato, o la promoción o movilidad en su empleo, al hecho de no padecer o no haber padecido cáncer, ni exigir para dichos fines certificado o examen alguno." 2) Incorpórase, a continuación del artículo 489, el siguiente <u>artículo 489 bis</u>, nuevo:
--	--

		"Artículo 489 bis. El despido de un trabajador, declarado como discriminatorio por basarse en el padecimiento de cáncer, será siempre considerado grave para los efectos de lo señalado en el inciso cuarto del artículo anterior.". (...)
	Decreto 42 Reglamento de la Ley Nacional del Cáncer	Artículo 1.- Objeto. - El presente reglamento regula diversos aspectos de la ley N° 21.258, que "crea la Ley Nacional del Cáncer, que rinde homenaje póstumo al doctor Claudio Mora", con la finalidad de facilitar el cumplimiento del objetivo dispuesto en el artículo 1° de la misma. Conforme a lo señalado en el inciso anterior, el presente reglamento constituye el marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer, en cualquiera de sus manifestaciones, formas o denominaciones, el adecuado y oportuno tratamiento integral, la recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad, y la aplicación de cuidados paliativos, cuando corresponda, conforme a lo establecido en el Plan Nacional del Cáncer. Artículo 2.- Conceptos. - Para efectos del presente reglamento se entenderá por: a) Comisión: la Comisión Nacional del Cáncer a que alude el Título II de la ley N° 21.258 y el Título VIII del presente reglamento. b) Fondo: el Fondo Nacional del Cáncer a que alude el Título III de la ley N° 21.258. c) Ley del Cáncer: la ley N° 21.258, que "crea la Ley Nacional del Cáncer, que rinde homenaje póstumo al doctor Claudio Mora". d) Plan: el Plan Nacional del Cáncer a que se refiere el artículo 3 de la Ley del Cáncer y el Título II del presente reglamento. e) Red Oncológica: la Red Oncológica Nacional a que se refiere el artículo 6 de la Ley del Cáncer y el Título V del presente reglamento. f) Registro: el Registro Nacional de Cáncer a que se refiere el artículo 8 de la Ley del Cáncer y el Título VII del presente reglamento. Artículo 3.- Ámbito de aplicación.- Las materias contenidas en el presente reglamento tendrán aplicación sobre las acciones, políticas y programas, referidos a todos los tipos de cáncer tanto en población adulta como infantil, desde la prevención hasta los cuidados paliativos, incluidos aquellos que han sido incorporados como problemas de salud en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, a que se refiere la ley N° 19.966, en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, establecido en la ley N° 20.850, así como en cualquier otro medio que implique cobertura para el sector público de salud, en virtud de leyes, reglamentos u otros actos administrativos, salvo que expresamente se indique lo contrario. Artículo 4.- Principios.- El presente reglamento se regirá por los principios establecidos en el artículo 2 de la Ley del Cáncer, los cuales son: a) Cooperación: se deberá fomentar la cooperación público-privada, intersectorial e interinstitucional.

	b) Protección de datos personales: en la elaboración del Plan Nacional del Cáncer y de todas las iniciativas que de él deriven, el Ministerio de Salud, así como la Comisión Nacional del Cáncer y cualquier otra persona que en este contexto tenga acceso a datos personales de terceros, deberán guardar secreto y mantener la confidencialidad de los mismos, debiendo abstenerse de utilizar dicha información con una finalidad distinta a la prevista conforme a la ley N° 21.258, dando estricto cumplimiento a la normativa sobre protección de datos establecida en la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y en la ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública. c) Participación de la Sociedad Civil: el Plan Nacional del Cáncer y los organismos públicos que actúen coordinadamente para su desarrollo deberán fomentar la participación ciudadana y de las organizaciones de la sociedad civil, en especial de aquellas que agrupen a pacientes de cáncer o sus familias, como un componente fundamental para el cumplimiento de los objetivos de esta ley, en los términos regulados en la ley N° 20.500, sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. d) Humanización del trato: el Plan Nacional del Cáncer y todas las medidas y propuestas asociadas a éste, otorgadas por los equipos profesionales y de apoyo, deberán considerar la atención interdisciplinaria de las personas, reconocer espacio para la incorporación de terapias complementarias acreditadas, así como el derecho a tener compañía y asistencia espiritual, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 3° del Título II de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Artículo 5.- Del Plan Nacional del Cáncer.- El Ministerio de Salud será el responsable de elaborar el Plan Nacional del Cáncer. El Plan es un instrumento sanitario, aprobado por resolución del Ministro de Salud, que tiene como objetivo el diseño de medidas y propuestas de implementación para el cumplimiento de lo señalado en la Ley del Cáncer. Lo dispuesto en el Plan deberá ser concordante con el Plan Nacional de Salud de que trata el numeral 8 del artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Artículo 6.- Del contenido del Plan.- El Plan dispondrá los objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores de educación, promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, investigación, formación y capacitación de recursos humanos, con un enfoque de atención integral de la persona y su familia y en concordancia con las leyes, planes y programas existentes y con el Fondo Nacional del Cáncer. El Plan deberá considerar una política de formación de recursos humanos para el tratamiento del cáncer, considerando tanto especialistas médicos, profesionales de la salud, como investigadores en la materia. Asimismo, el Plan deberá contemplar programas de capacitación o acompañamiento para las familias y personas que se encuentren a cargo de quienes padezcan la enfermedad y medidas de difusión que digan relación con la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento e investigación del cáncer y con el modo de enfrentar sus consecuencias económicas y sociales. El Plan deberá diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención de factores de riesgo de cáncer y especialmente de prevención y cesación del consumo de productos de tabaco y sus derivados, promoviendo en los centros de atención primaria de salud los tratamientos para la rehabilitación y para superar la dependencia.
--	--

	El Plan propondrá la normalización de los centros oncológicos existentes o la creación de centros a lo largo de la Red Asistencial de Salud del país, cuyo propósito será el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer. Igualmente, el Plan establecerá directrices acerca de los estándares de calidad y seguridad en la atención en salud vinculados al cáncer. El Plan, además, deberá establecer en base a la evidencia científica los indicadores sobre los cuales se realizará la revisión a la que alude el artículo 11 del presente reglamento. Artículo 7.- De la elaboración del Plan.- Para la elaboración del Plan, el Ministro de Salud aprobará mediante resolución el o los grupos de trabajo encargados de presentar una propuesta del Plan Nacional de Cáncer. En la integración de cada grupo de trabajo, sin perjuicio de los representantes de las Divisiones, Departamentos, Unidades u Oficinas del Ministerio de Salud, que se estimen pertinentes en materia de cáncer, deberá al menos considerarse: a) Un mínimo de cinco expertos clínicos elegidos por el Ministro de Salud, a proposición de los departamentos técnicos del Ministerio de Salud, de los cuales al menos tres deberán desempeñar sus funciones en un establecimiento perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud, definido en el inciso segundo del artículo 2 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. b) Dos representantes de los Servicios de Salud, elegidos por el Subsecretario de Redes Asistenciales. c) Dos representantes de las fundaciones u organizaciones de pacientes incorporadas al listado a que se refiere el párrafo 7 del Título VIII del presente reglamento. Estos representantes serán designados por la Comisión, no siendo necesario que correspondan a un integrante de la misma. d) Un miembro de la Comisión Nacional del Cáncer, a elección de ésta. El o los grupos de trabajo definirán su forma de funcionamiento por mayoría simple de los asistentes, no obstante, deberá reunirse al menos dos veces por mes, por vía presencial o telemática, durante el periodo de elaboración de propuesta del Plan. La resolución en virtud de la cual se constituyan los grupos de trabajo establecerá la forma de interacción entre éstos y con la Comisión y el Ministerio de Salud. La propuesta de Plan Nacional del Cáncer será presentada al Ministro de Salud y a la Comisión, en el plazo máximo de un año contado desde su constitución. La Comisión tendrá un plazo de 30 días hábiles, contado desde la presentación, para comunicar sus observaciones al o los grupos de trabajo y al Ministro de Salud. El Ministro de Salud tendrá un plazo de 45 días hábiles, contado desde el vencimiento del plazo indicado en el inciso anterior, para revisarlo y dictar el acto administrativo correspondiente.
--	--

	Artículo 8.- De los conflictos de intereses de los participantes en el grupo de trabajo. - Al momento de iniciar las labores, los miembros del grupo de trabajo deberán suscribir una declaración de conflictos de intereses, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 9 del Título VIII de este reglamento. En consecuencia, les serán aplicables las normas de cesación de funciones y deber de abstención dispuestas en los artículos del referido párrafo. Artículo 9.- De la colaboración en la elaboración del Plan.- Para la elaboración del Plan, el Ministerio de Salud podrá suscribir convenios o generar instancias de coordinación o participación con entidades públicas y privadas, nacionales o internacionales, que tengan entre sus planes y programas, temáticas relacionadas con el cáncer. Artículo 10.- De la vigencia del Plan. - El Plan tendrá una duración de cinco años, debiendo ser evaluado y actualizado a lo menos cada cinco años, de acuerdo a la evidencia científica disponible. Artículo 11.- De la revisión del Plan. - El Ministerio de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional del Cáncer, deberá revisar y evaluar el Plan al menos una vez completada la mitad de su vigencia. En concordancia con lo dispuesto en el literal c) del artículo 4 precedente, esta revisión se realizará con participación de la sociedad civil. Para ello, una vez cumplida la primera mitad del periodo de vigencia del Plan, por medio de una resolución, se creará un grupo de trabajo entre ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud con representantes de las Divisiones, Departamentos, Unidades y Oficinas con competencia en materia de cáncer del Ministerio de Salud. Este grupo tendrá por objeto reunir y sistematizar información relevante acerca de los indicadores que permitan evaluar el avance del Plan a la fecha, en su sistema de trazabilidad de procesos y otros aspectos que se estimen relevantes. Asimismo, realizarán un informe acerca de los resultados positivos y brechas del periodo transcurrido. El informe a que alude el inciso precedente, visado por el Ministro de Salud, será presentado a la Comisión Nacional del Cáncer, en un plazo no superior a 5 meses contado desde el cumplimiento de la primera mitad del periodo de vigencia del Plan. La Comisión podrá solicitar más antecedentes sobre aspectos específicos del informe, o bien, sobre otros aspectos no abordados en él, que tengan directa relación con los indicadores en base a los cuales se realizó la revisión. La Comisión tendrá un plazo de 30 días hábiles contado desde la recepción del informe, para emitir sus conclusiones, en las que deberá referirse a aquellos aspectos que estime que deben ser fomentados en la segunda mitad de vigencia del Plan en revisión. Las conclusiones de la Comisión constituirán un antecedente relevante en la elaboración del siguiente Plan Nacional del Cáncer y serán publicadas en el sitio electrónico del Ministerio de Salud. Artículo 12.- De la elaboración de otros documentos normativos. - El Ministerio de Salud desarrollará las guías clínicas, protocolos y orientaciones técnicas que deban ser aprobadas en el marco de dicho Plan.
--	--

	En esta labor, el Ministerio de Salud podrá requerir la asesoría de las asociaciones científicas del listado establecido en el párrafo 6 del Título VIII. Artículo 13.- De la publicidad del Plan y otros documentos normativos. - El Plan Nacional de Cáncer, junto con la resolución que lo aprueba, deberán estar disponibles de manera permanente en el sitio electrónico del Ministerio de Salud, a partir de la total tramitación de dicho acto administrativo. Del mismo modo estarán disponibles las guías clínicas, protocolos y orientaciones técnicas dictadas en el marco del Plan, así como los avances y resultados de este último. Igualmente, una vez aprobado el Plan se procurará su difusión de la forma más amplia posible, entre los profesionales de la salud. Para ello, al menos deberá ser remitido, en formato digital, a todos los Servicios de Salud, todas las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y a todos los Centros Oncológicos de la Red Oncológica Nacional. Artículo 14.- De la formación de recursos humanos.- El Ministerio de Salud fomentará la formación, capacitación, educación continua y especialización del recurso humano en temáticas de cáncer, que incluya médicos cirujanos y otros profesionales del área de la salud y de las ciencias. El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y dentro de sus respectivas competencias, deberá fomentar la formación de recursos humanos señalada en el inciso anterior, haciéndola extensiva a otros profesionales que sean pertinentes para el desarrollo en temáticas de cáncer. Artículo 15.- De los planes de formación. - El Ministerio de Salud definirá, dentro de su competencia, planes de formación específicos orientados a fortalecer y acelerar la formación de médicos cirujanos especialistas y cirujanos dentistas especialistas, así como de profesionales y técnicos de la salud que sean prioritarios para la Red Oncológica, incluida la Atención Primaria de Salud, de acuerdo a la información que otorgue la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Artículo 16.- Del fomento de la investigación en materia de cáncer. - El Ministerio de Salud fomentará la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer. Para ello, potenciará la cooperación técnica y financiera, a nivel nacional e internacional, tanto pública como privada. Además, en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, generará instancias de diálogo y coordinación con la comunidad científica, las universidades e instituciones públicas o privadas que realizan investigación en cáncer. Se fomentarán especialmente aquellas investigaciones que provean evidencia local, y que sirvan de insumo para la toma de decisiones y la planificación sanitaria en el ámbito del cáncer. Artículo 17.- De las líneas de investigación priorizadas. - Las líneas de investigación definidas en el Plan y las propuestas por la Comisión, conforme al literal i) del artículo 10 de la Ley Nacional del Cáncer y al artículo 53 de este reglamento, servirán de referencia en la determinación de proyectos de investigación cuyo financiamiento implique recursos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
--	--

	En esta determinación deberán considerarse los siguientes criterios sanitarios: a) Epidemiología nacional del cáncer. b) Necesidades de la Red Oncológica. c) Potenciar el desarrollo de la investigación en todos los ámbitos del cáncer; biología del cáncer, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y gestión oncológica. Particularmente en aquellas áreas deficitarias. d) Enfoque traslacional, entendido como aquella investigación que va en beneficio de la salud de la persona con cáncer. e) Evaluaciones económicas de programas preventivos, así como estrategias diagnósticas y terapéuticas, incluyendo consideraciones de equidad en la asignación de recursos. Artículo 18.- Del beneficio del paciente en la investigación en materia de cáncer.- Sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos establecidos en la ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana, en el Título V, del Libro Cuarto del Código Sanitario, titulado "De los ensayos clínicos de productos farmacéuticos y elementos de uso médico", y toda otra normativa pertinente, la investigación en materia de cáncer deberá tener como eje central el beneficio del paciente, con la finalidad de poner término a la enfermedad, mejorar las expectativas de sobrevivencia o su calidad de vida. Artículo 19.- De los estudios e investigaciones que se realicen en centros de la Red Oncológica. - Sin perjuicio del cumplimiento de los trámites y requisitos establecidos en la normativa vigente sobre la materia, los estudios e investigaciones científicas que se realicen en centros de la Red Oncológica en materia de cáncer, deberán ser autorizados por resolución del director del establecimiento, quien tendrá a la vista un informe que contendrá la siguiente información: a) Copia del informe favorable del Comité Ético Científico acreditado al que esté adscrito el establecimiento, conforme lo dispuesto en la ley N° 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana, y su reglamento. b) El costo y financiamiento del estudio o investigación, indicando la proporción o monto que corresponde a un gasto hospitalario, ya sea por concepto de recurso humano, infraestructura u otro. c) El detalle de pago en dinero o en especie, o bien, el reembolso del costo proyectado para el establecimiento y la forma de reembolso, si procede. d) La nómina de los profesionales de salud que obrarán como reclutadores del estudio o investigación, indicando si recibirán o no contraprestación al efecto. Los estudios e investigaciones que sean autorizados por el director del establecimiento deberán ser informados a la Subsecretaría de Salud Pública, a través del formulario que se disponga a este efecto. Una vez que el estudio o investigación concluya, el director remitirá
--	--

		a la referida Subsecretaría un informe que contenga lo señalado en el inciso precedente, con las actualizaciones que correspondan, ocurridas durante el transcurso de la investigación. Artículo 20.- Del reclutamiento de pacientes en la Red Oncológica.- Toda persona que ofrezca, publicite o reclute pacientes para que participen en estudios e investigaciones que se realizarán fuera del establecimiento, deberá contar con la autorización del director del mismo. Esta autorización se solicitará acompañando información acerca del: a) Objeto del estudio. b) Constancia del informe favorable de un Comité Ético Científico acreditado conforme lo dispuesto en la ley N° 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana, y su reglamento. c) Nómina de los profesionales de salud del establecimiento que obrarán como reclutadores del estudio o investigación, indicando si recibirán o no contraprestación al efecto. El director del establecimiento tendrá un plazo de 10 hábiles contado desde la solicitud, para pronunciarse sobre esta. Artículo 21.- De la continuidad del tratamiento otorgado.- Conforme lo dispone el inciso primero del artículo 111 C del Código Sanitario, el paciente sujeto de ensayo clínico tendrá derecho a que, una vez terminado éste, el titular de la autorización especial para uso provisional con fines de investigación y, con posterioridad en su caso, el titular del registro sanitario del producto sanitario de que se trate, le otorgue sin costo para el paciente la continuidad del tratamiento por todo el tiempo que persista su utilidad terapéutica, conforme al protocolo de investigación respectivo. Esta obligación afectará al titular del registro sanitario, aun cuando no haya sido el titular de la autorización provisional o haya adquirido con posterioridad el registro sanitario. Artículo 22.- De la Red Oncológica Nacional. - La Red Oncológica es un sistema de atención integrado por todos los nodos y puntos de atención del área oncológica que forman parte de la Red Asistencial de Salud, establecimientos específicos destinados a este efecto y las eventuales cooperaciones necesarias público-privadas. Artículo 23.- De la composición y objetivo. - La Red Oncológica constará de centros especializados, que serán parte de la Red Asistencial de Salud, cuyo propósito será el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer. Estos centros, también llamados centros oncológicos, consistirán en unidades, áreas o establecimientos de salud, que podrán actuar de forma autónoma o interdependiente, por medio de derivaciones y contraderivaciones con otros establecimientos de la Red Oncológica, de acuerdo a lo dispuesto en la norma técnica señalada en el artículo 30 siguiente, incluidas las atenciones y consultas por telemedicina, fortaleciendo la continuidad de la atención a lo largo de toda la Red.
--	--	--

	Conforme lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 6 precedente, el Plan propondrá la normalización de los centros oncológicos existentes, la creación de centros a lo largo de la Red Asistencial de Salud del país, y, en general, el perfeccionamiento de la infraestructura de salud necesaria para las acciones de diagnóstico y tratamiento oncológico, de acuerdo a los recursos que disponga para estos efectos la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año. Para efectos del inciso anterior, por normalización se entenderá la reparación o modificación de infraestructura de las dependencias de un centro oncológico para su adecuación al estándar requerido para su funcionamiento como tal. Artículo 24.- De los requisitos generales para integrar la Red Oncológica.- Para que una unidad, área o establecimiento sea considerado por el Ministerio de Salud, como parte de la Red Oncológica Nacional deberá: a) Contar con la autorización sanitaria específica requerida, de acuerdo con el listado de prestaciones que presente el establecimiento. En caso de no contemplar prestaciones que conlleven una autorización sanitaria específica, deberá presentar aquella regulada en el Título II del decreto N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento de Hospitales y Clínicas. Para estos efectos, si el establecimiento se encuentra adosado a un establecimiento de mayor envergadura, bastará con presentar la respectiva autorización de este. b) Individualizar al profesional que asumirá la dirección técnica del servicio, unidad o establecimiento público o privado. Una norma técnica del Ministerio de Salud determinará el perfil y las competencias que debe cumplir dicho profesional para el desempeño de este cargo. c) Individualizar el registro del profesional del literal precedente, como prestador individual en la Superintendencia de Salud. d) Entregar la nómina del personal con su respectivo registro como prestador individual en la Superintendencia de Salud, de acuerdo con las prestaciones ofrecidas, según corresponda. e) Presentar el listado de prestaciones otorgadas directamente y las que se otorgan por terceros, acompañando los convenios respectivos en su caso. f) Presentar el listado detallado de los equipos utilizados en los procedimientos generales y específicos. g) Contar con un programa de mantención preventiva de maquinarias, equipos e instrumentos. h) Contar con un plan de manejo de residuos asociados a establecimientos de salud y eliminación de los residuos, la que deberá realizarse en conformidad con lo establecido en el decreto supremo N° 6, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (REAS).
--	---

	i) Presentar el listado de elementos de protección personal, según el riesgo laboral, conforme a la normativa elaborada al efecto por el Ministerio de Salud. j) Contar con un programa local de tecnovigilancia para dispositivos médicos. k) Contar con un reglamento interno de orden, higiene y seguridad. l) Contar con un documento o manual de bioseguridad y plan de gestión de riesgo de emergencias y desastres. El Ministerio de Salud, por medio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, realizará la revisión de los antecedentes indicados en el inciso precedente. Igualmente, en cualquier momento podrá solicitar todo o parte de dichos antecedentes para revisar el estado o cumplimiento de aspectos específicos, debiendo realizar una revisión de la totalidad de los mismos al menos cada 5 años. Artículo 25.- De los requisitos técnicos específicos para establecimientos de la Red Oncológica Nacional. - Además del cumplimiento de los requisitos generales establecidos en el artículo precedente, para que un establecimiento sea considerado parte de la Red Oncológica deberá contar con el porcentaje de personal calificado en cáncer que disponga la norma técnica dictada al efecto por el Ministerio de Salud. Los centros definidos como de Mediana o Alta Complejidad deberán contar con equipos multidisciplinarios y un gestor de casos conforme lo dispuesto en el artículo 88 de este reglamento. Dichos equipos estarán conformados por los profesionales y personal de salud que mediante resolución determine el Ministro de Salud, en consideración a las prestaciones que deba otorgar cada centro y a lo dispuesto en el inciso precedente. En el caso de establecimientos privados de salud, deberán tener además un convenio vigente con un establecimiento público, con el Fondo Nacional de Salud o con alguna otra entidad pública, cuyo objeto contemple prestaciones relativas a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del cáncer. En todos los casos, el establecimiento deberá contar con acreditación vigente de la Superintendencia de Salud, de acuerdo con la normativa pertinente. Artículo 26.- De la clasificación de los centros de la Red Oncológica. - Los centros de la Red Oncológica se podrán categorizar en Alta, Mediana y Baja Complejidad. Serán categorizados por el Ministerio de Salud, de acuerdo a su capacidad resolutive, lo que será determinado sobre la base del análisis conjunto de los criterios establecidos en el artículo 44 del decreto supremo N° 140 de 2004, del Ministerio de Salud, reglamento orgánico de los Servicios de Salud, esto es: a) Función dentro de la Red Oncológica Nacional teniendo presente los distintos niveles de complejidad de ésta, esto por cada línea de diagnóstico y tratamiento;
--	--

	b) Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutividad, disponibilidad de recursos humanos, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza, y c) Grado de especialización de sus recursos humanos. Artículo 27.- De la incorporación de oficio de centros a la Red Oncológica. - Para la elaboración de la resolución establecida en el inciso segundo del artículo 29 de este reglamento, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, podrá requerir los antecedentes necesarios para evaluar el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 24 y 25 precedentes, cuando éstos no constaren a la mencionada Subsecretaría. La unidad, área o establecimiento así requerido, tendrá un plazo de 20 días hábiles para remitir los antecedentes solicitados. El Ministerio de Salud podrá requerir la complementación, rectificación o aclaración de los antecedentes recibidos, para lo cual el requerido tendrá diez días hábiles desde la notificación realizada para ello. En el caso de las unidades, áreas o establecimientos, que no remitan los antecedentes requeridos, o no los complementen, rectifiquen o aclaren en tiempo y forma, igualmente el Ministerio de Salud podrá considerarlos de forma anticipada como parte de la Red Oncológica, si le constare por otros medios el cumplimiento de los requisitos generales y específicos establecidos en los artículos 24 y 25 precedentes. Las unidades, áreas o establecimientos incorporados conforme lo dispuesto en el inciso precedente, igualmente deberán proveer la documentación requerida, en un plazo máximo de 20 días hábiles. Artículo 28.- De la solicitud para integrar la Red Oncológica.- Aquellos establecimientos públicos o privados que cumplan los requisitos señalados en los artículos 24 y 25, precedentes, y no hayan sido incorporados a la Red Oncológica Nacional, podrán solicitar por escrito al Ministerio de Salud la revisión de sus antecedentes con la finalidad de ser integrados a la mencionada Red Oncológica. Recibida la comunicación en los términos del inciso precedente, el Ministerio de Salud deberá pronunciarse en un plazo de 45 días hábiles, notificando por escrito la aceptación o rechazo de la solicitud, junto con la resolución que declara la integración a la Red, si corresponde. El Ministerio de Salud podrá requerir la complementación, rectificación o aclaración de los antecedentes recibidos, para lo cual el solicitante tendrá diez días hábiles desde la notificación realizada para ello. Una vez que se presente la información requerida, se reanudará el cómputo del plazo señalado en el inciso precedente. El Ministerio rechazará la solicitud de incorporación a la Red si no se cumple con los requisitos señalados en los artículos precedentes y éstos no son complementados, rectificadas o aclarados en el plazo establecido en el inciso anterior. Igualmente podrá rechazarla por motivos fundados basados en la administración y distribución de la Red Oncológica. Artículo 29.- De la distribución geográfica de la Red.- Con la finalidad de facilitar el acceso a la Red Oncológica Nacional, ésta se distribuirá a lo largo del territorio nacional, debiendo abarcar al menos las siguientes zonas:
--	---

	a) Zona Norte; b) Zona Central; c) Región Metropolitana de Santiago; d) Zona Centro Sur; e) Zona Sur; y f) Zona Sur Extremo. El detalle específico de los establecimientos que componen cada zona y su nivel de complejidad será definido en una resolución del Ministro de Salud. Para realizar dicha determinación se considerará, entre otros, el número de habitantes y la accesibilidad geográfica. La resolución del inciso precedente será publicada en el Diario Oficial y en el sitio electrónico del Ministerio de Salud, debiendo ser actualizada cada vez que se incorpore o elimine un nuevo centro, o bien se traslade o se modifique el nivel de complejidad de alguno de ellos. Cada una de las zonas definidas en el inciso primero precedente, deberán contar con al menos un centro por cada nivel de complejidad. Los establecimientos que dejen de cumplir los requisitos establecidos en los artículos 24 y 25 de este reglamento, dejarán de ser considerados parte de la Red Oncológica. Asimismo, se podrá eliminar o trasladar un centro por motivos fundados, de lo que deberá dejarse constancia en la resolución del inciso segundo de este artículo. Corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales efectuar las gestiones y coordinaciones necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo. Artículo 30.- De la norma técnica de derivaciones en la Red. - Mediante decreto dictado por el Ministro de Salud bajo la fórmula "por orden del Presidente de la República", se establecerá la norma técnica que determinará las formas de derivación y contra derivación de pacientes a los distintos centros de los que trata este Título. La norma técnica deberá considerar, a lo menos, el nivel de complejidad y capacidad resolutiva de cada uno de los tipos de centros, así como la gravedad de las patologías que padezcan los pacientes que serán derivados a cada uno de ellos. Artículo 31.- De las guías de práctica clínica.- Para efectos de este reglamento, las guías de práctica clínica consisten en documentos que contienen afirmaciones explícitas y recomendaciones que orientan a los profesionales de salud y a las personas con sospecha o diagnóstico de un problema de salud o condición clínica específica, en la toma de decisiones informadas sobre la atención sanitaria más apropiada en los ámbitos de la prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, sobre la base de la síntesis de evidencia disponible.
--	--

	El Ministro de Salud aprobará mediante resolución las guías de práctica clínica para el tratamiento de los distintos tipos de cánceres y patologías asociadas, sin perjuicio de las ya aprobadas en el marco de la ley N° 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud. Artículo 32.- De la periodicidad de la revisión de las guías de práctica clínica. - Las guías de práctica clínica deberán ser revisadas cada dos años, o cada vez que lo amerite una favorable evaluación de la evidencia científica disponible. Las guías de práctica clínica aprobadas en el marco de la ley N° 19.966 también podrán ser consideradas en esta revisión. Artículo 33.- De la resolución que fija las guías de práctica clínica a ser elaboradas o actualizadas. - En diciembre de cada año la Subsecretaría de Salud Pública, definirá mediante resolución, el listado de guías de práctica clínica de los distintos tipos de cánceres y patologías asociadas a elaborar o revisar, actualizándolas, si corresponde, a partir del siguiente año calendario. Sin perjuicio de lo anterior, la Subsecretaría de Salud Pública podrá iniciar de oficio, y en cualquier momento, la elaboración o actualización de guías de práctica clínica que considere pertinente, sin que sea necesario el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso precedente, ni los criterios contemplados en el artículo siguiente. Artículo 34.- De los criterios para determinar las guías de práctica clínica que serán elaboradas o actualizadas. - Para determinar las guías de práctica clínica que serán incorporadas en la resolución del artículo precedente, se deberán considerar los siguientes criterios: a) Guías de práctica clínica próximas a cumplir el plazo indicado en el inciso primero del artículo 32 precedente. b) Guías de práctica clínica en proceso de revisión o elaboración. c) Conocimiento acerca de la existencia de nueva evidencia científica que deba ser revisada. d) Lineamientos del Plan Nacional del Cáncer. e) Recomendaciones de la Comisión Nacional del Cáncer. f) Situación epidemiológica del cáncer. g) Beneficios para los pacientes a nivel de sobrevivencia y calidad de vida. h) Beneficios para el sistema de salud en cuanto al uso eficiente de recursos sanitarios y financieros. i) Experiencia de efectividad y beneficios para los pacientes con desarrollo de evidencia local. j) Otros beneficios a cuidadores o grupo familiar del paciente.
--	--

	También se tendrá en cuenta el Plan Nacional de Salud, las sugerencias de los departamentos técnicos ministeriales competentes, la incorporación de coberturas en la ley N.º 19.966 que establece un Régimen General de Garantías en Salud y en la ley N.º 20.850 que crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos, los informes de factibilidad de elaboración u otros antecedentes que fueran relevantes. Artículo 35.- Del informe de factibilidad. - El informe de factibilidad es un documento en el que se expone el número de recomendaciones relativas al uso de tecnología sanitaria y medicamentos, viables de evaluar durante los siguientes 24 meses, sobre la base de los recursos humanos y financieros disponibles para este efecto. Será elaborado en el mes de octubre de cada año, por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia de la División de Planificación Sanitaria, del Ministerio de Salud o el que lo reemplace, y los departamentos técnicos competentes de la División de Prevención y Control de Enfermedades, y serán entregados a la Subsecretaría de Salud Pública para efectos de la dictación de la resolución a la que se refiere el artículo 33 precedente. Artículo 36.- Del grupo elaborador de propuestas de guías de práctica clínica. - Cada año la Subsecretaría de Salud Pública aprobará mediante resolución el o los grupos de trabajos encargados de presentar una propuesta de texto de las guías de práctica clínica a elaborar o actualizar. En la integración del grupo, sin perjuicio de los representantes de las Divisiones, Departamentos, Unidades u Oficinas del Ministerio de Salud que se estimen pertinentes a la materia que aborda la guía en elaboración o revisión, deberá considerarse: a) Un mínimo de cinco expertos clínicos, de los cuales al menos tres deberán desempeñar funciones en un establecimiento perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud, definido en el inciso segundo del artículo 2 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Estos miembros serán elegidos por la Subsecretaría de Salud Pública, a proposición de los departamentos técnicos del Ministerio de Salud. b) Dos representantes de las fundaciones u organizaciones de pacientes incorporadas al listado a que se refiere el párrafo 7 del Título VIII del presente reglamento. Estos representantes serán designados por el Ministro de Salud, a proposición de la Comisión, no siendo necesario que correspondan a un integrante de la misma. De preferencia se designarán integrantes de fundaciones u organizaciones que digan relación con el tipo de cáncer que aborda la guía por la que se convoca. c) Un miembro de la Comisión Nacional del Cáncer, a elección de esta. d) Un representante del Fondo Nacional de Salud, a elección de su Director. e) Un representante de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a elección del Subsecretario. f) Un representante de la Subsecretaría de Salud Pública, a elección del Subsecretario.
--	---

	g) Un representante de la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a elección de su Director. h) Un representante del Instituto de Salud Pública de Chile, a elección de su Director. Artículo 37.- De los conflictos de intereses de los participantes en el grupo elaborador.- Al momento de iniciar el trabajo, los miembros del grupo elaborador deberán suscribir una declaración de conflictos de intereses, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 9 del Título VIII de este reglamento. Los conflictos así declarados no inhabilitarán la participación del declarante en el grupo de trabajo, pero deberá abstenerse de participar en las decisiones que incidan en aspectos vinculados a las situaciones que hayan declarado. Artículo 38.- De las tecnologías que pueden ser objeto de recomendación.- Solo podrán realizarse recomendaciones de tecnologías sanitarias que cuenten con registro sanitario otorgado por el Instituto de Salud Pública de Chile o por alguna de las agencias de las que trata el artículo 54° C del decreto supremo N° 3, de 2010, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento del Sistema Nacional de Control de los productos farmacéuticos de uso humano y las que dicho Instituto defina para el área de los dispositivos médicos. Asimismo, solo podrán ser recomendadas para aquellas indicaciones terapéuticas establecidas en alguno de los registros señalados. Artículo 39.- Sobre la información de seguridad de las tecnologías sanitarias objeto de recomendación.- La Subsecretaría de Salud Pública oficiará al Instituto de Salud Pública de Chile, a fin que éste informe dentro del plazo de 15 días hábiles contado desde la recepción del oficio, acerca de los resultados del fármaco o dispositivo médico, según corresponda, de las tecnologías sanitarias en proceso de recomendación, tanto en Chile, como en el extranjero. De este modo, no podrán realizarse recomendaciones sobre aquellas que hayan reportado reacciones adversas serias o fallos de tecnología que hayan implicado una recomendación de restricción de uso en el grupo de pacientes a evaluar o hayan sido cancelados o suspendidos los permisos o registros por el Instituto de Salud Pública o por alguna agencia regulatoria de las que trata el artículo 54° C del decreto supremo N° 3, de 2010, del Ministerio de Salud. Artículo 40.- Del proceso de búsqueda, síntesis y análisis de la evidencia científica disponible.- El proceso de búsqueda, síntesis y análisis de la evidencia científica disponible consiste en la revisión de los estudios clínicos existentes sobre prevención en todas sus formas, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento asociados a un problema de salud o condición clínica específica en materia de cáncer. Este proceso deberá tener las siguientes características: a) Explícito: debe incluir una descripción detallada de cada uno de los aspectos técnicos involucrados en su realización. b) Reproducible: implica que éste pueda ser llevado a cabo en forma satisfactoria por terceros, basándose exclusivamente en los datos técnicos reportados. c) Sistemático: implica que sigue un proceso riguroso y ordenado para la localización de la literatura científica relevante.
--	---

		d) Ético: implica seguir las mejores conductas científicas para proteger a los individuos y comunidades involucradas en la investigación. e) Transparente: conforme lo dispuesto en la ley N° 20.285 sobre acceso a la información pública. Igualmente, en la determinación de las recomendaciones contenidas en las guías deberá observarse al menos, los siguientes aspectos: a) El análisis de la evidencia de los efectos de la intervención. b) El balance entre los riesgos y beneficios de la intervención. c) La certeza en la evidencia de los efectos de la intervención. d) Los valores y preferencias de las personas. e) El uso de los recursos y la capacidad de implementación. f) La costo-efectividad de la intervención. g) La capacidad de implementación por parte de la Red Oncológica. Con todo, la Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá proporcionar a la Subsecretaría de Salud Pública la información necesaria acerca de la capacidad de implementación, por parte de la Red Oncológica, de las intervenciones sobre las cuales se realizarán recomendaciones. La Subsecretaría de Salud Pública solicitará de oficio dicha información, debiendo ser proporcionada en el plazo de 45 días hábiles siguientes de haber sido recepcionada la solicitud. Los informes derivados de este proceso deberán ser realizados en un formato claro y conciso que permita al grupo elaborador realizar los juicios necesarios para realizar la recomendación. Este proceso será llevado a cabo por la Subsecretaría de Salud Pública. Sin perjuicio de ello, podrá encargar todo o parte, a otras instituciones públicas o privadas, considerando la especialidad del estudio por abordar y dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley N° 19.886, de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios. Cuando conforme al inciso precedente, se contrate con terceros, la respectiva licitación o contrato deberá establecer expresamente la prohibición de participar de aquellas personas, naturales o jurídicas a quienes les afecte un conflicto de intereses. Artículo 41.- De la vigencia de las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica. - Se considerarán vigentes las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica aprobadas por resolución del Ministerio de Salud, mientras éstas no sean eliminadas, reemplazadas o modificadas por un acto administrativo posterior.
--	--	--

	Las recomendaciones aludidas en el inciso precedente no serán modificadas mientras no exista nueva evidencia disponible al respecto, o bien, ésta no cambie los juicios utilizados para elaborar la recomendación. Para esto se determinará si la recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual y genera más beneficio que daño, o si se considera una práctica en desuso. La actualización de las recomendaciones contenidas deberá ser sometida al mismo procedimiento establecido en este Título y podrá realizarse sólo para las recomendaciones requeridas de actualizar. Artículo 42.- De la notificación obligatoria. - El cáncer será considerado como una enfermedad de notificación obligatoria. En consecuencia, deberá cumplirse con lo establecido en el artículo 49 del Código Sanitario. Artículo 43.- Del deber de notificación. - Será obligación de todo médico cirujano y cirujano dentista que procese muestras de tejido para biopsia, así como también del médico cirujano y cirujano dentista que analice muestras de laboratorio, notificar los casos de enfermedad por cáncer conforme al artículo 47 de este reglamento, en la forma dispuesta en el presente reglamento a través del Registro Nacional de Cáncer. En el caso de la notificación del diagnóstico de enfermedad por cáncer realizado mediante investigación clínica por un prestador institucional, el director del establecimiento de salud será responsable de velar para que la notificación se realice en la forma establecida en el presente reglamento. Para estos efectos, deberá nombrar un médico cirujano o cirujano dentista para que cumpla con las obligaciones de notificación a través de la vía establecida en el artículo 44 de este cuerpo normativo. El médico cirujano y el cirujano dentista podrán delegar la digitación de la información. En el caso de prestadores individuales, éste será el responsable de notificar según lo establecido en el artículo 44. Los centros de análisis anatomopatológicos y laboratorios, públicos y privados que realicen análisis de biopsias o muestras hematológicas tendrán la obligación de notificar según se establece en el artículo 44 de este reglamento. Artículo 44.- De los medios para realizar la notificación. - La notificación de la enfermedad por cáncer contemplada en el presente Título se realizará por los formularios que el Ministerio de Salud emita para estos efectos. Los formularios serán diseñados e implementados en formato electrónico a través de tributación manual o de interoperabilidad de sistemas informáticos. Artículo 45.- Del Registro Nacional de Cáncer. - La Subsecretaría de Redes Asistenciales desarrollará el Registro Nacional de Cáncer el cual contendrá la información necesaria para el diseño del Plan a que se refiere el Título II de este reglamento. El Registro Nacional de Cáncer consistirá en un repositorio de datos relevantes para la prevención, vigilancia y planificación de la política pública en materia de cáncer.
--	--

	Estos datos considerarán al menos la individualización y datos demográficos del paciente, la individualización del médico tratante y del establecimiento que lo atiende, los datos e hitos necesarios para transmitir la información referida en los artículos 47 y 48 subsiguientes, así como todo otro dato que se estime relevante para el cumplimiento de los fines del Registro. El desarrollo y mantención del Registro Nacional de Cáncer deberá ser realizado en estricta coordinación con la Subsecretaría de Salud Pública, para efectos de la vigilancia epidemiológica en materia de cáncer. Artículo 46.- De las características del Registro Nacional de Cáncer.- El Registro deberá realizarse en un soporte que garantice la confidencialidad, integridad, resiliencia, seguridad en el acceso y transmisión de la información. Se preferirán los sistemas de soporte que admitan la interoperabilidad con otros registros o sistema de información, que se vinculen al cáncer o resulten útiles a las finalidades del Registro Artículo 47.- Listado de enfermedad por cáncer de declaración obligatoria.- Se considerará enfermedad por cáncer de notificación obligatoria las que a continuación se indican: a) Toda neoplasia de criterio clínico independiente su base diagnóstica. b) Todas las neoplasias malignas de localización primaria c) Todas las neoplasias malignas de localización secundaria. d) Todas las neoplasias múltiples. e) Todas las neoplasias benignas o de comportamiento incierto del Sistema Nervioso Central (SNC). f) Todas las neoplasias in situ de cáncer de mama y cuello uterino NIE III. g) Todas las neoplasias del tipo hematológico. Artículo 48.- Periodicidad de la notificación.- La notificación de la enfermedad por cáncer de declaración obligatoria deberá realizarse semanalmente en caso de: a) Notificación de test moleculares o exámenes de biología molecular, si se encuentran disponibles. b) Notificación de resultado de biopsias de tejido. c) Notificación de resultados de muestras hematológicas. d) Notificación de confirmación diagnóstica, tratamiento de enfermedad y seguimiento, incluyendo el cambio de tratamiento.
--	---

	e) Notificación de casos con diagnóstico clínico de enfermedad del cáncer. f) Notificación de egreso de paciente con cáncer. g) Notificación de fallecimiento por causa de cáncer. Artículo 49.- Del delegado. - Todo establecimiento de salud, o que realice análisis de muestras de laboratorio, vinculadas al diagnóstico de cáncer, deberá designar a un profesional de la salud como delegado para efectos de la notificación. El delegado tendrá como labor principal coordinar la vigilancia epidemiológica en materia de cáncer en el establecimiento de salud o laboratorio, donde se desempeñe. Para estos efectos, obrará como vínculo oficial de comunicación entre el establecimiento de salud o laboratorio y la autoridad sanitaria regional respectiva y se encargará de consolidar la información de todo el establecimiento, velando por que se cumpla el deber de notificación respectivo, así como la integridad, calidad y validación de los datos informados en dicha notificación. El director del establecimiento de salud o laboratorio, público o privado, comunicará formalmente a la autoridad sanitaria regional, el nombre del delegado a que alude este artículo, las horas designadas para cumplir la coordinación de la vigilancia epidemiológica, su subrogante y los datos de contacto. Cualquier cambio que se produzca en la designación del delegado también deberá comunicarse formalmente. La Secretaría Regional Ministerial de Salud comunicará esta información a ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud. El delegado del que trata este artículo podrá ser el mismo que se consigna en el artículo 3° del reglamento aprobado por el artículo primero del decreto supremo N° 7, de 2019, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia. Artículo 50.- De la confidencialidad de los datos.- El tratamiento de los datos obtenidos como resultado de las notificaciones y comunicaciones a que alude el presente reglamento, se regirán por las normas de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, incluidas las sanciones dispuestas en el Título V de dicha ley. Todas las personas que entren en contacto con los datos personales a que se refiere este reglamento, tanto en organismos públicos como privados, están obligadas a guardar secreto sobre los mismos, como asimismo sobre los demás datos y antecedentes relacionados con Registro Nacional del Cáncer, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo. El Ministerio de Salud realizará las labores de supervisión, control y coordinación que permitan garantizar altos niveles de seguridad del Registro y de los datos ahí contenidos, incluyendo mecanismos de notificación de cualquier incidente de seguridad que pueda afectar a la disponibilidad, integridad o confidencialidad de la información. Lo establecido en los incisos precedentes, no obsta el reporte estadístico trimestral de todo o parte de los datos recopilados en el Registro, el cual se publicará en la página web del Ministerio de Salud.
--	--

	Artículo 51.- De la Comisión Nacional del Cáncer.- La Comisión Nacional del Cáncer tiene como objetivo asesorar al Ministerio de Salud en la formulación de políticas, en la investigación científica y en la implementación de estrategias y prácticas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos eficaces, eficientes, seguros y coherentes con las necesidades de la población chilena, en lo relativo al cáncer. Los miembros de la Comisión serán nombrados por decreto del Ministro de Salud, de conformidad con la elección que hubiere efectuado cada entidad de acuerdo al artículo 62 del presente reglamento y durarán tres años en sus funciones. Su elección o designación podrá renovarse consecutivamente solo una vez. Los miembros de la Comisión no recibirán remuneración alguna por el desempeño de sus funciones en la Comisión Nacional del Cáncer, sin perjuicio de lo cual, la Subsecretaría de Salud Pública podrá financiar los gastos de traslado y hospedaje debidamente rendidos de los comisionados que concurren desde regiones diferentes a la Metropolitana para su participación en la Comisión. Dicho financiamiento no podrá exceder de un viaje mensual por comisionado, salvo que la Subsecretaría de Salud Pública comunique por escrito la necesidad de concurrencia presencial a más de una sesión mensual. Artículo 52.- Integración de la Comisión. - La Comisión estará integrada por los siguientes miembros: a) Cinco representantes de asociaciones científicas. b) Tres representantes de las facultades de medicina de alguna institución de educación superior acreditada institucionalmente, de conformidad con la ley N° 20.129, que establece el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. c) Tres representantes de fundaciones u organizaciones de pacientes. Los representantes serán elegidos por cada entidad, de conformidad a lo establecido en el párrafo 5° del presente Título. Artículo 53.- Funciones de la Comisión.- La Comisión tendrá las siguientes funciones: a) Asesorar al Ministerio de Salud en la definición de políticas relacionadas con materias referentes al cáncer. b) Asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración de normas, planes y programas para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control del cáncer, así como su manejo. c) Apoyar el desarrollo e implementación del Plan Nacional del Cáncer. d) Contribuir a la coordinación de todas las acciones relacionadas con el cáncer, en forma integral, intersectorial y cooperativa, así como proponer acciones que contribuyan al diagnóstico oportuno de las enfermedades oncológicas. e) Evaluar la necesidad de modificaciones normativas que faciliten la implementación y evaluación de políticas y acciones en materias referentes al cáncer.
--	--

	f) Realizar recomendaciones en la revisión de guías de práctica clínica, normas y protocolos en materias referentes al cáncer. Evaluar las intervenciones oncológicas de alto costo y con alto nivel de efectividad necesarias para la población. g) Contribuir a posicionar la temática del cáncer entre los desafíos de distintos sectores gubernamentales. h) Realizar recomendaciones, en el ámbito del cáncer, para las inversiones y provisión de equipos, con el objeto de obtener una adecuada gestión de los recursos. i) Proponer líneas de investigación científica y recomendaciones en materia de cáncer. En el ejercicio de la función descrita en la letra i), la Comisión podrá solicitar a la Subsecretaría de Salud Pública la información y antecedentes que estime necesarios. Igualmente, se pronunciará acerca de la selección de proyectos y programas, para ser financiados con cargo al Fondo, en la forma que determine el reglamento destinado al efecto. Artículo 54.- Del quórum para sesionar. - El quórum mínimo para sesionar será de dos tercios de sus miembros y los acuerdos se tomarán por mayoría simple de los asistentes. En cada sesión podrán participar con derecho a voz el Ministro de Salud y los Subsecretarios de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Asimismo, la Comisión podrá invitar a expertos en la materia, quienes no tendrán derecho a voto. Los miembros de la Comisión acordarán por mayoría simple la forma de funcionamiento de la misma. Artículo 55.- De la periodicidad y lugar de las reuniones. - La Comisión se reunirá, a lo menos, cada dos meses. Asimismo, el Ministro de Salud podrá convocarla extraordinariamente, si así lo requiere. Si se produjese suspensión o postergación de la sesión, esto último por razones de caso fortuito o fuerza mayor, de las que deberá dejarse constancia en el acta respectiva, el Presidente de la Comisión deberá fijar una nueva fecha de sesión para la que ordenará citar oportunamente a cada uno de los integrantes. Las citaciones deberán realizarse al menos con 5 días hábiles de anticipación, salvo en casos calificados de urgencia. El lugar de funcionamiento de la Comisión será en las dependencias del Ministerio de Salud, en la ciudad de Santiago. Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión podrá acordar celebrar, de manera extraordinaria, sesiones en un lugar distinto al señalado anteriormente. Asimismo, se podrán establecer sesiones efectuadas mediante videoconferencia. Artículo 56.- Del apoyo administrativo. - La Subsecretaría de Salud Pública deberá asegurar el debido funcionamiento de la Comisión y proveerá todos los recursos humanos y materiales que se requieran para el cumplimiento de sus funciones.
--	--

	Artículo 57.- De las actas. - Se realizará un acta por cada sesión que se realice, sea de carácter ordinaria o extraordinaria. Las actas tendrán numeración correlativa y contendrán, a lo menos, lo siguiente: a) El lugar, día, hora de inicio y término de la sesión; b) El nombre de quien ejerza la Presidencia de la Comisión; c) La nómina de los comisionados que asistieron a la sesión; d) Una relación fiel de todo lo ocurrido durante la sesión, y e) Los acuerdos de la Comisión sobre cada una de las materias tratadas, el resultado de las votaciones y los fundamentos de los votos cuando sean solicitados. Iniciada una sesión, se someterá a la aprobación de la Comisión el acta correspondiente a la sesión anterior, a objeto que los comisionados formulen las modificaciones u observaciones que estimen pertinentes, dejándose constancia de estas. Efectuado lo anterior, se dará por aprobada dicha acta. La Subsecretaría de Salud Pública se encargará de publicar las actas, las que se mantendrán en el sitio electrónico del Ministerio de Salud. Artículo 58.- Del Presidente de la Comisión. - La Comisión será presidida por uno de sus miembros elegido por mayoría simple entre sus integrantes. La elección del Presidente se efectuará en la primera sesión que celebre la Comisión, una vez conformada. Si por caso fortuito o fuerza mayor no se efectuara la elección en dicha sesión, ella se efectuará en la sesión ordinaria siguiente, o la extraordinaria especialmente convocada para tal efecto. En la misma sesión se elegirá un integrante de la Comisión que lo subrogará en caso de ausencia temporal o cesación de funciones conforme lo dispuesto en el artículo 73 de este reglamento. En caso de que ninguno de ellos se encuentre presente al momento de efectuarse alguna sesión de la Comisión, ésta será presidida, temporal y excepcionalmente, por uno de sus integrantes presentes, elegido en votación por mayoría simple en la misma sesión, siempre que se cumpla el quórum mínimo de funcionamiento. Artículo 59.- De las funciones del Presidente de la Comisión. - Al Presidente de la Comisión le corresponderán las siguientes funciones: a) Presidir las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Comisión, dirigir y orientar los debates, someter a votación los asuntos que requieran pronunciamiento, abrir y dar término las sesiones. b) Dirimir la votación en caso de empate.
--	--

	c) Confeccionar, con la colaboración de la Secretaria Ejecutiva, el orden de las materias a tratar en cada sesión, incluyendo las materias que, a su juicio o a proposición de los comisionados, requieran ser revisadas en la Comisión. d) Recabar los informes, pronunciamientos u opiniones consultivas que sean procedentes en materias de competencia de la Comisión. e) Recabar todos los antecedentes necesarios para que la Comisión pueda emitir las opiniones que le sean solicitadas por el Ministro de Salud. f) Representar a la Comisión para dar a conocer al Ministro de Salud los acuerdos, opiniones, recomendaciones y proposiciones que la Comisión eleve a consideración de dicha autoridad. g) Representar a la Comisión ante toda entidad pública o privada. h) Supervisar el funcionamiento administrativo de la Comisión y adoptar las medidas necesarias para su buen funcionamiento. i) En general, adoptar las medidas y resoluciones tendientes al óptimo funcionamiento de la Comisión. Artículo 60.- De la Secretaria Ejecutiva.- La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, a cargo de la Subsecretaria de Salud Pública del Ministerio de Salud, que será la encargada de coordinar su funcionamiento, así como de preparar las actas de sus sesiones, y gestionar su publicación conforme al inciso final del artículo 57 de este reglamento. Artículo 61.- De las funciones de la Secretaría Ejecutiva. - Corresponderá a la Secretaria Ejecutiva desempeñar las siguientes funciones y atribuciones: a) Citar a la Comisión a sesiones ordinarias y extraordinarias, según corresponda, recibir las comunicaciones de inasistencia, y comunicar al Presidente de la Comisión si se ha cumplido, en cada caso, el quórum requerido. b) Actuar como Ministro de Fe de los acuerdos que adopte la Comisión. c) Hacer cumplir los acuerdos de orden administrativo de la Comisión, transcribirlos a quien corresponda y llevar un registro de dichos acuerdos, con las indicaciones expresas o modalidades de cumplimiento que se soliciten al efecto. d) Levantar acta de cada sesión que celebre la Comisión, mantener al día los Libros de Actas, de correspondencia y otros que pudiesen estimarse necesarios, e insertar en un archivo especial la documentación que la Comisión determine incluir y conservar. e) Colaborar con el Presidente de la Comisión en la preparación del orden de las materias a tratar en cada sesión y transmitirla a todos los miembros. f) Las demás tareas específicas que, en el marco de este reglamento y de la esfera de sus competencias, le encomiende el Presidente y la Comisión.
--	---

	Artículo 62.- Integración de la Comisión.- Las entidades señaladas en el artículo 52 del presente reglamento, para efectos del proceso de elección descrito en este párrafo, deberán elegir a su propio representante, de acuerdo al procedimiento interno que esta haya fijado para dicho efecto, respetando su plena autonomía y en conformidad a principios democráticos, participativos, transparentes y pluralistas. En todo caso, la integración de la Comisión deberá considerar la representación de las zonas geográficas de la Red Oncológica indicadas en el artículo 29 del presente reglamento. Artículo 63.- De la participación de asociaciones científicas. - Toda asociación científica incorporada al listado a que se refiere el párrafo 6 de este Título, podrá presentarse con un representante a la elección, el que será determinado de acuerdo a sus procedimientos internos. Artículo 64.- De la participación de las facultades de medicina. - Toda facultad de medicina de alguna institución de educación superior acreditada institucionalmente, de conformidad con la ley N° 20.129, que establece el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, podrá presentarse con un representante a la elección, el que será determinado de acuerdo a sus procedimientos internos. Asimismo, aquellas universidades que bajo la denominación de facultades de medicina agrupen otras carreras de la salud, además de la de medicina, podrán presentar representantes de profesión distinta a la de médico cirujano, siempre que se enmarque en el ámbito de la salud. Artículo 65.- De la participación de fundaciones u organizaciones de pacientes. - Toda fundación u organización de pacientes a que se refiere el listado del párrafo 7 de este Título, podrá presentarse con un representante a la elección, el que será determinado de acuerdo a sus procedimientos internos. Artículo 66.- De la convocatoria a elección.- Tres meses antes de la fecha de cesación en el cargo de los comisionados cuyo periodo finaliza, el Ministerio de Salud dictará una resolución que dará inicio al proceso de elección y convocará a participar en él a las entidades señaladas en el artículo 52 de este reglamento. Esta resolución será publicada en el sitio electrónico del Ministerio de Salud y, si lo estima necesario para su debida publicidad, en otro medio de comunicación social que éste determine. El Ministro de Salud comunicará la resolución del inciso precedente a las asociaciones científicas, las facultades de medicina y las fundaciones u organizaciones de pacientes, detalladas respectivamente en los artículos 63, 64 y 65 de este reglamento. En esta comunicación se acompañará un cronograma del desarrollo de la elección y la casilla o plataforma a la que deberá dirigirse tanto la presentación de las entidades y sus representantes, la manifestación del voto, así como todo otro antecedente relevante en el proceso. Artículo 67.- Del período de postulaciones. - Transcurridos 5 días hábiles desde la dictación de la resolución del artículo anterior, se abrirá el periodo de postulación, el que tendrá una duración de 20 días hábiles. En dicho periodo cada asociación científica, facultad de medicina y fundaciones u organizaciones de pacientes, podrá presentarse con un representante para formar parte de la Comisión, sea que pertenezca o no a la institución u organización de la que se trate.
--	---

	Junto a la presentación del representante, se deberán acompañar los antecedentes profesionales, académicos o de experiencia que se han tenido a la vista por la institución u organización para considerar idóneo al representante en relación a las funciones de la Comisión, y una carta de aceptación del representante propuesto. Igualmente, se deberá indicar la zona geográfica de la Red Oncológica a la que representa, basado en el domicilio de la entidad, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 29 de este reglamento. La institución u organización que desee desistir de la nominación, deberá comunicarlo por escrito a la Subsecretaría de Salud Pública, con 5 días hábiles de anticipación a la votación a la que se refiere el artículo 70 siguiente. Si el representante propuesto por la entidad renuncia a dicho nombramiento, la entidad decidirá sobre su reemplazo, pudiendo elegir un nuevo representante conforme lo dispuesto en el artículo 62. Artículo 68.- De la insuficiencia de entidades candidatas.- Si transcurrido el periodo de postulación del inciso primero del artículo precedente, no se presentaren entidades con representantes en número suficiente en una o más de las categorías, se prorrogará el periodo de postulaciones, por el mismo término, para todas ellas. Esta prórroga se comunicará por escrito a las instituciones u organizaciones establecidas en los artículos 63, 64 y 65, junto con la consiguiente modificación del cronograma. Si concluida la prórroga de las postulaciones, nuevamente se verificare una insuficiencia de entidades con representantes en una o más de las categorías consideradas en el artículo 52 de este reglamento, se continuará el proceso de votación con aquellas que cuenten con las entidades necesarias y en lo demás se procederá conforme al inciso segundo del artículo 70 de este reglamento. Artículo 69.- De la comunicación de las candidaturas.- Una vez cerradas las postulaciones, la Subsecretaría de Salud Pública comunicará por escrito a las asociaciones científicas, las facultades de medicina y las fundaciones u organizaciones de pacientes la nómina de entidades postulantes y sus representantes recibidos en la categoría correspondiente. Las instituciones u organizaciones tendrán un plazo de 5 días hábiles contado desde la comunicación, para manifestar errores u omisiones en la referida nómina. Artículo 70.- De la votación.- La Subsecretaría de Salud Pública conducirá la votación. Para ello, 10 días hábiles después del cierre del proceso de postulación, se iniciará el periodo de votación, el que no podrá tener una duración menor a 10 días hábiles. En el caso que el número de entidades con representantes fuera igual o inferior al número de comisionados de la categoría a la que corresponda, se tendrán éstos por elegidos sin necesidad de ser sometidos a votación. El Ministro de Salud designará sin más trámite, al representante de cada entidad por cada plaza vacante, siempre que cumpla con los requisitos de la categoría correspondiente. Cada asociación científica del listado, facultad de medicina y fundación u organización de pacientes del listado, haya o no presentado representante, tendrá derecho a un voto respecto de la categoría que le corresponda.
--	---

	El voto deberá ser comunicado por escrito a la casilla o plataforma que la Subsecretaría de Salud Pública disponga para ello, y deberá ser suscrito por el representante legal, Presidente o Decano según corresponda, o por apoderado que lo represente con poder suficiente para esta diligencia. En caso de no emitirse el voto en el plazo establecido, se entenderá que la institución u organización se abstiene de participar en el proceso. Una vez terminada la votación, la Subsecretaría de Salud Pública publicará los votos en su sitio electrónico. Artículo 71.- Del escrutinio.- Sin perjuicio de lo señalado en el inciso segundo del artículo anterior, concluido el periodo de votación y en un plazo no superior a 1 día hábil, se llevará a cabo el escrutinio de los votos. Resultarán electos como comisionados aquellos representantes de las entidades que obtuvieren las más altas mayorías en orden decreciente, hasta completar el número de miembros definido en el artículo 52 precedente, según la categoría que corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que alguna de las zonas señaladas en el artículo 29 no obtenga un representante, se observarán las siguientes reglas: a) Entre aquellas entidades provenientes de zonas geográficas que hayan obtenido más de un comisionado, se excluirá a aquella que haya tenido el menor porcentaje de votos en cualquiera de las categorías. b) En caso que más de una zona geográfica se encuentre en la situación anterior, se excluirán la cantidad de entidades con el menor porcentaje en razón de la cantidad de zonas que no tengan representantes elegidos. c) Para proceder a completar los miembros de la Comisión, se elegirá al representante de la entidad no elegida proveniente de una zona sin representación que haya obtenido la mayor votación en la categoría en que fue excluida la entidad de acuerdo con lo dispuesto en el literal a) precedente. d) En caso de que más de una zona se encuentre en la situación descrita en el literal anterior, para elegir completar los miembros de la Comisión, se escogerá al representante de la entidad no elegida proveniente de una zona geográfica sin representación que haya obtenido el mayor porcentaje de votos entre aquellas categorías que tengan un entidad excluida según el literal b) y así sucesivamente. En caso de producirse un empate en el último cupo, corresponderá al Ministro de Salud dirimir fundadamente conforme a criterios técnicos y geográficos. Artículo 72.- Del nombramiento de los comisionados.- Obtenida la nómina de integrantes de la Comisión, la Subsecretaría de Salud Pública notificará por escrito a los comisionados electos, de la misma manera comunicará los resultados a las instituciones u organizaciones que hubieren participado del proceso.
--	--

		A más tardar 15 días hábiles antes del término de la vigencia del nombramiento de los comisionados, deberá dictarse el decreto supremo al que alude el artículo 51 precedente, designando como comisionados a los representantes de las entidades que corresponda, según los resultados de la votación. En dicho acto se individualizará a los comisionados con nombre, profesión, entidad y zona geográfica a la que representa. Este decreto se publicará en el Diario Oficial y se mantendrá disponible en el sitio electrónico del Ministerio de Salud, durante el período de vigencia de los nombramientos. Los comisionados electos asumirán en sus funciones en la fecha indicada en el decreto de designación correspondiente. Artículo 73.- De la cesación de funciones.- Los miembros de la Comisión cesarán en sus funciones por muerte, incapacidad física o síquica para ejercer las labores, renuncia presentada ante quien los nombró, expiración del plazo por el que fueron nombrados, inasistencia injustificada a tres sesiones consecutivas o por la existencia de un conflicto de intereses que haga imposible su continuidad como integrante de la Comisión, conforme a lo dispuesto en el Párrafo 9 de este Título. La entidad que nominó al comisionado que ha cesado en sus funciones, deberá designar en un plazo de 10 días hábiles, a un nuevo integrante que cumpliendo lo señalado en el artículo 62 y en el inciso tercero del artículo 67, según corresponda. La Subsecretaría de Salud Pública, sólo podrá objetar la designación si no se cumple con alguno de los referidos antecedentes, caso en el cual, la institución u organización deberá designar a otro representante. Si la entidad cuyo representante ha cesado en funciones decide no reemplazarlo o no comunica un nuevo representante en el plazo señalado en el párrafo precedente, se ofrecerá integrar la Comisión a la entidad que le hubiere seguido en los resultados de la votación realizada en la elección del periodo en curso, y que corresponda a la categoría del cargo vacante, y así sucesivamente, hasta obtener la aceptación de alguna de las entidades de la categoría a la que corresponda el representante que cesa en sus funciones. Se dará preferencia a la entidad no electa que represente la misma zona geográfica que la entidad saliente. Tanto la aceptación como el rechazo deberá manifestarse por escrito, en un plazo de 3 días hábiles desde que se realizó la consulta, de lo contrario se entenderá que rechaza la integración, por lo que ésta deberá ofrecerse a la siguiente entidad. La nueva entidad designada conforme al inciso precedente, será representada por el mismo representante que presentó en la elección inicial, o podrá escoger otro, cumpliendo lo señalado en el artículo 62 y en el inciso tercero del artículo 67. Las personas designadas conforme los procesos establecidos en este artículo, completarán el periodo restante del comisionado que ha cesado en sus funciones. Artículo 74.- Del listado de asociaciones científicas.- El Ministerio de Salud mantendrá en su sitio electrónico un listado de las asociaciones científicas vinculadas al cáncer. Para efectos de la Ley del Cáncer y sus reglamentos, sólo serán consideradas las asociaciones científicas que se encuentren en dicho listado.
--	--	---

	Artículo 75.- De los requisitos de incorporación al listado.- Para ingresar al listado, las asociaciones científicas interesadas deberán cumplir los siguientes requisitos: a) Que el objeto declarado en sus estatutos se vincule directamente a la prevención, detección, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos en materia de cáncer. b) Que hayan sido constituidas según lo dispuesto en el artículo 2º del decreto supremo N° 84, de 2013, del Ministerio de Justicia, que aprueba reglamento del Registro Nacional de Personas Jurídicas Sin Fines de Lucro, o bien, según el decreto ley N° 2.757, de 1979, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece normas sobre asociaciones gremiales. c) Que cuente con certificado de vigencia de persona jurídica emitido con máximo 6 meses de anterioridad a la fecha de su presentación. Artículo 76.- Del listado de fundaciones u organizaciones de pacientes.- El Ministerio de Salud mantendrá en su sitio electrónico un listado de las fundaciones y organizaciones de pacientes vinculadas al cáncer. Para efectos de la Ley del Cáncer y sus reglamentos, sólo serán consideradas las fundaciones u organizaciones de pacientes que se encuentren en el listado. Artículo 77.- De los requisitos de incorporación al listado.- Para ingresar al listado, las fundaciones u organizaciones de pacientes interesadas deberán cumplir los siguientes requisitos: a) Que la fundación u organización represente a personas que padezcan o hayan padecido algún tipo de cáncer. b) Que los objetivos declarados en los estatutos de la fundación u organización de pacientes se relacionen con acciones de salud vinculadas al cáncer, pudiendo orientarse a la prevención del cáncer, acceso a diagnósticos o tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos. c) Que la fundación u organización de pacientes sea de aquellas contempladas en artículo 2º del decreto supremo N° 84, de 2013, del Ministerio de Justicia, que aprueba reglamento del Registro Nacional de Personas Jurídicas Sin Fines de Lucro. d) Que cuente con certificado de vigencia de persona jurídica emitido con máximo 6 meses de anterioridad a la fecha de su presentación. e) Que haya transcurrido al menos un año desde la fecha de su constitución. Igualmente, podrán solicitar su incorporación las fundaciones u organizaciones de pacientes vinculadas al cáncer que se encuentren reconocidas en el registro público dispuesto en el artículo 30 de la ley N° 20.850. En este caso, las fundaciones u organizaciones de pacientes sólo deberán acreditar lo dispuesto en los literales b) y e) del inciso precedente. Artículo 78.- De la solicitud de incorporación al listado.- Para ingresar al listado correspondiente, las asociaciones científicas, fundaciones u organizaciones de pacientes interesadas deberán dirigir una solicitud a la Subsecretaría de Salud Pública, por medio del
--	--

	formulario destinado a este efecto, que estará disponible en el sitio electrónico del Ministerio de Salud, acompañando los antecedentes que acrediten los requisitos que se establecen en los Párrafos 6 y 7 del presente Título, respectivamente. Será exigible, para efectos de la solicitud de incorporación, que las asociaciones científicas, fundaciones u organizaciones de pacientes interesadas presenten una declaración de fuentes de financiamiento durante los últimos 36 meses dentro de la cual debe explicitar, además, si se recibió durante este periodo financiamiento directo o indirecto de proveedores de la industria farmacéutica o de dispositivos médicos, para actividades de cualquier naturaleza. Artículo 79.- Del proceso de incorporación al listado.- Recibida la solicitud en los términos establecidos en el artículo precedente, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá un plazo de 15 días hábiles para pronunciarse. En el caso de acoger la solicitud de incorporación al listado, la Subsecretaría de Salud Pública dispondrá la incorporación de la asociación científica, fundación u organización de pacientes al listado respectivo, mediante resolución. Sólo podrá rechazarse una solicitud de incorporación cuando no logre acreditarse alguna de las circunstancias señaladas en los Párrafos 6 y 7 del presente Título, según corresponda, lo que deberá manifestarse expresamente en la resolución que lo declare. La resolución que rechace la incorporación al listado correspondiente podrá ser recurrida conforme a las disposiciones de la ley N° 19.880. Igualmente, a través de resolución fundada, la Subsecretaría de Salud Pública podrá disponer la eliminación del listado correspondiente a toda asociación científica, fundación u organización de pacientes, basado en el incumplimiento o pérdida de los requisitos necesarios establecidos en los Párrafos 6 y 7 del presente Título, respectivamente, o en su disolución. Lo anterior no obsta a que, resuelta la situación que dio lugar a la eliminación, la asociación científica, fundación u organización de pacientes pueda volver a ser incorporada al listado, mediante una nueva solicitud tramitada y acogida de acuerdo con este reglamento. Artículo 80.- Del conflicto de intereses.- Existe conflicto de intereses cuando concurren simultáneamente el interés general propio del ejercicio de las funciones como miembro de la Comisión con un interés particular, sea o no de carácter económico, de quien ejerce las funciones de miembro de la Comisión o de los terceros vinculados a él en calidad de cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, o cuando concurren circunstancias que le restan imparcialidad en el ejercicio de sus funciones. Artículo 81.- De la declaración de intereses.- Toda persona que haya sido nombrada como integrante de la Comisión, previo a realizar cualquier actuación en ejercicio de dichas funciones, deberá realizar una declaración de las actividades profesionales, laborales o económicas que realice o en que participe a la fecha de la declaración y que haya realizado o en que haya participado dentro de los doce meses anteriores a la fecha de su nombramiento. En dicha declaración de intereses, también deberá dar cuenta de las situaciones que, conforme al artículo siguiente, puedan considerarse como un conflicto de intereses actual o potencial. Por medio de resolución del Ministro de Salud se establecerá el formato del formulario de declaración de intereses, con la información mínima que ésta debe contener y que deberán suscribir todos los miembros de la Comisión, la que en todo caso deberá incluir la información referida en el inciso primero de este artículo.
--	--

	Será responsabilidad de cada miembro de la Comisión actualizar la declaración de intereses, cuando surja alguna otra circunstancia que deba declararse conforme al artículo siguiente. Igualmente, la Secretaria Ejecutiva de la Comisión, por cada año de vigencia del nombramiento, solicitará expresamente y por escrito a los miembros de la Comisión la actualización de la declaración de intereses. El miembro de ésta tendrá un plazo de 15 días hábiles para dar respuesta. De no existir nuevas circunstancias para declarar, el comisionado deberá dejar constancia de ello por escrito. Artículo 82.- De las situaciones que configuran un conflicto de intereses que inhabilita para ejercer el cargo.- Para efectos de la integración de la Comisión, se considerara que configuran un conflicto de intereses que inhabilita para asumir o ejercer el cargo de comisionado, las siguientes situaciones que éstos realicen o participen a la fecha de la declaración, o bien que, hayan realizado o participado dentro de los doce meses anteriores a la fecha del nombramiento: a) Tener o haber tenido interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración o control. b) Tener o haber tenido responsabilidades de dirección, gerencia, administración o participación en el gobierno corporativo en empresas de los mercados farmacéuticos, de insumos médicos y de alimentos especiales vinculados al cáncer. c) Participar o haber participado, directa o indirectamente, en la propiedad de permisos, patentes industriales o cualquiera clase de propiedad industrial o intelectual de productos farmacéuticos, alimentos especiales o elementos de uso médico asociados al cáncer; en la propiedad de establecimientos del área de la salud; o en la dirección o representación de cualquier persona jurídica que participe en la producción, distribución, intermediación, comercialización, expendio o administración de productos farmacéuticos, alimentos especiales o elementos de uso médico vinculados de manera directa a la prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer. Artículo 83.- De las situaciones que configuran un conflicto de intereses que implica deber de abstención.- Los miembros de la Comisión deberán abstenerse de tomar parte en la discusión o decisión de asuntos, respecto de los cuales, en conformidad con su declaración de actividades profesionales, laborales o económicas, pueda verse afectada su imparcialidad. En todo caso los miembros de la Comisión se abstendrán de tomar parte en la discusión o decisión de asuntos sometidos a su conocimiento, cuando actualmente o dentro de los doce meses anteriores a la fecha de la discusión, concurra alguna de las situaciones o relaciones que se establecen a continuación, entre el comisionado y empresas de los mercados farmacéuticos, de insumos médicos o de alimentos especiales vinculados al cáncer: a) Percibir o haber percibido pagos en dinero, por remuneraciones, honorarios, premios, bonos u otros, por parte de la persona declarante o de la institución en virtud de cuya representación participa en la Comisión.
--	---

	b) Estar recibiendo apoyo de cualquier naturaleza o haberlo recibido para realizar programas o estudios de especialización, perfeccionamiento o actividades de capacitación o actualización. c) Colaborar o haber colaborado en cualquier rol o calidad en estudios clínicos o investigaciones promovidas, patrocinadas o financiadas por alguna de las entidades mencionadas. d) Colaborar o haber colaborado en cualquier rol o calidad en publicaciones promovidas, patrocinadas o financiadas por alguna de las entidades mencionadas. e) Recibir o haber recibido obsequios apreciables en dinero, financiamiento de viajes u otros objetos, prestaciones o reconocimiento de contenido o significación pecuniaria, incluyendo viajes con fines educacionales, pagos de suscripción a congresos científicos y otras actividades de índole profesional. f) Relaciones de cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive con personas que tengan cargos de gerente, director, fiscal u otro de análoga importancia en empresas que actúen en los mercados ya referidos en este inciso. g) Tener el declarante o la institución en virtud de cuya representación participa en la Comisión, juicio pendiente con el Ministerio de Salud o con cualquiera de los organismos dependientes o relacionados con el mismo, ante tribunal de cualquier especie, y cuyo objeto diga relación con prestaciones o productos vinculados al cáncer. Artículo 84.- De la moción para análisis del conflicto de intereses.- En los casos en que el afectado por el conflicto de intereses no procediere conforme lo señalado en los artículos 82 y 83 precedentes, cualquier miembro de la Comisión, o bien, la Subsecretaría de Salud Pública podrá advertir de la situación para someterla a análisis. La verificación del conflicto de intereses será realizada por la Comisión y la Subsecretaría de Salud Pública en conjunto. Cualquiera de ellos podrá realizar la advertencia, comunicándosela al otro por escrito. El que sea así requerido, tendrá un plazo de 10 días hábiles para ratificar o rechazar la advertencia. En el caso de la Comisión, tanto la comunicación sobre la prevención del caso, como la ratificación del que se le ha presentado a su conocimiento, se resolverá por mayoría simple, excluyendo el voto del comisionado afectado. Del mismo modo señalado en los incisos segundo, tercero y cuarto precedentes, podrá evaluarse la inhabilidad por conflicto de intereses de los comisionados cuando el fundamento sea distinto al señalado en el artículo 82, y se considere que hace imposible la continuidad como integrante de la Comisión, lo que producirá la cesación de funciones en el cargo. Se considerará que el conflicto de intereses hace imposible continuar integrando la Comisión, cuando éste tenga una entidad tal que permita sostener fundadamente que el comisionado no podrá actuar imparcialmente en todas o la mayoría de las discusiones y votaciones que se producirán en el desempeño del cargo.
--	---

	Artículo 85.- De la declaración de conflicto de intereses de los invitados.- Cualquier integrante de la Comisión podrá solicitar que quienes sean invitados a participar en una o más sesiones de la Comisión, presenten su declaración de conflictos de intereses en la forma que acuerde la Comisión, todo lo cual constará en las actas respectivas. Las circunstancias que declaren los invitados no impedirán su participación en la sesión correspondiente. No obstante, los comisionados deberán ponderar su intervención a la luz del conflicto de intereses manifestado. Artículo 86.- Del derecho a confirmación diagnóstica y tratamiento.- Las personas tienen derecho a confirmación diagnóstica y a recibir tratamiento, conforme a su sistema previsional, ante la sospecha fundada de padecer algún tipo de cáncer. Dicha sospecha deberá ser certificada por el médico tratante. Una vez concluido el diagnóstico de cáncer, deberá informársele a la persona afectada el plan de tratamiento que resulte adecuado a su caso, conforme lo dispuesto en el párrafo 5° del Título II de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Asimismo, el equipo médico deberá informar los tiempos transcurridos en consultas, exámenes y tratamientos de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 5° del Título II de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Aquellas prestaciones de confirmación y tratamiento relativa a cánceres que han sido incluidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, a que se refiere la ley N° 19.966, o en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, establecido en la ley N° 20.850, se registrarán por lo que allí se establezca en materia de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Artículo 87.- De la portabilidad del historial clínico.- En cualquier momento el paciente oncológico podrá requerir todo o parte de su historial clínico en materia de cáncer conforme lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 13 de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Conforme al referido artículo 13 esta información también será entregada a: a) Al representante legal del titular de la ficha clínica o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos. b) A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario. c) A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo. d) A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo. e) Al Instituto de Salud Pública, en el ejercicio de sus facultades.
--	---

		Igualmente, cuando un paciente cambie de centro oncológico tratante, o bien, se atienda paralelamente en más de uno, podrá autorizar por escrito al médico tratante o profesional de su equipo para requerir esta información directamente al respectivo centro oncológico de referencia. Si el paciente no se encuentra en condiciones de otorgar dicha autorización, igualmente podrá requerirla el equipo tratante. Artículo 88.- Del gestor de casos.- Los centros oncológicos de la Red de Mediana y Alta Complejidad deberán contar con un gestor de casos que tendrá las siguientes funciones: a) Guiar y orientar al paciente oncológico una vez que éste es diagnosticado. b) Facilitar los procesos oncológicos del paciente en el centro oncológico y sus posibles derivaciones. c) Monitorear y optimizar la oportunidad de los procesos, velando por la eficiencia del sistema. d) Facilitar el contacto entre el paciente y las fundaciones u organizaciones de pacientes a que se refiere el listado del párrafo 7 del Título VIII de este reglamento, que lo podrán asesorar o apoyar en el proceso. Podrá haber más de un gestor de casos en aquellos centros oncológicos de la Red Oncológica que lo requieran en virtud del volumen de casos que atiendan anualmente. Artículo 89.- De los comités oncológicos. - Los centros de la Red Oncológica podrán establecer un comité oncológico. Para efectos del presente reglamento, se entenderá por comité oncológico el órgano colegiado de carácter consultivo, encargado de evaluar integralmente al paciente con cáncer, establecer y recomendar la mejor conducta terapéutica disponible para su tratamiento según etapa de desarrollo del cáncer y protocolos clínicos vigentes. Todos los comités deberán contar como mínimo, con la representación de especialistas de las siguientes disciplinas: oncología médica, radioterapia, cirugía y cuidados paliativos. En caso de no contar con alguna de las especialidades médicas o con comité oncológico local, podrá utilizarse la presentación de pacientes con comités a distancia utilizando herramientas de telemedicina. El análisis de casos deberá realizarse siempre resguardando la confidencialidad de los datos sensibles del paciente, conforme lo dispone el párrafo 6° del Título II de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada. En todo caso, el análisis de caso por parte del comité no podrá afectar la oportunidad de la atención. Artículo 90.- Del derecho a consejería genética.- El equipo médico deberá otorgar consejería genética a los pacientes diagnosticados de cáncer, en caso de detectarse factores de riesgo personales, ambientales o familiares de padecer dicha enfermedad conforme a las directrices técnicas y recomendaciones del Ministerio de Salud en documentos específicos sobre la materia.
--	--	---

	Para efectos del presente reglamento, se entenderá por consejería genética la entrega de información, por profesional de la salud, acerca de los riesgos de desarrollo de cáncer, la probabilidad de transmisión a la descendencia y las medidas para un diagnóstico precoz y prevención. La consejería genética podrá extenderse a los familiares hasta el primer grado de consanguinidad, de la persona diagnosticada, dando previo aviso a ésta, cuando exista sospecha fundada de la incidencia de un factor genético hereditario en el desarrollo del cáncer, basado en el tipo molecular detectado, la presentación anómala de la enfermedad u otro antecedente que el médico tratante considere relevante. Artículo 91.- De las consideraciones en la atención.- Sin perjuicio del cumplimiento del marco jurídico dispuesto en la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en las prestaciones de diagnóstico y tratamiento en materia de cáncer, el equipo de salud tratante deberá considerar la atención interdisciplinaria de las personas, la pertinencia cultural y reconocer espacio para la incorporación de terapias complementarias acreditadas. Artículo 92.- Del deber de informar al Congreso Nacional.- El Ministerio de Salud deberá informar, una vez al año los avances y desarrollo de la Ley Nacional del Cáncer, en forma desagregada por región, ante las Comisiones de Hacienda y de Salud, unidas, en la Cámara de Diputados y en el Senado. Igualmente, los avances y resultados del Plan serán remitidos semestralmente a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos competente. Artículo 93.- El presente reglamento comenzará a regir treinta días después de su publicación en el Diario Oficial. TÍTULO XII. ARTÍCULOS TRANSITORIOS Artículo primero: Para la elaboración del Plan Nacional de Cáncer, dictado al amparo de la Ley Nacional de Cáncer y este reglamento, inicialmente se conformará una Comisión ad hoc con integrantes de los literales a) y b) del grupo de trabajo a que alude el inciso segundo del artículo 7 del presente reglamento, prescindiendo de los integrantes dispuestos en los literales c) y d) del mismo. En dicha Comisión ad hoc, se podrá invitar a otras personas de reconocido conocimiento o experiencia en materia de cáncer. Los integrantes de los literales c) y d) ya individualizados, serán definidos en la primera sesión que lleve al efecto la Comisión Nacional de Cáncer y se incorporarán al trabajo en curso de la Comisión ad hoc en la reunión más próxima que ésta desarrolle. Se pondrán a disposición de los miembros así escogidos, los antecedentes suficientes que les permitan contextualizar los avances en el trabajo. La elaboración del documento se realizará en base a la revisión y actualización, en lo que corresponda, del "Plan Nacional de Cáncer 2018-2028" del Ministerio de Salud. A partir de la resolución que apruebe el texto actualizado, se computarán los plazos establecidos en el artículo 10 y 11 de este reglamento. Hasta la completa tramitación del acto administrativo que apruebe el Plan elaborado conforme a los incisos precedentes, se tendrá como referencia el "Plan Nacional de Cáncer 2018-2028" para aquellos aspectos de la Ley del Cáncer que en su aplicación hagan referencia al Plan.
--	---

		Artículo segundo: El Ministro de Salud tendrá un plazo de tres meses contado desde la entrada en vigencia del presente reglamento para dictar la resolución a que se refiere el inciso segundo del artículo 29 de este reglamento. A partir del vencimiento del plazo referido en el inciso anterior, correrá un plazo de seis meses para dictar la norma técnica de derivaciones en la Red Oncológica Nacional a la que alude el artículo 30 de este reglamento. Igualmente, el Ministerio de Salud tendrá un plazo de seis meses contado desde la entrada en vigencia del presente reglamento para dictar la norma técnica a que se refiere el inciso primero del artículo 25 de este reglamento. Artículo tercero: El Ministro de Salud tendrá un plazo de seis meses contado desde la entrada en vigencia del presente reglamento para habilitar la plataforma de soporte del Registro Nacional del Cáncer al que se refiere el artículo 45 de este reglamento. Luego de seis meses contados de la habilitación de la plataforma del Registro Nacional de Cáncer, se realizará la publicación del primer reporte estadístico trimestral, conforme al inciso final del artículo 50 de este reglamento. Mientras no se habilite la plataforma, el Registro se realizará en la plataforma o el medio que el Ministerio de Salud defina para este efecto, lo que será comunicado en una resolución publicada en el sitio electrónico de esta Cartera de Estado, al día de entrada en vigencia de este reglamento. A partir de la entrada en vigencia de este reglamento, comenzará a regir un plazo de tres meses, para que los prestadores individuales o institucionales referidos en el artículo 43 de este reglamento, remitan un informe de los casos actuales, en proceso de diagnóstico o tratamiento, indicando los datos mínimos establecidos en los artículos 45, 47 y 48 precedentes. Artículo cuarto: Para la conformación de la primera Comisión Nacional del Cáncer, el Ministro de Salud dictará la resolución a la que se refiere el artículo 66, dentro de los 45 días corridos siguientes a la publicación del presente reglamento. El proceso de elección de los comisionados se llevará a cabo según lo dispuesto en el párrafo 5 del Título VIII de este reglamento. El decreto a que alude el inciso segundo del artículo 72 precedente, además de individualizar a los comisionados electos, deberá contener además el día y hora en que se llevará a cabo la constitución de la Comisión. Podrán presentarse por videoconferencia los comisionados que así lo requieran. Igualmente, dentro de los 5 días hábiles posteriores a la publicación de este reglamento en el Diario Oficial, el Ministro de Salud publicará en el mismo medio, una resolución invitando a las asociaciones científicas y fundaciones u organizaciones de pacientes a presentar los antecedentes para incorporarse, según corresponda, a los listados del párrafo 6 y 7 del Título VIII de este reglamento. (...).
Colombia	Constitución Política	ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

		Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. (...).
	Ley 1384 de 2010 Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia	Artículo 1°. Objeto de la ley. Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. Artículo 2°. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretaran y ejecutaran teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente. Artículo 3°. Campo de aplicación. Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional. Artículo 4°. Definiciones. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley: a) Control integral del cáncer. Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer; b) Cuidado paliativo. Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas. c) Unidades funcionales. Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quién este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer. Su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología.

	d) Nuevas tecnologías en cáncer. Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso. Artículo 5°. Control integral del cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana considerara los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinara acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Parágrafo 1°.La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales en los términos de la presente Ley y aplica para todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y, privadas que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el Control del cáncer adulto; así, por ningún motivo negaron la participación de la población colombiana residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, independientemente al régimen al que se pertenezca. Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios. Parágrafo 3°.El Ministerio de la Protección Social, con asesora del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán parte integral del Plan Nacional de Salud Pública; para su seguimiento, reporte y priorización se deberá considerar la carga de la enfermedad, sin descuidar las demás patologías existentes. Artículo 6°. Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer. Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los seis meses siguientes a la sanción de esta ley. Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente
--	--

	organizadas, definirá dentro de los seis meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención a ser implementadas en el territorio nacional. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados anualmente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública y serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del SGSSS. Artículo 7°. Prestación de servicios oncológicos. La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en la presente ley, basados en las guías de practica clínica y los protocolos de manejo, que garantizan atención integral, oportuna y pertinente. Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, elaborara y adoptara en un plazo de seis meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente, las Guías de Practica Clínica y los protocolos de manejo para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes oncológicos de obligatoria aplicación. Artículo 8°. Criterios de funcionamiento de las unidades funcionales. Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuáles deben cumplir con los siguientes criterios: 1. Recurso Humano: Hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado y el recurso humano requerido según la complejidad y la demanda de la unidad funcional. 2. La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, así como los protocolos de investigación, los cuales deberán ser aprobados por el Comité de Ética Médica de la Institución. 3. Infraestructura: Deberá contar con central de mezclas exclusiva para la preparación de medicamentos antineoplásicos y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para estas unidades. 4. Interdependencia de servicios: Deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuáles posee convenio. 5. Radioterapia: La unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo, la EPS coordinara este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia. 6. Hospitalización: La unidad funcional deberá disponer de servicios de hospitalización y en caso de no tenerlo, la EPS coordinara este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia. 7. Rehabilitación: La Unidad Funcional deberá disponer un servicio de rehabilitación integral con enfoque amplio y multidisciplinario que permita promover la rehabilitación total del paciente y en caso de no tenerlo, la EPS coordinara este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.
--	--

	8. Unidad de Cuidado Paliativo: La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del tratamiento previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, para lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La EPS coordinara este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia. Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer, habilitadas, por el Ministerio de la Protección Social o quién este delegue, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad. Artículo 9°. Criterios de atención en lugares aislados del país. Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, que se encuentren en lugares aislados del país, deberán brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el paciente requiera una atención especializada, deberán remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana. Para la atención primaria en cáncer se deberán cumplir con los siguientes criterios: 1. Entrenar al personal de los hospitales regionales para campañas de salud de prevención y promoción, orientadas por el Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas. 2. Entrenar al personal del área clínica de los hospitales regionales en la implementación de guías de abordaje diagnóstico de pacientes con la sospecha de patología neoplásica, optimizando tiempo y recursos. 3. Implementación del protocolo de toma de biopsias en casos de sospecha de enfermedad neoplásica, en los casos en que esta pueda ser realizada en los sitios remotos. 4. Se deberá brindar capacitación y soporte permanente al recurso humano que labora en la Institución a través de cursos de actualización de personal médico y asistencial, soporte en interpretación de estudios imagenológicos y patología, implementación de tecnología de telemedicina. Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, determinara y planificara las condiciones y parámetros en que se brindara la atención primaria en cáncer en las IPS ubicadas en lugares distantes del país y las circunstancias de remisión inmediata de pacientes, es el caso para la toma de biopsias existiendo sospecha de enfermedad neoplásica o para el envío de material de patología al laboratorio de referencia. Este protocolo debe ser evaluado mediante indicadores en términos de eficiencia y tiempo de obtención de resultados. Artículo 10. Cuidado paliativo. Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a Programas de Cuidado Paliativo y que cumpla con los criterios antes descritos.
--	--

	Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá el Modelo de Atención para el Cáncer desde la promoción hasta la Rehabilitación, con indicadores de evaluación de calidad que permitan eliminar las barreras de acceso y definir incentivos o sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, o quién haga sus veces, la Comisión de Regulación en Salud, CRES. Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social, a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizara la distribución, accesibilidad, disponibilidad y otorgara las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor. Artículo 11. <i>Rehabilitación integral.</i> Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis. Parágrafo 1°. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en esta ley y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en una forma eficiente y ágil sin perjuicio que cuando se trate de servicios fuera de los planes de beneficios hagan los recobros a que haya lugar. Artículo 12. <i>Red Nacional de Cáncer.</i> El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta Red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología. Parágrafo. La red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer. Artículo 13. <i>Red de Prestación de Servicios Oncológicos.</i> Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y contenidos en la presente ley. Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinara los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos. Artículo 14. <i>Servicio de Apoyo Social.</i> Reglamentado parcialmente por la Resolución del Min. Salud 1440 de 2013. Una vez el Gobierno reglamente la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.
--	--

	Parágrafo 1°. En un plazo máximo de un (1) año, el Gobierno Nacional reglamentara lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quién será su acompañante durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos. Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentara lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad no afecten de manera significativa su rendimiento académico, así como lo necesario para que el colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias. Artículo 15. Sistemas de información. Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer Adulto, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología. Parágrafo 1°. Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros: a) Los Laboratorios de Histopatología; b) Las instituciones habilitadas para la prestación de servicios oncológicos; c) Los Centros de Radiodiagnóstico; d) Las Entidades de Prestación de Servicios creadas por las autoridades indígenas en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001; e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social; f) Medicina Legal. Parágrafo 2°. Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultaran, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de morbilidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto, el Instituto Nacional de Salud suministrara la información. Parágrafo 3°. El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de cáncer adulto será de uso público y estarán disponibles en la página web de la Institución y actualizados semestralmente. Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social y el de Hacienda y Crédito Público destinaran los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registros Nacional de Cáncer Adulto.
--	---

	Artículo 16. <i>Observatorio Epidemiológico del Cáncer.</i> Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales. El Observatorio Epidemiológico considerara, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable, de las encuestas prevalencia de los factores de riesgo para cáncer. Los informes del Observatorio serán considerados como insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública. Parágrafo 1°.De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio. Artículo 17. <i>Investigación en cáncer en Colombia.</i> Considérese en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología al cáncer cómo tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, Colciencias y el Instituto Nacional de Cancerología, con participación de la Academia, definirán y actualizaran de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hemato oncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología. Artículo 18. <i>Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.</i> El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollara los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos, equipos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo en cáncer. Parágrafo. La autoridad sanitaria competente garantizara la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos para que se aprueben para el tratamiento del cáncer y exigirá estudios clínicos o pruebas de equivalencia terapéutica, según corresponda. Artículo 19. <i>Formación de recurso humano en Oncología.</i> Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados. Artículo 20. <i>Inspección, vigilancia y control.</i> Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y concurrirá cómo garante la Defensoría del Pueblo, de conjunto serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos. Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional contara con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de
--	---

	medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quién esta delegue, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba debiendo la entidad demandada probar la entrega. Además, estos procesos se adelantaran con el fin de obtener una decisión final, la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses. Parágrafo 2°. Quedan expresamente prohibidos todos aquellos premios o incentivos a los profesionales de la salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis (6) meses, reglamentara los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento. Artículo 21. Sanciones. El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento. Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quién haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Alto Costo. Parágrafo. La Superintendencia de Salud creará un registro en el que figure la entidad a la que se le imparte la multa, el motivo, la fecha y el tipo de multa impartida. Adicionalmente, deberá constar el número de veces que cada entidad ha sido multada y en el caso de que la Superintendencia de Salud o quién haga sus veces delegue en las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales la función sancionatoria, estas deberán reportar a la Superintendencia de Salud o quién haga sus veces, las sanciones impartidas, lo que permitirá una información veraz y persistente en el tiempo. Artículo 22. Financiación. A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena. Artículo 23. Día de Lucha contra el Cáncer. Establézcase el día 4 de febrero como el Día Nacional de Lucha contra el Cáncer en Colombia. El Gobierno Nacional hará público ese día, el Plan Nacional Contra el Cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de Salud Pública. (...)
Ley 1388 de 2010 (mayo 26)	CAPÍTULO I Objeto, definiciones, beneficiarios modelo integral de atención y aseguradores

	Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia	Artículo 1°. Objeto de la ley. Disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin. Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social con la Asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Asociación colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica (ACHOP) diseñará, actualizará, y/o mejorará, según el anexo técnico de la presente ley, los requisitos esenciales de los Centros de Atención, los protocolos y las guías, para las causas más frecuentes de cáncer infantil en Colombia, dentro de un plazo máximo de 12 meses. Artículo 2°. Beneficiarios. Son beneficiarios de la presente ley: 1. La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente y el anexo técnico. 2. La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios. 3. La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el numeral 2 del presente artículo y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte. Parágrafo. Cuando el médico tratante, independientemente de su especialidad, presuma la existencia de cáncer o de las patologías mencionadas en el numeral 2 del presente artículo, deberá remitir al paciente, a la unidad de cáncer correspondiente a la zona, sin perjuicio de ordenar todos los exámenes de apoyo diagnóstico y procedimientos especializados que se consideren indispensables hasta que el diagnóstico sea descartado. Artículo 3°. Garantía de la atención. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término de un (1) año, reglamentará la creación y puesta en marcha de una base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer. La información que sea consignada en la base de datos estará sometida a reserva en los términos del artículo 34 de la Ley 23 de 1981, y su tratamiento deberá sujetarse a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, así como a las demás normas vigentes sobre protección de datos personales y las disposiciones que las modifiquen, sustituyan o complementen. El médico que tenga la presunción diagnóstica de cáncer en un menor, beneficiario de la presente ley, lo incluirá en esta base de datos, previa autorización de los padres, tutores del menor o representantes legales, que podrá ser consultada en tiempo real y que le permitirá a la EPS, ARS o Entidad Territorial a cargo, según los regímenes de la seguridad social en salud vigentes en el país, encontrar al paciente en el sistema.
--	--	---

	En esta base de datos se especificará que cada beneficiario de la presente ley, contará, a partir de ese momento y hasta que el diagnóstico no se descarte, con todos los procedimientos de manera integral e inmediata. No se requerirá autorización para acceder a los procedimientos, elementos y servicios que se requieran para la atención integral de los beneficiarios de la ley. Las Administradoras de Planes de Beneficios no podrán solicitar autorización alguna para la atención integral de los menores con cáncer. Parágrafo 1°. Estos procedimientos serán entendidos como todos los elementos y servicios que se requieran para la atención de los beneficiarios de la presente ley como consultas, apoyo nutricional, exámenes de apoyo diagnóstico, medicamentos, intervenciones quirúrgicas y el seguimiento al paciente. En todo caso el paciente recibirá la atención requerida, para lo cual en el evento de no encontrarse afiliado la IPS adelantará las acciones correspondientes con el fin de realizar el proceso de afiliación al régimen correspondiente, sin que ello implique barreras de acceso en la garantía del servicio. Parágrafo 2°. El Gobierno nacional, en un término inferior de un (1) año a partir de la promulgación de la ley, reglamentará el mecanismo a través del cual las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y los prestadores de servicios de salud llevarán el control administrativo de los servicios prestados a los menores con cáncer. En ningún caso, este mecanismo podrá sustituir la autorización que se elimina en este artículo; por el contrario, garantizará la atención integral de los menores con cáncer sin restricción alguna. Parágrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus facultades de inspección, vigilancia y control, sancionará a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y a los prestadores de servicios de salud que soliciten autorización alguna para la atención integral de los menores con cáncer. La solicitud de autorizaciones se presume como una actuación que pone en riesgo la vida de los menores con cáncer como sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con el numeral 1 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por la Ley 1949 de 2019. Artículo 4°. Modelo Integral de Atención. A partir de la confirmación del diagnóstico de Cáncer y hasta tanto el tratamiento concluya, los aseguradores autorizarán todos los servicios que requiera el menor, de manera inmediata. Estos servicios se prestarán en la Unidad de Atención de Cáncer Infantil, de acuerdo con el criterio de los médicos tratantes en las distintas especialidades, respetando los tiempos, para confirmación de diagnóstico e inicio del tratamiento que establezcan las guías de atención, independientemente de que los mismos, tengan una relación directa con la enfermedad principal o que correspondan a otros niveles de complejidad en los modelos de atención de los aseguradores. En caso de que la Unidad no cuente con este servicio o no cuente con la capacidad disponible, se remitirá al centro que esta seleccione, sin que sea una limitante, el pago de Copagos o Cuotas Moderadoras, ni los períodos de carencia, independientemente del número de semanas cotizadas.
--	---

	Cuando el menor deba ser trasladado a otra Unidad de Cáncer Infantil, ello se hará de manera coordinada entre la entidad remitora y receptora, o el ente territorial y la EPS, debiendo la primera suministrar toda la información necesaria para que el tratamiento del menor se continúe sin ningún tropiezo. Parágrafo 1°. Será la Unidad de Cáncer Infantil quien suministre los medicamentos de óptima calidad, y quien los facture a la EPS correspondiente, de acuerdo con los requisitos por esta establecidos. Así mismo, se garantizará la aplicación de los tratamientos preventivos que, como Vacunación Anual contra Influenza, deben recibir los familiares y convivientes del menor, los cuales se suministrarán en la Unidad de Cáncer Infantil, de acuerdo con la guía de atención y protocolos; esto con el propósito de evitar que la falta de estas medidas preventivas, ponga en peligro la efectividad del tratamiento del menor. Parágrafo 2°. La aseguradora o la entidad territorial, según las normas vigentes y aquellas que defina la Comisión Reguladora de Salud, podrá repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, el valor de los servicios que no se encuentren incluidos en su respectivo Plan de Beneficios y que hayan sido suministrados al menor enfermo de Cáncer. En todo caso, los beneficiarios de la presente ley, no están sujetos a los períodos de carencia ni a los Copagos o cuotas Moderadoras. El Ministerio de la Protección Social reglamentará en un plazo de 6 meses, el procedimiento para efectuar este recobro de manera ágil. Parágrafo 3°. Cualquier atención o servicio formulado al menor con cáncer, estará soportado en los protocolos y guías de atención a que hace referencia el artículo primero de la presente ley y en el anexo técnico y mientras estos se elaboran, en el criterio del especialista responsable de su tratamiento. Parágrafo 4°. La aseguradora o la entidad territorial que no cumpla con lo dispuesto en este artículo, retarde, obstaculice o dificulte el acceso inmediato del menor a los servicios que requiere, será sancionado con una multa hasta de 200 SMMLV. La Superintendencia de Salud y las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en ejercicio de sus competencias serán las entidades encargadas de la Inspección, Vigilancia y Control. CAPÍTULO II De los prestadores de servicios Artículo 5°. <i>Las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI).</i> A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las unidades de Atención de Cáncer Infantil en Colombia, estarán ubicadas en los hospitales o clínicas de nivel III y IV de complejidad pediátricos o con servicio de pediatría de nivel III o IV y cumplir los requisitos que establece la Resolución 1043 del Ministerio de la Protección Social, el Anexo Técnico, u otra reglamentación que se expida encaminada a optimizar la prestación de los servicios a los menores que padecen Cáncer. Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social se encargará de sectorizar la atención teniendo en cuenta las necesidades de la demanda para que su ubicación geográfica sea racional.
--	---

	Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social en un plazo máximo de 6 meses reglamentará los requisitos esenciales de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil, así como el número de Unidades por ente territorial, de conformidad con la demanda, contando con la asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad de Onco-Hematología Pediátrica, y tales requisitos serán exigidos a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten cualquier servicio de atención a menores con cáncer a los que se refiere la presente ley. Artículo 6°. <i>De los plazos para cumplir las condiciones básicas de la Unidad de Atención de Cáncer Infantil.</i> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, que cumplan con lo estipulado en este artículo, en cuanto a nivel de complejidad, que en la actualidad se encuentren prestando los servicios para tratar menores con cáncer, tendrán un plazo máximo de dos años para habilitar los requisitos establecidos en el anexo técnico, teniendo en cuenta las siguientes prioridades: a) Inmediato: Área delimitada específica y exclusiva para la Unidad de Cáncer Infantil, con personal exclusivo. Los menores no estarán dispersos por todo el Hospital tanto en salas de internación como para quimioterapia ambulatoria; b) Central de preparación de citostáticos, en un término de 12 meses; c) A 24 meses la construcción y adecuación arquitectónica de la unidad. Parágrafo. En un plazo máximo de 6 meses el Ministerio de la Protección Social revisará la factibilidad económica de que las tarifas vigentes cubran la inversión de infraestructura y dotación de la Unidad de Cáncer Infantil, en un término máximo de 10 años y propondrá de ser el caso, los ajustes necesarios al ente regulador competente. Artículo 7°. <i>De la oferta de servicios.</i> A partir de la vigencia de la presente ley, las Aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado en salud, tendrán entre su red de prestadores, las Unidades de Cáncer Infantil de las zonas o regiones en donde tengan beneficiarios, de conformidad con la disponibilidad y de acuerdo con los parámetros de población que establece el anexo técnico y que defina el Ministerio de la Protección Social. Artículo 8°. <i>Diagnóstico Oportuno y Referencia Temprana por parte de Médicos Generales u otros Especialistas.</i> El médico general o especialista (patólogos externos a la unidad de cáncer, entre otros), deberán disponer de las guías que permitan, sin ninguna dilación, remitir al menor con una impresión diagnóstica de Cáncer, o las enfermedades mencionadas en el parágrafo 2° del artículo 2° de la presente ley, a una Unidad de Cáncer Infantil, habilitada o en proceso de habilitación, del III o IV nivel de complejidad, para que se le practiquen, oportunamente, todas las pruebas necesarias orientadas a confirmar o rechazar el diagnóstico. Parágrafo. En un término de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social elaborará las guías a que se refiere el artículo anterior y promoverá las acciones de capacitación, que sean necesarias, para que el médico general y otros especialistas, puedan dar un manejo adecuado y oportuno a los niños que sufran o se sospeche que puedan sufrir, de cualquiera de las enfermedades que contempla la presente ley.
--	--

		Artículo 9°. Oportunidad y efectividad de las muestras histopatológicas de menores con Cáncer. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley y sin perjuicio de los requisitos que se presentan en el anexo técnico y las guías de atención, los patólogos externos a la Unidad de Cáncer, deberán procesar la biopsia correspondiente, en un tiempo máximo de 7 días o menos, de acuerdo a la Guía de Atención y ante la sospecha de Cáncer, deberán reportarlo a la Unidad de Cáncer para la ubicación del paciente y el registro en el sistema, incluyendo además del informe escrito, los datos para la ubicación del paciente y las preparaciones histológicas o el bloque de parafina del tumor original. Parágrafo. El incumplimiento de lo dispuesto en este artículo se sancionará en los términos establecidos en el parágrafo 4° del artículo 4° de la presente ley. Artículo 10. Comité de Tumores. Puesto que el manejo de un niño con cáncer impone la necesidad de un trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades de Atención de Cáncer Infantil, habilitadas o en proceso de habilitación, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad, dentro de la IPS. El Comité tendrá las funciones que se incluyen en el Anexo Técnico. Artículo 11. Red de Unidades de Atención de Cáncer Infantil. A partir de la vigencia de la presente ley, las Unidades de Atención CA infantil habilitadas o en proceso de habilitación en el país, serán organizadas en una red virtual, que además de facilitar el apoyo recíproco contribuya a la gestión del conocimiento, difusión de buenas prácticas, realización de estudios e investigaciones científicas sobre las patologías de que trata esta ley, y sobre otras que, según la práctica y desarrollo de la medicina, lleguen a pertenecer a este grupo. Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, en un término de 6 meses, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará los criterios para la conformación de la Red de Unidades de Atención de Cáncer en el país. CAPÍTULO III De la información, registro e investigación Artículo 12. Registro Nacional de Cáncer Infantil. Para el desarrollo de la garantía establecida en el artículo 3° de la presente ley, se crea el Registro Nacional de Cáncer Infantil, con el propósito de llevar en tiempo real, el registro sobre el diagnóstico, seguimiento y evolución del tratamiento del paciente, con la información que permita una atención de calidad y la realización de estudios científicos. La información mínima indispensable que deberá capturar este sistema, aparece en el anexo técnico. Dicho registro hará parte del Sivigila y será de notificación obligatoria en tiempo real por parte de los actores de la seguridad social en salud, sin perjuicio de optimizar los datos, según el nuevo sistema de información que prevé la Ley 1122 de 2007.
--	--	---

		Parágrafo 1°. En un plazo no superior a un año, el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, con la asesoría de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica (ACHOP), y los Consejos Asesores en el tema, efectuarán las adaptaciones necesarias al actual Sivigila, para la captura, procesamiento, archivo y consulta de la información de los niños con cáncer. Este registro será diligenciado en tiempo real y será un requisito básico para la legalización de la factura por parte de la IPS de los servicios prestados, sin perjuicio de los requisitos establecidos en las normas. Se desarrollará un Software único de obligatoria adopción para las Unidades y será de obligatoria adopción por parte de los prestadores de estos servicios. Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social, en un término de 6 meses, reglamentará la creación y puesta en marcha de la base de datos para la agilidad de la atención del menor con Cáncer de que trata el artículo 3° de la presente ley. Parágrafo 3°. Créase el Número Único Nacional para los beneficiarios de la presente ley. Este Número Único Nacional servirá como mecanismo para registrar de manera confiable, las muertes, abandonos y demás información que facilite el seguimiento de los pacientes y la realización de estudios e investigaciones, según metodología que en un plazo máximo de un año implemente el Ministerio de la Protección Social, como parte del Registro Nacional de Cáncer Infantil. CAPÍTULO IV Del apoyo integral al menor con Cáncer Artículo 13. Servicio de Apoyo Social. A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma, tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del menor. Parágrafo 1°. En un plazo máximo de seis meses, el Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quien será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico. El tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos, teniendo como base los recursos que no se ejecutan del Fosyga o los rendimientos financieros del mismo. Parágrafo 2°. En un plazo máximo de seis (6) meses, el Ministerio de Educación, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten cualquier servicio de atención a los beneficiarios de la presente ley, para que las ausencias en el colegio por motivo del tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico. El Ministerio de Educación también velará por que los colegios públicos y privados desarrollen y cumplan un plan de apoyo emocional a los beneficiarios de esta ley y a sus familias.
--	--	---

	Artículo 14. Consejo Nacional Asesor del Cáncer Infantil. Créase el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, como ente encargado de efectuar el seguimiento y monitoreo de la implementación de la presente ley, así como de las políticas y planes nacionales que de la misma se deriven, y propondrá, de ser necesario, los ajustes que hagan falta. El Consejo Nacional Asesor estará integrado por: El Ministro de la Protección Social o su delegado, el Director del Instituto Nacional de Cancerología, el presidente de la Asociación colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica, Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, representante de las EPS, representante de las IPS, un representante de las Organizaciones sin Ánimo de Lucro o Fundaciones dedicadas al apoyo de los niños que padecen Cáncer y un representante de los padres de familia. Parágrafo. El Consejo Asesor, tendrá entre otras, las siguientes funciones: a) Efectuará el monitoreo y seguimiento a la implementación de la presente ley; b) Asesorará al Ministerio de la Protección Social en el desarrollo de la reglamentación que se deriva de la presente ley; c) Propondrá políticas, planes y estrategias orientadas a mejorar la atención integral del menor con cáncer y a disminuir los índices de mortalidad de esta población; d) Propondrá los ajustes necesarios a la reglamentación vigente, incluyendo la presente ley; e) Velará por la eficacia del Sistema Nacional de Información; f) Establecerá metas de mejora continua en el manejo de los menores colombianos que padecen de Cáncer y que son beneficiarios de la ley; g) Propondrá mecanismos y ajustes para mejorar el modelo de atención integral al menor enfermo de cáncer; h) Establecerá prioridades para la realización de estudios e investigaciones científicas relacionadas con el CA infantil; i) Analizará la evolución de los indicadores de CA Infantil, proponiendo metas al respecto; j) Apoyará la gestión de todo tipo de recursos en apoyo a la atención del menor con Cáncer. k) Asesorará a necesidad, al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión Reguladora de Salud y a otras entidades que así lo requieran, en cuanto a tarifas, costos, procedimientos y demás temas que permitan mejorar la atención integral a los niños, niñas y jóvenes, beneficiarios de la presente ley; l) Presentará y sustentará anualmente en el mes de abril a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República durante una sesión conjunta, un informe en el que se detallarán su labor y actividades. m) Generará su reglamento interno.
--	---

		Parágrafo 2°. En el término de los 6 meses posteriores a la publicación de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo concerniente al Consejo Nacional Asesores en CA Infantil, la elección de sus miembros, la periodicidad de sus reuniones y demás aspectos que garanticen su óptimo funcionamiento. (...).
	Ley 2360 de 2024 (junio 14) Por medio de la cual se modifica y adiciona la Ley 1384 de 2010 reconociendo para los efectos de esta ley como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha o que padecen cáncer	ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto modificar la ley <u>1384</u> de 2010 reconociendo para los efectos de esta ley, como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha de cáncer o diagnosticadas con cáncer. ARTÍCULO 2°. El artículo <u>4°</u> de la Ley <u>1384</u> de 2010 quedará así: ARTÍCULO 4°. Definiciones. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley: a) Control integral del cáncer. Conjunto de acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer; como sujetos de especial protección constitucional. b) Cuidado paliativo. Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad crónica en estadio final o terminal y sus familias. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. c) Unidades funcionales. Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este delegue, conformada por un grupo multidisciplinario especializado para la atención integral del cáncer. Su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir el manejo integral requerido, garantizando la calidad, oportunidad, continuidad, y pertinencia desde la sospecha, del diagnóstico y el tratamiento. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología. d) Nuevas tecnologías en cáncer. Se entiende por nuevas tecnologías, la intervención que puede ser utilizada para promover la salud, prevenir, diagnosticar oportunamente. tratar enfermedades, rehabilitar o brindar cuidado a largo plazo. Esto incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, los productos farmacéuticos, dispositivos y sistemas organizacionales en los cuidados de la salud, de los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso. e) Sujetos de especial protección constitucional. Además de los sujetos especial protección determinados por la Corte Constitucional lo serán también aquellas personas con sospecha o diagnóstico de cáncer que, por sufrir una enfermedad catastrófica o ruinosa, se encuentran en estado de mayor vulnerabilidad, debilidad manifiesta y dependencia del sistema de salud, debido a que existe una afectación física, psicológica y social, quienes merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad real y efectiva.

	f) Sospecha de cáncer: Corresponde a aquellos signos o síntomas, que después de un análisis de antecedentes médicos sobre factores de riesgo y antecedentes familiares en el examen físico realizado por el médico, estudios paraclínicos o demás herramientas diagnosticas de las que disponga la ciencia médica sugieren la posibilidad diagnostica de Cáncer. Las herramientas diagnosticas mencionadas en el presente literal, son enunciativas, en todo caso deberá atenderse el concepto médico. ARTÍCULO 30. El artículo 5° de la Ley <u>1384</u> de 2010 quedará así: ARTÍCULO 5°. Control Integral del Cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en materia de salud pública y de prioridad nacional para la República de Colombia, y reconózcase a y quienes tengan sospecha o sean son diagnosticados con esta enfermedad, como sujetos de especial protección constitucional. Los pacientes con sospecha de cáncer serán priorizados frente a pruebas diagnósticas clínicas. El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología, los representantes de las entidades promotoras de salud o de planes de beneficios en salud y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidados paliativos. PARÁGRAFO 1°. La contratación y prestación de servicios oncológicos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes o quien haga sus veces y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas que deben garantizar el acceso, la oportunidad, la continuidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. PARÁGRAFO 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo medidas de prevención y tratamiento del cáncer como prioridad y deberán establecer claramente los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios. PARÁGRAFO 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología, _los representantes de las entidades promotoras de salud o de planes de beneficios en salud y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, o quien haga sus veces, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán parte integral del Plan Nacional de Salud Pública.
--	--

		PARÁGRAFO 4°. Los entes territoriales podrán celebrar convenios interadministrativos con el Instituto Nacional de Cancerología — 1NC, contando con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología, para el control integral del cáncer en su respectiva jurisdicción, de conformidad con lo establecido en el parágrafo del artículo 2 de la Ley 2291 de 2023. PARÁGRAFO 5°. El Ministerio de Salud y Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología, fomentará la prestación de servicios especializados para personas con sospecha de cáncer o diagnosticadas con cáncer, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y la respuesta terapéutica adecuada, sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente. La prestación de servicios podrá realizarse mediante la atención directa a pacientes utilizando la telemedicina u otras TIC, o por medio de convenios que permitan el desplazamiento temporal de especialistas a territorios con mayor incidencia y prevalencia, para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio. (...).
Costa Rica	Constitución Política	ARTÍCULO 21.- La vida humana es inviolable. (...). ARTÍCULO 73.- Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. (...).
	Ley 10619 Ley para la promoción de acciones que contribuyan a la prevención, detección y reducción de la mortalidad por el cáncer de cérvix en Costa Rica	CAPÍTULO I Disposiciones Generales ARTÍCULO 1- Objetivo La presente ley tiene por objeto impulsar la prevención, detección y reducción de la mortalidad por cáncer de cérvix, mediante la promoción, atención e investigación de este tipo de cáncer. ARTÍCULO 2- Declaración de interés público Se declara de interés nacional y de interés público la eliminación del cáncer de cérvix en Costa Rica. ARTÍCULO 3- Fines Los fines de esta ley son: a) Promover la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en niños, niñas y adolescentes, según lo dispuesto por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología.

	b) Promover la detección de las lesiones precancerosas y el tratamiento oportuno y adecuado del cáncer de cérvix. c) Promover acciones para contribuir con la prevención, detección y reducción de la mortalidad por cáncer de cérvix como problema de salud pública en Costa Rica. d) Asegurar, de manera pronta y oportuna, los apoyos integrales e intervenciones adecuadas e individualizadas a las mujeres con cáncer de cérvix. e) Promover la concienciación social, así como el conocimiento y la formación de las personas profesionales vinculadas con la prevención y atención del cáncer de cérvix. f) Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos, detección temprana, tratamiento médico quirúrgico, oncológico y cuidados paliativos. ARTÍCULO 4- Definiciones Para los efectos de la presente ley, se establecen las siguientes definiciones: Accesibilidad: facilidad de las usuarias para obtener asistencia sanitaria, frente a las barreras organizativas, financieras, geográficas y culturales. Cérvix: porción inferior y estrecha del útero (matriz) ubicada entre la vejiga y el recto, que forma un canal que desemboca en la vagina, la que a su vez se conecta con el exterior. Citología cervicovaginal: es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer de cuello de útero. La tinción de las células se realiza con tinción de Papanicolaou. Neoplasia: formación de tejido nuevo de carácter tumoral. Prueba de virus de papiloma humano (VPH): es la detección del Ácido Desoxirribonucleico (ADN) virus del papiloma humano carcinogénico en una muestra de células cervicovaginales. Tamizaje: representa un componente importante en la prevención secundaria, implica la aplicación de una prueba relativamente simple y barata a sujetos asintomáticos con objeto de clasificarlos como portadores probables o no de la enfermedad objeto del tamizaje. CAPÍTULO II Responsabilidades y Obligaciones ARTÍCULO 5- Responsabilidades institucionales Las instituciones señaladas en esta ley deberán realizar las acciones correspondientes en su ámbito de competencia para asegurar el cumplimiento de lo aquí dispuesto.
--	---

	ARTÍCULO 6- Responsabilidades del Ministerio de Salud Al Ministerio de Salud le corresponde emitir la política pública de abordaje integral en referencia a la promoción de la salud, prevención de riesgos, y la detección para reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix, la misma deberá contemplar como mínimo: a) Garantizar el acceso equitativo de vacunación contra el virus de papiloma humano a niños, niñas y adolescentes, acorde con lo definido por el programa ampliado de vacunaciones para la prevención del cáncer de cérvix. b) Generar estadísticas poblacionales sobre la detección, tratamiento y sobrevida del cáncer de cérvix y mantener las mismas actualizadas. c) Realizar las gestiones referentes al cáncer de cérvix de acuerdo con sus competencias en materia de promoción de la salud, prevención de los riesgos mediante la investigación, campañas de concientización y de educación sanitaria. d) Elaborar y actualizar las normas de atención del cáncer cervicouterino, así como la revisión de estas, según la evidencia científica. e) Crear un plan para el cumplimiento de las metas de organismos internacionales en materia de prevención del cáncer de cérvix. ARTÍCULO 7- Responsabilidades de la Caja Costarricense de Seguro Social La Caja Costarricense de Seguro Social podrá: a) Generar datos sobre el cáncer de cérvix y mantener estos actualizados. b) Realizar tamizaje de cáncer de cérvix en forma oportuna y con técnicas modernas como la citología líquida y las pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH). c) Organizar un programa nacional de prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino. d) Proporcionar de manera gratuita la prueba de tamizaje primario del cáncer de cérvix en la población de mujeres de 20 años en adelante, sin importar el estado de aseguramiento, y gestionar el cobro al Estado por el tamizaje de las mujeres no aseguradas. e) Generar indicadores y sistemas de información para monitoreo del programa. f) Asegurar control de calidad de todos los procesos. g) Atender a las mujeres indistintamente de su condición de aseguramiento, desde la promoción de la salud, vacunación, investigación, concientización, educación y en las diferentes etapas del proceso de atención. Queda autorizada la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para realizar las articulaciones interinstitucionales que permitan la identificación y aseguramiento de dicha población. h) Ofrecer a todas las mujeres que están en la edad para participar en el programa nacional de detección temprana el tamizaje correspondiente para la detección temprana de cáncer de cérvix.
--	---

		ARTÍCULO 8- El Estado deberá financiar la prueba de tamizaje primario para la detección del cáncer de cérvix en la población de mujeres que no tienen seguro social, con el fin de prevenir la enfermedad o muerte mediante un diagnóstico temprano. ARTÍCULO 9- Responsabilidades del Patronato Nacional de la Infancia Al Patronato Nacional de la Infancia le corresponde vigilar que las niñas, niños y adolescentes reciban las vacunas correspondientes para la prevención del cáncer de cérvix. ARTÍCULO 10- Responsabilidades del Consejo Superior de Educación El Consejo Superior de Educación (CSE) podrá incluir dentro de los programas académicos la información correspondiente para el autocuidado, la prevención de los riesgos, vacunación y los servicios de salud disponibles para la detección del cáncer de cérvix. ARTÍCULO 11- Responsabilidades del Registro Nacional de Tumores El Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud deberá emitir anualmente datos actualizados sobre la prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cérvix, los cuales deberán ser publicados en las páginas oficiales de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud. ARTÍCULO 12- Suscripción de convenios Se podrán suscribir convenios con instituciones, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas, para capacitaciones, para la obtención de materiales, pruebas médicas o atención de personas usuarias del servicio de salud. CAPÍTULO III Promoción de la Salud ARTÍCULO 13- Campañas de sensibilización y concientización Las instituciones y los entes públicos, las organizaciones, la empresa privada y los medios de comunicación desarrollarán campañas educativas sobre los factores protectores y de factores de riesgo para prevenir el cáncer de cérvix con el fin de sensibilizar y concientizar a la población. ARTÍCULO 13 BIS- La Cámara Costarricense de la Salud, así como cualquier otra organización privada, podrá gestionar y coordinar su participación, dentro de sus competencias, en actividades orientadas a la prevención, investigación, campañas de concientización y educación, en relación con el cáncer de cérvix, en coordinación con las instituciones y entes públicos correspondientes. En caso de que alguna de estas organizaciones del sector privado administre o custodien fondos públicos, o cuando sean receptores de beneficios patrimoniales gratuitos o sin contraprestación alguna provenientes de componentes de la Hacienda Pública, se deberán cumplir los principios de la Ley General de Contratación Pública, N° 9986, del 27 de mayo de 2021. (...).
	<u>Decreto Ejecutivo 44771-S</u>	Artículo 1.- Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria en los servicios de atención médica públicos, privados y mixtos, la "Norma nacional para la atención integral del cáncer de mama en Costa Rica". Artículo 2.- Corresponde a las autoridades de salud del Ministerio de Salud, velar porque dicha norma sea cumplida.

	Oficialización de la "Norma Nacional para la atención integral del cáncer de mama en Costa Rica"	Artículo 3.- Deróguese el Decreto Ejecutivo No. 43263-S del 30 de septiembre de 2021 “Oficialización y declaratoria de interés público y nacional de la Norma nacional para la prevención y el manejo del cáncer de mama en Costa Rica”. TRANSITORIO ÚNICO. Para la elaboración de los planes de ajustes a los sistemas de información y/o establecer los mecanismos y herramientas dispuestas en el numeral 9.2. y 10.1 se otorga un plazo de 18 meses a partir de la entrada en vigor de esta normativa. (...).
El Salvador	Constitución de la República	Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación. Art. 66.- El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.
	Decreto 854 Ley para la prevención, control y atención de los pacientes con cáncer	Objeto Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto asegurar el acceso universal e integral de la persona con cáncer, estableciendo un marco normativo y operativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a la prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cuidados paliativos y rehabilitación del cáncer en cualquiera de sus manifestaciones, formas o denominaciones que propicie la reducción en la morbilidad y mortalidad. Ámbito de aplicación Art. 2.- La presente ley es de obligatorio cumplimiento a toda persona natural o jurídica, instituciones públicas, autónomas, organizaciones sin fines de lucro o privadas que realicen procedimientos o actividades relacionadas a la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social e instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud. Principios Art. 3.- Los principios que debe regir esta ley son: a) Altruismo. b) Voluntariedad. c) Gratuidad. d) Subsidiaridad. e) Solidaridad. f) Transparencia. g) Equidad. h) Bioética. i) Calidad. j) Calidez. Rectoría Art. 4.- El ente rector en la aplicación, ejecución y seguimiento de la presente Ley, es el Ministerio de Salud. Atribuciones del Ente Rector Art. 5.- El Ministerio de Salud, como ente rector tiene las siguientes atribuciones:

	a) Actualización de la Política Nacional para la prevención, detección, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación del cáncer. Haciendo su aplicación de carácter obligatorio. b) Elaboración del Plan Nacional para la educación, prevención, formación de recursos humanos, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cuidados paliativos y rehabilitación del cáncer. c) Elaborar, difundir y operativizar el Programa Nacional para la prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cuidados paliativos y rehabilitación del cáncer, así como sus respectivos protocolos. d) Organizar y operativizar los mecanismos para una Red Nacional de Atención del Cáncer, que debe proporcionar el diagnóstico oportuno que indique el tratamiento integral que deberá recibir el paciente, de forma pronta y sistemática en los diferentes niveles de atención, garantizando la mayor probabilidad de cura de su enfermedad, y en caso que no se pueda garantizar dicha cura, brindar al paciente la mayor sobrevida con calidad y de manera integral. e) Asegurar un tratamiento integral que tenga el mayor potencial para contribuir a la salud del paciente, mejorando la calidad de vida, garantizando la reducción de mortalidad o sobrevida libre de enfermedad, y la rehabilitación física y mental de acuerdo con evidencia clínica y científica de los tratamientos que han mostrado mejores resultados en los pacientes en términos de calidad, seguridad y eficacia. f) Mejorar la capacidad resolutive en infraestructura, equipamiento y tecnologías como mínimo en: radioterapia, tomografía por emisión de positrones, equipos de tomografía axial computarizada y de resonancia magnética nuclear para los servicios de oncología, tecnología de medicina nuclear oncológica y otras nuevas tecnologías, medicamentos adecuados para cada caso e insumos en los establecimientos de la Red Nacional de Atención de acuerdo a la clasificación de Cáncer. g) Garantizar el abastecimiento de medicamentos y terapias adecuadas, como: quimioterapias, terapias dirigidas, anticuerpos monoclonales, inmunoterapias, y nuevos medicamentos. h) Promover y facilitar la cualificación integral del personal de salud en los diferentes niveles de atención en la prevención, atención y rehabilitación del cáncer, en aspectos como liderazgo, trabajo en equipo multidisciplinario, humanización, sensibilización y urgencia en tener al paciente en el centro, evaluación de tecnologías sanitarias, conocimiento, adopción y diseño de normativa, lineamientos y guías de atención de pacientes oncológicos e investigación científica y cumplimiento de Registro Nacional del Cáncer. i) Establecer los mecanismos de referencia y contra referencia de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer. j) Elaborar y actualizar el Registro Nacional del Cáncer que permita conocer la incidencia, la prevalencia, la evolución clínica, la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad en el país, implementando la digitalización de herramientas de diagnóstico y tratamiento, que permitan la recolección, procesamiento, análisis de datos y toma de decisiones. k) Facilitar la participación ciudadana, de las organizaciones sociales y comunitarias, así como las organizaciones sin fines de lucro y de pacientes en la prevención, promoción, educación, acompañamiento y seguimiento de personas con cáncer,
--	--

	l) Facilitar la suscripción de convenios nacionales e internacionales de cooperación con gobiernos y entidades públicas y privadas, organizaciones sin fines de lucro para: intercambio de experiencia integral del cáncer, investigación y desarrollo de estudios clínicos, docencia, diagnósticos y tratamiento. m) En estrecha coordinación con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, elaborar el Programa Nacional Educativo para el conocimiento del cáncer adecuándolo a cada nivel de educación formal. n) Promover por medio del Instituto Nacional de Salud y Comité Nacional de Ética e Investigación en Salud y cualquier otra unidad dentro de las instituciones que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud, entidades privadas y organizaciones sin fines de lucro, realizar investigación clínica, tecnológica y de salud pública que permitan identificar las determinantes sociales y ambientales que se relacionan con esta patología. Cuidados Paliativos Art. 6.- Los integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, que realicen procedimientos o actividades relacionadas a la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamientos y rehabilitación del cáncer, garantizarán los cuidados paliativos a todos los pacientes oncológicos en fase terminal. Red Nacional de Atención del Cáncer. Art. 7.- El ente Rector en estrecha coordinación con los prestadores de servicios de salud que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, con la capacidad instalada de cada uno, organizará la Red Nacional de Atención del Cáncer, en adelante “la Red” en los diferentes niveles de atención, como la Red que resuelva de manera eficiente la atención integral a las personas con cualquier manifestación, forma o denominación de cáncer. Le corresponde a la Red, recibir y canalizar adecuadamente sin importar su procedencia, a todo paciente que sea referido por una sospecha, diagnóstico y tratamiento de cáncer, quien deberá ser atendido de acuerdo al criterio de referencia del facultativo. Banco Nacional de Medicamentos e insumos oncológicos Art. 8.- El Ente Rector en coordinación con el Sistema Nacional Integrado de Salud, creará un Banco Nacional de Medicamentos e insumos oncológicos que serán utilizados para el diagnóstico y tratamiento de las personas con cáncer, que incluyen: quimioterapia, terapias dirigidas, anticuerpos monoclonales, inmunoterapias, terapias de radiación ionizantes y otros nuevos medicamentos que se obtengan con el desarrollo de la ciencia que garantice la mayor probabilidad de cura o sobre vida libre de enfermedad; asimismo podrá promover la compra conjunta de los mismos. Obligatoriedad de atención Art. 9.- Todos los prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán cumplir con las normas de atención de pacientes de cáncer establecidos por el ente rector de acuerdo a la clasificación o niveles de atención de los establecimientos de salud y las funciones que le son atribuidas. Del Reglamento Art. 10.- El Presidente de la República deberá emitir el Reglamento de la presente ley en un plazo de sesenta días, contados a partir de su vigencia.
--	--

	(...).
Reglamento de la Ley para la Prevención, Control y Atención de los Pacientes con Cáncer	Objeto ARTÍCULO 1 El presente Reglamento tiene por objeto desarrollar las disposiciones de la Ley para la Prevención, Control y Atención de los Pacientes con Cáncer en el curso de vida, en adelante la Ley, a fin de garantizar el derecho a la salud de tales personas, a través de establecer mecanismos y condiciones por los cuales se realicen acciones, procedimientos o actividades relacionadas a la prevención, promoción, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, cuidado paliativo y rehabilitación para reducir la incidencia y prevalencia del cáncer. Ámbito de aplicación ARTÍCULO 2 El presente Reglamento es de cumplimiento obligatorio para las personas naturales o jurídicas, instituciones públicas, autónomas, organizaciones sin fines de lucro o privadas, que realizan procedimientos o actividades relacionadas a la promoción de la salud, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, cuidado paliativo y rehabilitación del cáncer, en el curso de vida. Autoridad competente y ente rector ARTÍCULO 3 Corresponde al Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, como ente rector, velar por el cumplimiento de la Ley y el presente Reglamento en la provisión de servicios; así mismo, debe realizar acciones de vigilancia y control para la aplicación, ejecución y seguimiento de tales cuerpos normativos. CAPÍTULO II De la Política y el Plan De la Política ARTÍCULO 4 De acuerdo a lo establecido en el artículo 5, literal a) de la Ley, el Ministerio de Salud emitirá la Política Nacional para la prevención, detección, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación del cáncer, en el curso de vida de la población, de las personas que presenten antecedentes o factores de riesgo, o de aquellas que tengan diagnosticada dicha patología, en adelante "la Política", la cual será de carácter obligatorio para aquellos que realicen dichas acciones; la misma será elaborada de manera participativa. Esta Política deberá ser emitida en un plazo de seis meses después de la entrada en vigencia del presente Reglamento. Del contenido ARTÍCULO 5 La Política deberá contener como mínimo, lo siguiente: 1. Principios rectores, de conformidad a la ley y el presente reglamento.

	2. Promoción de acciones en salud que generen los conocimientos, actitudes, prácticas y cambios de comportamiento mínimos necesarios en la sociedad salvadoreña, en los diferentes ámbitos del desarrollo humano, con el fin de prevenir el cáncer en la población. 3. Fomentar las condiciones que permitan desarrollar e integrar intervenciones de detección temprana del cáncer, considerando los diferentes grupos etarios, en el Sistema Nacional Integrado de Salud. 4. Fomentar acciones para el desarrollo de las capacidades institucionales de los miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud, para el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos de la patología oncológica en los diferentes niveles de las Redes Integrales e integradas de Salud (RUS), para la prestación de servicios de manera equitativa, integral y sostenible. 5. Gestionar el fortalecimiento de las capacidades institucionales en el SNIS, relacionadas con la vinculación del Registro de Tamizaje y Registro Nacional de Cáncer, con el fin de implementar a nivel nacional la vigilancia del cáncer. 6. Impulsar el desarrollo de los recursos humanos de las instituciones miembros del SNIS, para la atención integral en la prevención y control del cáncer. 7. Incentivar y promover el desarrollo de la investigación en salud, en apoyo a las acciones e intervenciones a realizar en prevención, control y atención del cáncer en la población, considerando, entre otros, las determinantes sociales, la carga por sexo, edad, factores de riesgo, estilos de vida y mecanismos de prevención del cáncer. 8. Fomentar los mecanismos financieros para garantizar la sostenibilidad económica de las intervenciones relacionadas a la prevención y control del cáncer; así como el fortalecimiento de la capacidad instalada institucional. 9. Establecer las condiciones generales para la elaboración, difusión y ejecución de los planes y programas establecidos en la Ley y este Reglamento. 10. Establecer las condiciones para la implementación progresiva del Banco Nacional de Medicamentos e Insumos Oncológicos. 11. Fortalecer el funcionamiento del trabajo intersectorial e interinstitucional y de la sociedad civil, en relación a la prevención y control del cáncer. Del Plan ARTÍCULO 6 De acuerdo a lo establecido en el artículo 5, literal b) de la Ley, el Ministerio de Salud, con la participación de los miembros del SNIS, elaborará el Plan Nacional para la educación, prevención, formación de recursos humanos, detección, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cuidados paliativos y rehabilitación del cáncer en el curso de vida, cuyo contenido debe ser acorde a la Política. El Plan antes mencionado será la herramienta fundamental en el marco de acción nacional, para ejecutar la atención integral para la prevención y control del cáncer en la población en el curso de vida, con un enfoque integral, a partir de las necesidades de la salud, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. El Plan se debe fundamentar en el marco legal vigente y deberá considerar las siguientes líneas de acción: 1. Atención integral en prevención y control del cáncer, con enfoque de derechos humanos. 2. Fomentar un marco legal favorable a la implementación de acciones que permitan una atención integral acorde a los adelantos científicos, con enfoque de derechos humanos. 3. Fomentar el desarrollo de la capacidad instalada de los servicios de salud en redes, para mejorar el acceso y calidad de la atención integral para prevención y control del cáncer en la población. 4. Fortalecer la capacidad del talento humano en salud para la prevención y control del cáncer en la población.
--	--

		5. Desarrollo de un sistema de monitoreo, supervisión, evaluación y vigilancia de las acciones relacionadas con la atención integral del cáncer en la población. 6. Fortalecimiento del sistema de información del MINSAL, en lo relacionado con la atención integral de las personas con cáncer, en los diferentes niveles de la red de servicios de salud intra e interinstitucional, garantizando el registro nominal de la persona desde el tamizaje hasta el tratamiento y seguimiento brindado, según cada caso. 7. Propiciar la investigación relacionada con la prevención y control del cáncer a nivel nacional, con el objeto de fortalecer las acciones a desarrollar en beneficio de la población que requiere de la atención integral por cáncer. 8. Definición y desarrollo de mecanismos de sostenibilidad financiera de las intervenciones establecidas en el programa para la prevención y control del cáncer en la población, acorde a las condiciones económicas del país. Del Programa ARTÍCULO 7 De acuerdo a lo establecido en el artículo 5, literal c) de la Ley, el Ministerio de Salud, en coordinación con los miembros del SNIS, elaborará, difundirá y operativizará el Programa Nacional para la prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cuidados paliativos y rehabilitación del cáncer, en el curso de vida; de igual forma elaborará, difundirá y aplicará, tanto en sus establecimientos, como los del resto de miembros del SNIS, los protocolos de prevención, detección, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cuidados paliativos y rehabilitación. Los anteriores documentos regúlátenos serán de obligatorio cumplimiento. Contenido del Programa ARTÍCULO 8 El Programa Nacional debe desarrollar el siguiente contenido: 1. Realizar convocatoria a los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales, para el desarrollo de acciones orientadas a la prevención y control del cáncer en la población. 2. Establecer y definir las acciones de promoción, información, educación y comunicación en salud, para fomentar estilos de vida saludables, evitar factores de riesgo, actitudes y prácticas preventivas, de detección, protección y de mejora en los conocimientos. 3. Definir la puesta en marcha de intervenciones innovadoras de bajo costo y alto impacto, principalmente para la prevención, tamizaje de base poblacional y detección temprana, ambos en cánceres de alta frecuencia en la población. 4. Establecer la organización y mejora del funcionamiento en red de los servicios de salud, para la optimización de las intervenciones para la prevención y control del cáncer. 5. Definir acciones de fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud, tales como talento humano, equipo médico, no médico, materiales, insumos e infraestructura para responder a las necesidades de prevención, control del cáncer, incluyendo los cuidados paliativos en la población. 6. Implementación de mecanismos de monitoreo, asistencia técnica, supervisión y evaluación de la atención integral al cáncer en la red de servicios de salud. 7. Organizar la actualización periódica de los instrumentos técnicos para la atención integral al cáncer en la población y su difusión en los servicios de salud de la red. 3. Implementación de estrategias de fortalecimiento de los sistemas de información del MINSAL, en lo relacionado con la atención integral al cáncer en la población, en los diferentes niveles de la red de servicios de salud, desde el tamizaje hasta el tratamiento y seguimiento, garantizando su registro nominal.
--	--	--

		9. Establecer un presupuesto para la sostenibilidad financiera de las intervenciones establecidas en el programa para la atención integral al cáncer en la población, acorde a las condiciones económicas de cada institución integrante del SNIS. 10. Desarrollo de procesos de investigación para la prevención y control del cáncer. El Ministerio de Salud, en coordinación con los miembros del SNIS, difundirá y operativizará el Programa Nacional para la prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, cuidados paliativos y rehabilitación del cáncer en la población, en el curso de vida. CAPÍTULO III De la Red Nacional de atención del cáncer De la Red Nacional ARTÍCULO 9 De acuerdo a lo establecido en el artículo 5, literal d) de la Ley, el Ministerio de Salud coordinará con los miembros del SNIS y los organismos no gubernamentales vinculados con la prevención y control del cáncer, la construcción de una Red Nacional de Atención del Cáncer, por la cual, a través del apoyo interinstitucional, interactuarán las distintas dependencias, a fin de gestionar oportunamente el tratamiento integral del paciente con cáncer. De los miembros de la Red ARTÍCULO 10 Son miembros de la Red, las siguientes instituciones: 1. El Ministerio de Salud, quien presidirá la red; 2. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social; 3. El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial; 4. El Comando de Sanidad Militar; 5. El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral; 6. El Fondo Solidario para la Salud. El MINSAL podrá coordinar acciones relacionadas a la prevención y control del cáncer, con el resto de las instituciones que conforman la Alianza Nacional para la Prevención y Control del Cáncer, así como otras que se convoquen a formar parte de dicha alianza; además, podrá establecer convenios o acuerdos con instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, en relación con la prevención y control del cáncer. Del funcionamiento de la Red ARTÍCULO 11 El MINSAL coordinará el funcionamiento de la Red Nacional, para lo cual, emitirá los instrumentos normativos necesarios para regular su funcionamiento. Son actividades esenciales de la Red:
--	--	--

		1. Brindar apoyo y asesoría al MINSAL, cuando lo solicite, en materia de prevención y control del cáncer. 2. Participar y coadyuvar en la promoción de la salud. 3. Participar en la implementación de acciones para la atención integral de las personas con diagnóstico de cáncer. 4. Fomentar las acciones de desarrollo de la capacidad del talento humano en salud para la prevención y control del cáncer. CAPÍTULO IV Del Programa Nacional Educativo para el conocimiento del cáncer Del Programa educativo ARTÍCULO 12 De acuerdo a lo establecido en el artículo 5, literal m) de la Ley, el Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, elaborará el Programa nacional educativo para el conocimiento del cáncer. Dicho programa será difundido en cada nivel de educación formal y formará parte de los planes educativos a nivel nacional; además, deberá considerar la inclusión en los diferentes niveles de la educación formal, los siguientes contenidos: 1. Incorporación en la curricula escolar, de manera gradual, la educación sobre conocimientos de cáncer en general, los de mayor frecuencia y mortalidad en la población, los que tienen carácter hereditario, los relacionados con factores de riesgo, entre otros. 2. Desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables, factores de riesgo y de carácter protector, para prevenir el aparecimiento de algunos cánceres. 3. Desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la puesta en acción de medidas de prevención, detección, atención temprana y oportuna existentes, a fin que la población las ponga en práctica para evitar el aparecimiento de algunos tipos de cáncer, según edades. 4. Educación en conocimientos, actitudes y prácticas para acudir a una atención integral temprana ante el aparecimiento de cáncer en la población. 5. Coordinación para la capacitación de personal del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, en conceptos básicos sobre prevención y control del cáncer. 6. Incorporación de conocimientos sobre abordaje integral del cáncer en las escuelas para padres que realizan las instituciones educativas. 7. Coordinación del Ministerio de Salud y Educación, Ciencia y Tecnología para la vacunación de niñas contra el VPH, según normativa del MINSAL. Coordinación ARTÍCULO 13 Para la formación del talento humano especializado en oncología, el Ministerio de Salud coordinará con Universidades y el Instituto Nacional de Salud, la formación de personal médico especializado en oncología y sus ramas; así como brindar capacitación teórico-práctica en atención de pacientes oncológicos a personal de enfermería y paramédico Para tal fin, podrá establecer convenios de apoyo con instituciones u organismos nacionales o internacionales. CAPÍTULO V
--	--	---

		De la investigación sobre el cáncer De la investigación ARTÍCULO 14 De acuerdo a lo establecido en el artículo 5, literal n) de la Ley, el Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Ética e Investigación en Salud, fomentará, promoverá e impulsará la investigación sobre el cáncer, a fin que los miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud, entidades privadas y organizaciones sin fines de lucro realicen la investigación definida en la Ley y que permita la identificación de determinantes sociales y ambientales que se relacionen a la patología del cáncer, diagnóstico, alternativas de tratamiento, rehabilitación, entre otras. Para ello, el Instituto Nacional de Salud establecerá, juntamente con el Comité Nacional de Ética e Investigación en Salud, las condiciones y requisitos para la realización de la investigación. CAPÍTULO VI Del Registro Nacional del Cáncer Del Registro nacional ARTÍCULO 15 De acuerdo a lo establecido en el artículo 5, literales h) y j) de la Ley, el Ministerio de Salud elaborará y actualizará el Registro Nacional del Cáncer, en el cual se debe recolectar, procesar y analizar información para la toma de decisiones. El Registro Nacional del Cáncer estará constituido por los registros de cáncer hospitalario y de cáncer de base poblacional. De la recolección y envío de la información ARTÍCULO 16 El proceso de recolección y envío de la información será de carácter sistemática y de acuerdo a la capacidad instalada de los miembros del SNIS. Se debe garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes con cáncer, en las etapas de envío de la información, exportación de datos y generación de informes. De la operatividad ARTÍCULO 17 En el Registro Nacional del Cáncer, se deberá registrar la información demográfica de cada paciente con cáncer, esto incluye el número y tipo de documento de identificación o en su caso del responsable o representante legal, características anatómicas e histológicas, seguimiento del tratamiento y vincular la información del proceso de tamizaje y detección temprana. De igual forma en el referido Registro, se deberá recolectar, analizar y emitir información sobre la incidencia y sobrevida de las personas con cáncer y se integrará en su análisis datos disponibles de encuestas poblacionales, estadísticas vitales, con la finalidad de generar indicadores que permitan medir el impacto de los programas, políticas o planes en función de la línea de cuidado del cáncer, a fin de
--	--	---

		garantizar la cobertura y calidad de la información, para lo cual coordinará con las instituciones que se consideren fuentes de información, sean estos públicos o privados. Las instituciones fuentes de información como hospitales, laboratorios de patología, centros de estudios de imagen, registros de estadísticas vitales, deben registrar en sus expedientes físicos o electrónicos o reportes de estudios, con previo aviso al paciente, el número y tipo de documento de identificación de la persona con cáncer o el del responsable o representante legal en su caso. El Ministerio de Salud emitirá la normativa que viabilice la operatividad del mencionado Registro, en lo referido a su estructura orgánica. Funciones del Registro ARTÍCULO 18 Adicionalmente, el Registro Nacional del Cáncer tendrá las siguientes funciones: 1. Fortalecer las capacidades institucionales en el SNIS, para la creación, análisis de la información y unificación del Registro, a fin de implementar a nivel nacional la vigilancia del cáncer; 2. Realizar alianzas estratégicas interinstitucionales, a nivel nacional, como internacional; 3. Conformar la Comisión Técnica que gestione dicho registro; 4. Definir la estructura organizativa institucional y nacional para la creación y el funcionamiento del Registro; 5. Crear la propuesta de normativa técnica requerida para la implementación del Registro, para la obligatoriedad del SNIS en el reporte de la información de la persona con diagnóstico de cáncer, a fin de ser emitida por el Ministerio de Salud; 6. Definir las competencias y habilidades técnicas y científicas del personal de salud involucrado en la generación y procesamiento de la información relacionada al cáncer; 7. Generar la información necesaria para el análisis de datos relacionados a la frecuencia, mortalidad, localizaciones más frecuentes, estadios clínicos, factores de riesgo, desagregación por sexo, edad; la realización de análisis con enfoque de género; así como la comunicación del resultado del análisis epidemiológico a todas las instituciones del sector salud y población en general; 8. Implementa un sistema de gestión de mejora continua para el funcionamiento del Registro; 9. Incorporar la información integral, para análisis, que permita mejores tomas de decisión, de manera que facilite contar con los recursos apropiados, según las necesidades de la población. De la contratación de servicios para el Registro Nacional del Cáncer ARTÍCULO 19 Para el funcionamiento del Registro y garantizar la actualización continua de la información, el Ministerio de Salud podrá contratar los servicios que estime necesarios, bajo la normativa establecida en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, a prestadores de servicios de salud e instituciones especializadas, realización de estadísticas y actividades conexas que realice el Registro Nacional del Cáncer. Del suministro de información ARTÍCULO 20 Deberá suministrarse por parte de los miembros del SNIS, la información necesaria para el funcionamiento del Registro, de acuerdo a la normativa emitida al respecto, la cual será parte además del Sistema unificado e integrado de información en salud.
--	--	---

		De la obligatoriedad ARTÍCULO 21 Se declara el cáncer como enfermedad de notificación obligatoria para todo prestador de servicios de salud público y privado, que diagnostique o de tratamiento a personas con diagnóstico de cáncer. Toda institución pública o privada deberá notificar al Registro Nacional del Cáncer, por los mecanismos establecidos en lineamientos operativos, la información demográfica, características anatómicas e histológicas de cada caso de cáncer, según disponibilidad. CAPÍTULO VII Del Banco Nacional de Medicamentos e Insumos Oncológicos Del Banco nacional ARTÍCULO 22 De acuerdo a lo establecido en el artículo 8 de la Ley, el Banco Nacional de Medicamentos e Insumos Oncológicos, es la entidad encargada de coordinar la entrega y distribución de insumos entre las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, bajo la rectoría y dependencia del Ministerio de Salud, a través de la Dirección de la Cadena de Suministros Dicho Banco Nacional estará constituido por medicamentos e insumos de carácter oncológico, que serán utilizados por los distintos miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud, para el diagnóstico y tratamiento de las personas con cáncer en el curso de la vida, según disponibilidad y registro de consumos y existencias. Los medicamentos, insumos y tecnologías propios de cada Institución del SNIS, en principio, serán de uso exclusivo de cada institución, salvo convenios de cooperación. El ente rector está facultado para gestionar y recibir donaciones de medicamentos, insumos y tecnología relacionada a la atención de personas con cáncer y que estén incluidos en el listado oficial respectivo y transferirlos a los miembros institucionales del SNIS por requerimiento de estos, a través del Banco Nacional, previa evaluación del Comité Coordinador. En el caso de nuevos medicamentos, insumos y tecnología que se ofrezca donar al Banco, a través del ente rector, deberá hacerse evaluación de la tecnología correspondiente. El Banco Nacional de Medicamentos e Insumos Oncológicos deberá mantener actualizaciones periódicas que aseguren la inclusión de medicamentos, insumos y tecnologías costo efectivas para lograr los estándares propuestos en esta normativa. De la normativa de funcionamiento ARTÍCULO 23 El Ministerio de Salud emitirá la normativa para el funcionamiento y coordinación del Banco Dicha normativa deberá establecer: 1. La conformación y funcionamiento del Comité Coordinador, constituido por un representante de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud; así como lo relacionado a su estructura y funcionamiento. 2. Definir los criterios para la adquisición de medicamentos, insumos y tecnología, de acuerdo a lo establecido en la <u>Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública</u>; así como la adquisición de tales entre los miembros del SNIS. 3. La estructura de un registro de consumos y existencias de medicamento, terapias e insumos de cada miembro del SNIS que integre este mecanismo de coordinación.
--	--	--

		4. El listado oficial de medicamentos, terapias e insumos unificado a ser utilizado en los pilares del tratamiento del cáncer. Negociación y compra conjunta ARTÍCULO 24 Los miembros del SNIS podrán generar procesos de negociación y compra conjunta para la adquisición de medicamentos, terapias e insumos oncológicos, relacionados al tratamiento del cáncer, para lo cual deberán cumplir con la legislación y normativa respectiva. Para ello, deberán realizar acciones encaminadas a: 1. Identificación de necesidades comunes. 2. Planificación conjunta. 3. Elaboración de especificaciones técnicas y legales conjuntas. 4. Identificación de proveedores confiables y responsables. 5. Construcción de base de datos común sobre productos, proveedores y precios. 6. Trabajo conjunto por parte de los recursos técnicos designados para agilizar los procesos. 7. Identificación de fuentes de financiamiento disponibles, incorporando modelos de negociación eficientes que apoyen la sostenibilidad del sistema, principalmente cuando se trate de proveedores únicos. Coordinación de prestación de servicios ARTÍCULO 25 El Ministerio de Salud y las demás instituciones del SNIS que realizan atención en personas con cáncer, deberán prestar una atención integral con enfoque de derechos humanos; para lo cual, podrán suscribir convenios de cooperación y prestación de servicios entre ellos. CAPÍTULO VIII Tratamiento integral de las personas con cáncer Del tratamiento integral de las personas con cáncer ARTÍCULO 26 De acuerdo a lo establecido en el literal e) del artículo 5 de la Ley, el tratamiento integral de las personas con cáncer, refiere a aquel tratamiento a aplicar a la persona con cáncer, que tenga el mayor potencial de contribuir a la salud del paciente, que potencialice la mejora en la calidad de vida, garantizando la mayor probabilidad de cura o supervivencia libre de enfermedad; así como la rehabilitación física y mental de la persona con cáncer, de acuerdo con evidencia clínica y científica de los tratamientos que han mostrado mejores resultados en los pacientes, en términos de calidad, seguridad y eficacia. Coordinación para la atención integral de las personas con cáncer ARTÍCULO 27 El Ministerio de Salud, en consulta con la Red Nacional del Cáncer, emitirá la normativa para la atención integral de las personas con cáncer, la cual tendrá como objetivo unificar la prestación de servicios, programas, acciones de detección y atención oportuna, debiendo el ente rector realizar las acciones pertinentes para asegurar lo estipulado en el artículo 5, literales d) y e) de la Ley.
--	--	--

		Obligatoriedad ARTÍCULO 28 Los miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán sujetarse a las disposiciones establecidas en la Ley, la Política Nacional del Cáncer, el presente Reglamento y las que emita el Ministerio de Salud, para la aplicación de programas o acciones de prevención y control del cáncer. Prevención ARTÍCULO 29 La prevención del cáncer, por medio de la promoción de la salud, será de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de salud, ya sean públicos o privados. Las municipalidades de todo el país, de conformidad a las competencias reguladas en el <u>Código Municipal</u>, deberán promover y desarrollar en sus programas de salud, campañas de sensibilización y educación popular para la detección temprana de cánceres con mayor recurrencia para los salvadoreños. Los empleadores públicos y privados, de conformidad a la <u>Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo</u>, tienen la obligación de formular y ejecutar el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales de su empresa, incluyendo la realización de pruebas de tamizaje y detección temprana que identifiquen los cánceres más frecuentes en el país. Las acciones de prevención de cáncer deberán estar dirigidas a disminuir la prevalencia de los factores de riesgo en la comunidad, desarrollar entornos saludables, reforzar la participación ciudadana, reorientar servicios de salud a la prevención e impulsar políticas públicas saludables. Factores de riesgo ARTÍCULO 30 Para los fines de este Reglamento, la Ley y la Política Nacional para la Prevención, Detección, Diagnóstico Oportuno, Tratamiento y Rehabilitación del Cáncer, los factores de riesgo de desarrollo del cáncer, se distinguen en los siguientes grupos: 1. Biológicos; 2. Químicos; 3. Ambientales; 4. De historia reproductiva; y, 5. De estilos de vida. La Red promoverá en la Política, acciones y conductas favorables a la salud que disminuyan el riesgo de desarrollar cáncer, atendiendo a las especificaciones de cada factor de riesgo. Establecimientos de atención integral del cáncer ARTÍCULO 31 Los establecimientos de salud que tratan a personas con cáncer, sean públicos o privados, adicionalmente al tratamiento del cáncer, podrán contribuir:
--	--	--

	1. En estudios clínicos de nuevos tratamientos cuidadosamente controlados y autorizados por entidad competente. 2. En la realización de estudios de control y prevención del cáncer en grupos muestrales pertinentes. 3. Deberán ofrecer servicios informativos sobre cáncer y consejerías. 4. Deberán contar con servicios sociales y de salud mental; así como servicios de apoyo psicológico. CAPÍTULO IX Organizaciones no gubernamentales Coordinación ARTÍCULO 32 Todas las actividades encaminadas para la sensibilización, educación, identificación temprana de cualquier tipo de cáncer, que se realicen de conformidad a sus planes de trabajo, deberán ser apoyadas por el Ministerio de Salud. Derechos y actividades ARTÍCULO 33 Las organizaciones no gubernamentales tienen derecho a realizar libremente y dentro de sus estatutos, las actividades de apoyo a los pacientes con cáncer y sus familiares, debiendo estar tales actividades orientadas al logro de los objetivos de la Ley y el presente Reglamento; así como la Política, Plan y Programa establecidos por el Ministerio. Dichas organizaciones deberán coordinar con las autoridades nacionales, regionales y hospitalarias, según la magnitud de la actividad, para el desarrollo de la misma, sin que esto perjudique las actividades cotidianas de los establecimientos de salud. CAPÍTULO X Cuidados paliativos De los cuidados paliativos ARTÍCULO 34 De acuerdo a lo establecido en el artículo 6 de la Ley, se entiende por cuidados paliativos, aquella atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y cuidadores, que tienen una enfermedad crónica avanzada evolutiva o que puede ser mortal, que de acuerdo al presente Reglamento, refiere al cáncer La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la misma y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Deber de garantía ARTÍCULO 35 Los integrantes del SNIS que realicen procedimientos o actividades relacionadas al abordaje integral del paciente con cáncer, garantizarán los cuidados paliativos a todos los pacientes oncológicos que lo requieran, desde su diagnóstico.
--	--

		En relación a los cuidados paliativos, deberán considerarse los aspectos siguientes: 1. Mejora de los servicios de atención de cuidados paliativos en la red de servicios de salud en hospitales y primer nivel de atención. 2. Fortalecimiento de los cuidados paliativos en la atención integral del paciente con diagnóstico de cáncer y sus complicaciones. 3. Capacitación del talento humano multidisciplinario de los diferentes niveles de atención en salud, sobre cuidados paliativos. 4. Coordinación con universidades para la inclusión en la currícula de las carreras de medicina y licenciatura en enfermería, la temática de cuidados paliativos en la formación del pregrado y postgrado. CAPÍTULO XI De la inversión De la inversión ARTÍCULO 36 El Ministerio de Salud, en coordinación con los miembros del SNIS, debe realizar estudio y análisis de la situación de las instituciones que conforman la Red para conocer la inversión nacional realizada en cáncer, con el fin de identificar oportunidades de mejora y de optimización de recursos. (...).
España	Constitución Española	Artículo 43. 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.
	Ley 3/2025, de 23 de junio, de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas	TÍTULO I Disposiciones generales Artículo 1. Objeto. Es objeto de esta ley garantizar el derecho de las personas a acceder a unos cuidados paliativos (básicos o avanzados) de calidad cuando sean necesarios, asegurando el respeto a su dignidad, autonomía e intimidad. Dichos cuidados serán proporcionados por personal sanitario. Se establecen los deberes de dicho personal, así como las garantías que las instituciones sanitarias, públicas y privadas, estarán obligadas a proporcionar para asegurar la dignidad de la persona con una enfermedad incurable avanzada. Artículo 2. Ámbito de aplicación.

		La presente ley es de aplicación a todas aquellas personas que presenten una enfermedad incurable avanzada y que deban tomar decisiones relacionadas con dicho proceso, bien sea en el domicilio o en un centro sanitario o social, público o privado, en el ámbito territorial de La Rioja. También será de aplicación a sus familiares, representantes, a las instituciones y los centros sanitarios y sociales, al personal implicado en su atención y a las entidades aseguradoras que presten servicios en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Artículo 3. Principios básicos. Los principios básicos de esta ley son los siguientes: a) El respeto a la dignidad de la persona que presenta una enfermedad incurable avanzada. b) El respeto a la libertad, la autonomía personal y su voluntad en cuanto a deseos, prioridades y valores dentro del marco legal. c) El intercambio libre de información veraz de manera accesible y comprensible, en un marco de diálogo, y la reflexión conjunta con el personal responsable de su atención. d) El respeto a la intimidad de la persona y de sus familiares o allegados y a la confidencialidad de la información clínica que deban recibir, de acuerdo con la normativa vigente. e) La igualdad y la no discriminación de las personas a la hora de recibir servicios del ámbito social o sanitario. f) La garantía de que el rechazo o interrupción de un procedimiento, tratamiento o información no causará ningún menoscabo en la atención integral de la persona enferma. g) Los cuidados paliativos deberán ser integrales. h) La atención será personalizada, respetando, en la medida de lo posible, el lugar elegido por la persona, a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas sanitarios y sociales, velando por la continuidad de los cuidados. i) El personal deberá disponer de los medios, materiales, recursos y formación imprescindibles para realizar una asistencia adecuada y de calidad. j) Las instituciones sanitarias promoverán el autocuidado de los profesionales sanitarios. (...). TÍTULO II Derechos de las personas con necesidades paliativas
--	--	---

		Artículo 6. Derecho a recibir cuidados paliativos integrales y a elegir el lugar donde recibirlos, así como apoyo a las familias y las personas cuidadoras. 1. Toda persona con una enfermedad incurable avanzada tiene derecho a recibir cuidados paliativos integrales de calidad, con el máximo respeto a su autonomía y dignidad, adecuados a la complejidad de la situación que padece. Se podrán prestar en el domicilio, residencia o centro sanitario donde sea ingresado. 2. Las familias y las personas cuidadoras de pacientes tendrán derecho a lo largo de todo el proceso a apoyo y asistencia, sea cual sea el lugar donde se preste la atención paliativa. Artículo 7. Derecho al alivio del sufrimiento. 1. Toda persona con una enfermedad incurable avanzada tiene derecho a recibir la atención integral idónea y el mejor tratamiento disponible que prevenga y alivie el sufrimiento. 2. Si los síntomas que desencadenan este sufrimiento se comportan como refractarios, la persona tiene derecho a una sedación paliativa por parte del personal sanitario responsable de su atención, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para disminuir su nivel de consciencia, debiendo reflejarse todo ello exhaustivamente en su historial clínico. Artículo 8. Derecho a la protección de la dignidad. Toda persona con una enfermedad incurable avanzada tiene derecho a la protección de su dignidad y a que se garantice el efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley, en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. Artículo 9. Derecho a la intimidad personal y familiar y a la confidencialidad. 1. La persona enferma tiene derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar y a la protección de todos los datos relacionados con su atención sanitaria. 2. Las personas que se encuentren hospitalizadas tendrán derecho a estar acompañadas, durante su permanencia en el hospital, por aquellos familiares o personas allegadas de su elección el máximo tiempo posible (salvo que ello pudiera perjudicar u obstaculizar la aplicación de los tratamientos oportunos), disponiendo de una habitación de uso individual que favorezca la intimidad. El mismo derecho, y en las mismas condiciones, les asiste a las personas que se encuentren en un centro de carácter social. Artículo 10. Derecho a la información clínica. 1. La persona enferma tiene derecho a recibir la información clínica de manera accesible, comprensible y adecuada en los términos previstos en la legislación vigente, dando la oportunidad de preguntar con el fin de ayudarle a tomar las decisiones de manera autónoma. 2. En caso de que, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por parte del personal sanitario implicado, estos rechacen voluntariamente la información, se respetará esta decisión haciéndoles ver la trascendencia de la misma y la posibilidad de designar a
--	--	---

	quien le represente, designación que se hará verbalmente a efectos de dejar constancia en la historia clínica de tal designación y que acepte recibir la mencionada información. Artículo 11. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado. Se requiere previamente a toda intervención diagnóstica o terapéutica el consentimiento libre y voluntario de la persona enferma, o de su representante, una vez haya recibido y valorado la información que le corresponda. El consentimiento será verbal por regla general, teniendo en cuenta las excepciones recogidas en el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y deberá recogerse en el historial clínico. Artículo 12. Derecho al consentimiento por representación. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias que haya que atender, siempre en favor de la persona enferma y con respeto a su dignidad humana. En el caso de que el paciente sea una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad. Se favorecerá que pueda prestar ella misma su consentimiento. Artículo 13. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención. 1. Los pacientes tendrán los siguientes derechos: a) A rechazar las intervenciones propuestas, tras un proceso de información y decisión, a pesar de que esto pueda suponer un riesgo para su vida. b) A solicitar la interrupción de los tratamientos una vez instaurados. c) A recibir información de los efectos y posibles riesgos, como de las consecuencias de su no aceptación, de modo adecuado, comprensible y accesible. 2. El rechazo a la retirada de una intervención constituye un derecho que debe ser respetado a pesar de no coincidir en el criterio clínico. 3. La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlo, no supondrá menoscabo alguno en el resto de atención sanitaria que se le dispense, especialmente en lo referido a la destinada a paliar el sufrimiento. Artículo 14. Derecho a realizar el documento de instrucciones previas. 1. Toda persona, mayor de edad, que no tenga medidas judiciales de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica que se lo impidan y que actúe libremente, puede formalizar su documento de instrucciones previas, en las condiciones establecidas en la normativa de aplicación.
--	---

	2. Los documentos inscritos en el registro de la Comunidad Autónoma de La Rioja se incorporarán al Registro Nacional de Instrucciones Previas, en los términos establecidos por la normativa vigente. 3. El documento de instrucciones previas se deberá incorporar automáticamente a la historia clínica después de su inscripción en los registros correspondientes. Artículo 15. Derecho a realizar la planificación anticipada de decisiones (PAD) o planificación anticipada compartida (PAC). 1. Toda persona tiene derecho a planificar la atención futura de manera conjunta con el personal que le atiende habitualmente, mediante un proceso voluntario y progresivo de comunicación y deliberación. Dicho proceso quedará recogido en su historia clínica en un apartado específico y visible. 2. En este proceso participarán, si así lo expresa la persona, familiares, representantes designados u otras personas de su entorno. Artículo 16. Derechos de las personas menores de edad. 1. Toda persona enferma menor de edad tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas de forma adaptada a su capacidad de comprensión y grado de madurez. Tendrá derecho a que su opinión sea escuchada. 2. Tendrán derecho a la compañía el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, de sus progenitores o personas que los sustituyan, quienes no asistirán como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria o asistencia domiciliaria, salvo que ello pudiera perjudicar u obstaculizar la aplicación de los tratamientos oportunos. 3. Tendrán derecho a hospitalización junto a otros menores y se evitará, dentro de lo posible, su hospitalización entre personas adultas. 4. A proseguir su formación escolar y a beneficiarse de las enseñanzas del profesorado y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición. (...).
<u>Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de</u>	Artículo 1. Ámbito de aplicación. 1. Las disposiciones establecidas en este real decreto serán de aplicación a todos los regímenes del sistema de la Seguridad Social, sin más particularidades que las que expresamente se indican. 2. Este real decreto no será de aplicación al personal funcionario incluido en el ámbito de aplicación del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, que se regirá por lo previsto en el artículo 49.e) de dicha ley, así como por el resto de normas de Función Pública que se dicten en desarrollo de la misma. Artículo 2. Situación protegida.

	<u>menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave</u>	1. A efectos de la prestación por cuidado de hijos o personas sujetas a guarda con fines de adopción o acogida con carácter permanente, menores de 18 años, afectados por cáncer u otra enfermedad grave, se considerará situación protegida la reducción de la jornada de trabajo que, de acuerdo con lo previsto en el párrafo tercero del artículo 37.6 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, lleven a cabo las personas progenitoras, guardadoras con fines de adopción y acogedoras de carácter permanente, cuando ambas trabajen, o cuando solo haya una persona progenitora por tratarse de familias monoparentales, para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra enfermedad grave incluida en el listado que figura en el anexo de este real decreto. El cáncer o enfermedad grave que padezca el menor deberá implicar un ingreso hospitalario de larga duración que requiera su cuidado directo, continuo y permanente durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad. Se considerará, asimismo, como ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en domicilio tras el diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave. 2. La acreditación del padecimiento del cáncer u otra enfermedad grave de las incluidas en el listado citado en el apartado anterior, así como la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente del menor durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad, se efectuará, incluso en aquellos casos en que la atención y diagnóstico del cáncer o enfermedad grave se haya llevado a cabo por servicios médicos privados, mediante declaración cumplimentada por el facultativo del servicio público de salud u órgano administrativo sanitario de la comunidad autónoma correspondiente, responsable de la atención del menor. Cuando el diagnóstico y tratamiento del cáncer o enfermedad grave del menor se haya realizado a través de los servicios médicos privados se exigirá que la declaración sea cumplimentada además por el médico del centro responsable de la atención del menor. 3. Se mantendrá la prestación económica hasta los 23 años cuando, alcanzada la mayoría de edad, persistiera el padecimiento del cáncer o la enfermedad grave, diagnosticada anteriormente, y subsistiera la necesidad de hospitalización, tratamiento y cuidado durante el mismo, en los términos y con la acreditación que se exigen en los apartados anteriores. No obstante, cumplidos los 18 años, se podrá reconocer la prestación hasta que el causante cumpla los 23 años en los supuestos de padecimiento de cáncer o enfermedad grave diagnosticada antes de alcanzar la mayoría de edad, siempre que en el momento de la solicitud se acrediten los requisitos establecidos en los apartados anteriores, salvo la edad. Asimismo, se mantendrá la prestación económica hasta que el causante cumpla los 26 años si antes de alcanzar los 23 años acreditara, además, un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento. 4. Se considerarán jurídicamente equiparables a la adopción, a la guarda con fines de adopción y al acogimiento familiar permanente aquellas instituciones jurídicas declaradas por resoluciones judiciales o administrativas extranjeras cuya finalidad y efectos jurídicos sean los previstos para la adopción, la guarda con fines de adopción y el acogimiento familiar permanente, cualquiera que sea su denominación. No se considerarán equiparables a la guarda con fines de adopción y al acogimiento familiar permanente, otras posibles modalidades de acogimiento familiar. Asimismo, se considerará situación protegida, en los mismos términos establecidos para los supuestos de adopción, guarda con fines de adopción y acogimiento familiar permanente, la constitución de tutela sobre el menor por designación de persona física cuando el tutor sea un familiar que, de acuerdo con la legislación civil, no pueda adoptar al menor.
--	--	--

	5. Cuando exista recaída del causante por el cáncer o la misma enfermedad grave no será necesario que exista un nuevo ingreso hospitalario, si bien en la recaída de la enfermedad deberá acreditarse, mediante una nueva declaración médica, la necesidad, tras el diagnóstico y hospitalización, de la continuación del tratamiento médico, así como del cuidado directo, continuado y permanente del causante por el progenitor, guardador o acogedor, cónyuge o pareja de hecho. 6. En el supuesto de personas trabajadoras por cuenta propia y asimiladas incluidas en los distintos regímenes especiales del sistema de la Seguridad Social, se considera situación protegida los periodos de cese parcial en la actividad, para el cuidado de hijos o personas afectadas por cáncer u otra enfermedad grave, en los términos indicados en los apartados anteriores. Los periodos de cese parcial en la actividad se determinarán de conformidad con lo dispuesto en el último párrafo del artículo 4.1. Artículo 3. Enfermedades graves. A efectos del reconocimiento de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, tendrán la consideración de enfermedades graves las incluidas en el listado que figura en el anexo de este real decreto. Artículo 4. Personas beneficiarias. 1. Serán personas beneficiarias del subsidio por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave las personas trabajadoras, por cuenta ajena y por cuenta propia y asimiladas cualquiera que sea su sexo, que reduzcan su jornada de trabajo en, al menos, un 50 por 100 de su duración, siempre que reúnan la condición general de estar afiliadas y en alta en algún régimen del sistema de la Seguridad Social y acrediten los periodos mínimos de cotización exigibles en cada caso. Cuando, cumplidos los 18 años de edad, la persona enferma contraiga matrimonio o constituya una pareja de hecho, tendrá derecho a la prestación quien sea su cónyuge o pareja de hecho siempre que acredite las condiciones para ser persona beneficiaria. El subsidio se reconocerá en proporción al porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo que disfruten las personas trabajadoras. Para la percepción del subsidio, el porcentaje de reducción de jornada se entenderá referido a una jornada de trabajo de una persona trabajadora a tiempo completo comparable de la misma empresa y centro de trabajo que realice un trabajo idéntico o similar, y se computará sin tener en cuenta otras reducciones de jornada que, en su caso, disfruten las personas trabajadoras por razones de guarda legal de menores o de cuidado de familiares, o por cualquier otra causa. En el caso de las personas trabajadoras por cuenta propia y asimiladas los porcentajes indicados se entenderán referidos a una jornada de cuarenta horas semanales. 2. Dentro de cada unidad familiar, ambas personas progenitoras, guardadoras o acogedoras deben acreditar que se encuentran afiliadas y en situación de alta en algún régimen público de Seguridad Social o solo una de ellas, si la otra, en razón del ejercicio de su actividad profesional, está incorporada obligatoriamente a la mutualidad de previsión social establecida por el correspondiente colegio profesional.
--	---

	El requisito de estar afiliado y en alta se entenderá cumplido en aquellos supuestos en que la persona progenitora, guardadora o acogedora del menor, que no es beneficiaria de la prestación, tenga suscrito un Convenio Especial en el Sistema de la Seguridad Social por realizar su actividad laboral en un país con el que no exista instrumento internacional de Seguridad Social. En el supuesto de familias monoparentales, así como cuando quien se ocupe del cuidado directo, continuo y permanente de la persona afectada por cáncer u otra enfermedad grave sea el cónyuge o pareja de hecho de esta, deberá acreditarse que la persona progenitora, guardadora o acogedora, o el cónyuge o pareja de hecho, se encuentra afiliada y en alta en algún régimen público de Seguridad Social. 3. Cuando ambas personas progenitoras, guardadoras o acogedoras tuvieran derecho al subsidio, solamente podrá reconocerse a una de ellas, determinada de común acuerdo, con independencia del número de menores que estén afectados por cáncer u otra enfermedad grave y que requieran un cuidado directo, continuo y permanente. A falta de acuerdo, será persona beneficiaria aquella que lo solicite en primer lugar. 4. En los casos de nulidad, separación, divorcio o extinción de la pareja de hecho constituida en los términos del artículo 221 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, así como cuando se acredite ser víctima de violencia de género, el derecho será reconocido a la persona progenitora, guardadora o acogedora que conviva con la persona enferma, aunque el otro no trabaje, siempre que se cumplan el resto de los requisitos exigidos. Si ambas personas progenitoras, guardadoras o acogedoras tuvieran derecho al subsidio, este podrá ser reconocido a favor de la determinada de común acuerdo. A falta de acuerdo y de previsión judicial expresa, se atribuirá la condición de persona beneficiaria del subsidio a aquella a quien se conceda la custodia del menor y, si esta fuese compartida, a la que lo solicite en primer lugar. 5. Mediante acuerdo entre ambas personas progenitoras, guardadoras o acogedoras y la empresa o empresas respectivas, podrán alternarse entre ellas el percibo del subsidio por periodos no inferiores a un mes, en cuyo caso el percibo del subsidio quedará en suspenso cuando se reconozca un nuevo subsidio a la otra persona progenitora, guardadora o acogedora. 6. En las situaciones de pluriactividad, podrá percibirse el subsidio en cada uno de los regímenes de la Seguridad Social en el que se reúnan los requisitos exigidos. En tales situaciones, si la persona trabajadora acredita las condiciones para acceder a la prestación solamente en uno de los regímenes, se reconocerá un único subsidio, computando exclusivamente las cotizaciones satisfechas a dicho régimen. Si en ninguno de los regímenes se reúnen los requisitos para acceder al derecho, se totalizarán las cotizaciones efectuadas en todos ellos, siempre que no se superpongan, y se reconocerá el subsidio por el régimen en el que se acrediten más días de cotización. En situaciones de pluriempleo, el reconocimiento del subsidio se efectuará en proporción al porcentaje de reducción que experimente el total de la jornada de trabajo de los distintos empleos. En esta situación, a efectos de la base reguladora, se tendrán en cuenta las bases de cotización correspondientes a cada una de las empresas o actividades, siendo de aplicación el tope máximo establecido a efectos de cotización. 7. Las personas trabajadoras contratadas a tiempo parcial tendrán derecho al subsidio por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave siempre que reduzcan su jornada en, al menos, un 50 por ciento, reconociéndose el subsidio en proporción al porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo que disfruten las personas trabajadoras.
--	--

	El porcentaje de reducción de jornada se entenderá referido a una jornada de trabajo de una persona trabajadora a tiempo completo comparable de la misma empresa y centro de trabajo que realice un trabajo idéntico o similar, y se computará sin tener en cuenta otras reducciones de jornada que, en su caso, disfrute la persona trabajadora contratada a tiempo parcial por razones de guarda legal de menores o de cuidado de familiares, o por cualquier otra causa. En todo caso, cuando la duración efectiva de la jornada a tiempo parcial sea igual o inferior al 25 por ciento de una jornada de trabajo de una persona trabajadora a tiempo completo comparable, no se tendrá derecho al subsidio. No obstante, si la persona trabajadora tuviera dos o más contratos a tiempo parcial, se sumarán las jornadas efectivas de trabajo a efectos de determinar el citado límite. 8. En el caso de personas trabajadoras que sean responsables del ingreso de las cotizaciones, según lo establecido en el artículo 47 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, será requisito imprescindible para el reconocimiento y abono de la prestación que aquellas se hallen al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social, aunque el subsidio sea reconocido, como consecuencia del cómputo recíproco de cotizaciones, en un régimen de trabajadores por cuenta ajena. A tal fin, será de aplicación el mecanismo de la invitación al pago previsto en el artículo veintiocho. dos del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, cualquiera que sea el régimen de la Seguridad Social en que la persona interesada estuviese incorporada en el momento de acceder al subsidio o en el que se cause este. Artículo 5. Períodos mínimos de cotización. 1. No se exigirán periodos mínimos de cotización para el reconocimiento del derecho al subsidio por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave a las personas trabajadoras que tengan menos de 21 años de edad en la fecha en que inicien la reducción de jornada, conforme a lo establecido en el artículo 178.1.a) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. 2. Sin perjuicio de lo establecido en el apartado anterior, para el acceso al mencionado subsidio es necesario acreditar los siguientes periodos mínimos de cotización: a) Si la persona trabajadora tiene cumplidos 21 años de edad y es menor de 26 en la fecha en que inicie la reducción de jornada, el periodo mínimo de cotización exigido será de 90 días cotizados dentro de los siete años inmediatamente anteriores a dicha fecha. Se considerará cumplido el mencionado requisito si, alternativamente, la persona trabajadora acredita 180 días cotizados a lo largo de su vida laboral, con anterioridad a la fecha indicada. b) Si la persona trabajadora tiene cumplidos 26 años de edad en la fecha en que inicie la reducción de jornada, el periodo mínimo de cotización exigido será de 180 días dentro de los siete años inmediatamente anteriores a dicha fecha. Se considerará cumplido el mencionado requisito si, alternativamente, la persona trabajadora acredita 360 días cotizados a lo largo de su vida laboral, con anterioridad a la fecha indicada.
--	---

		3. Cuando se trate de personas trabajadoras a tiempo parcial, el lapso de tiempo inmediatamente anterior al inicio de la reducción de jornada, en el que debe estar comprendido el período mínimo de cotización exigido, se incrementará en proporción inversa a la existente entre la jornada efectuada por la persona trabajadora y la jornada habitual en la actividad correspondiente y exclusivamente en relación con los períodos en que, durante dicho lapso, se hubiera realizado una jornada inferior a la habitual. Artículo 6. Prestación económica. 1. La prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave consistirá en un subsidio, de devengo diario, equivalente al 100 por 100 de la base reguladora establecida para la prestación por incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales o, en su caso, la derivada de contingencias comunes, cuando no se haya optado por la cobertura de las contingencias profesionales, aplicando el porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo. En aquellos supuestos en que la persona trabajadora no tenga cubierta la contingencia de incapacidad temporal en el régimen de Seguridad Social que deba reconocer la prestación, la base reguladora de la misma estará constituida por la base de cotización de contingencias comunes. La base reguladora del subsidio se modificará o actualizará al mismo tiempo que las bases de cotización correspondientes. 2. En el caso de personas trabajadoras contratadas a tiempo parcial, la base reguladora diaria del subsidio será el resultado de dividir la suma de las bases de cotización acreditadas en la empresa durante los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de inicio de la reducción de jornada, entre el número de días naturales de dicho periodo. A dicha base reguladora se aplicará el porcentaje de reducción de jornada que corresponda. De ser menor la antigüedad de la persona trabajadora en la empresa, la base reguladora de la prestación será el resultado de dividir la suma de las bases de cotización acreditadas entre el número de días naturales comprendidos en dicho periodo. Artículo 7. Nacimiento, duración, suspensión y extinción del derecho. 1. Se tendrá derecho al subsidio por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave a partir del mismo día en que dé comienzo la reducción de jornada correspondiente, siempre que la solicitud se formule en el plazo de tres meses desde la fecha en que se produjo dicha reducción. Transcurrido dicho plazo, los efectos económicos del subsidio tendrán una retroactividad máxima de tres meses. El subsidio se reconocerá por un periodo de un mes, prorrogable inicialmente por un periodo de dos meses y sucesivos de cuatro meses, cuando subsista la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del causante, que se acreditará mediante declaración del facultativo del servicio público de salud u órgano administrativo sanitario de la comunidad autónoma correspondiente responsable de la asistencia médica del causante y, como máximo, hasta que este cumpla los 23 años o los 26 años si acredita un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento.
--	--	---

	Quando la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente del causante, según se acredite en la declaración médica emitida al efecto, sea inferior a dos o, en su caso, cuatro meses, el subsidio se reconocerá por el periodo concreto que conste en el informe. 2. La percepción del subsidio quedará en suspenso: a) En las situaciones de incapacidad temporal, durante los periodos de descanso por nacimiento y cuidado del menor y en los supuestos de riesgo durante el embarazo y de riesgo durante la lactancia natural y, en general, cuando la reducción de la jornada de trabajo por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave concorra con cualquier causa de suspensión de la relación laboral. No obstante, cuando, por motivos de salud, la persona que se hacía cargo del causante no pueda atenderle y se encuentre en situación de incapacidad temporal o en período de descanso obligatorio por nacimiento y cuidado del menor en caso de nacimiento de un nuevo hijo podrá reconocerse un nuevo subsidio por cuidado de menores a la otra persona progenitora, guardadora o acogedora, siempre que la misma reúna los requisitos para tener derecho al subsidio. Quando el causante contraiga matrimonio o constituya una pareja de hecho, tendrá derecho a la prestación quien sea su cónyuge o pareja de hecho, siempre que acredite las condiciones para ser beneficiario. b) En el supuesto de alternancia en el percibo del subsidio entre las personas progenitoras, guardadoras o acogedoras, a que se refiere el artículo 4.5, el percibo del subsidio quedará en suspenso para la persona progenitora, guardadora o acogedora que lo tuviera reconocido cuando se efectúe el reconocimiento de un nuevo subsidio a la otra persona progenitora, guardadora o acogedora. 3. El subsidio se extinguirá: a) Por la reincorporación plena al trabajo o reanudación total de la actividad laboral de la persona beneficiaria, cesando la reducción de jornada por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, cualquiera que sea la causa que determine dicho cese. b) Por no existir la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del causante, debido a la mejoría de su estado o a alta médica por curación, según el informe del facultativo del servicio público de salud u órgano administrativo sanitario de la comunidad autónoma correspondiente responsable de la asistencia sanitaria del causante. c) Cuando una de las personas progenitoras, guardadoras o acogedoras del causante, cónyuge o pareja de hecho cese en su actividad laboral, sin perjuicio de que cuando esta se reanude se pueda reconocer un nuevo subsidio si se acredita por la persona beneficiaria el cumplimiento de los requisitos exigidos y siempre que el causante continúe requiriendo el cuidado directo, continuo y permanente. En los supuestos de nulidad, separación, divorcio o extinción de la pareja de hecho constituida en los términos del artículo 221 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, así como cuando se acredite ser víctima de violencia de género, en los que el derecho al subsidio se haya reconocido a favor de la persona progenitora, guardadora o acogedora que conviva con la persona enferma, únicamente se extinguirá cuando sea esta persona progenitora, guardadora o acogedora que tenga derecho al subsidio quien cese en la relación laboral. d) Por cumplir el causante los 23 años, salvo que se acredite un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento.
--	---

	e) Por dejar de acreditar el grado de discapacidad requerido o, en todo caso, cuando el causante cumpla los 26 años de edad. f) Por fallecimiento del causante. g) Por fallecimiento de la persona beneficiaria de la prestación. 4. Las personas beneficiarias estarán obligadas a comunicar a la correspondiente entidad gestora o a la mutua cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. 5. En cualquier momento, la correspondiente entidad gestora o la mutua podrá llevar a cabo las actuaciones necesarias para comprobar que las personas perceptoras del subsidio mantienen el cumplimiento de los requisitos exigidos para su reconocimiento. Artículo 8. Gestión y pago de la prestación económica 1. La gestión de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave se llevará a cabo por la correspondiente entidad gestora o mutua colaboradora con la Seguridad Social con la que la persona trabajadora tenga cubiertas las contingencias profesionales. No obstante, cuando la persona trabajadora no tenga la cobertura de los riesgos profesionales, será competente para la gestión de la prestación la entidad gestora o la mutua que asuma la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes. En el supuesto de que en el régimen de la Seguridad Social por el que se reconozca la prestación económica la persona trabajadora no haya optado por la cobertura de la incapacidad temporal, la gestión de aquella se atribuirá a la correspondiente entidad gestora de la Seguridad Social. 2. El pago del subsidio corresponderá a la entidad gestora o a la mutua que resulte competente en la fecha de inicio de los efectos económicos de la prestación. La responsabilidad del pago se mantendrá hasta la fecha del vencimiento del documento de asociación y de cobertura formalizado en su día. Si en la fecha de dicho vencimiento se hubiera producido un cambio de la entidad que cubra las contingencias profesionales o comunes, en su caso, será la nueva entidad la que asuma el pago del subsidio durante el periodo de doce meses y los sucesivos, en su caso, en tanto mantenga dicha cobertura. 3. La Tesorería General de la Seguridad Social facilitará que las entidades gestoras y las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social puedan obtener, a través de sistemas informáticos, electrónicos o telemáticos, los datos necesarios relativos a las personas solicitantes y beneficiarias de las prestaciones por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave para garantizar un procedimiento de comunicación ágil en el reconocimiento y control de las prestaciones. El tratamiento de estos datos se realizará de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. 4. El pago del subsidio se realizará por la correspondiente entidad gestora o por la mutua, por periodos mensuales vencidos. En el caso de las personas trabajadoras contratadas a tiempo parcial el devengo del subsidio será por días naturales, aunque el pago se realice mensualmente.
--	--

	Artículo 9. Procedimiento para el reconocimiento del derecho. 1. El procedimiento para el reconocimiento del derecho al subsidio por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave se iniciará mediante solicitud de la persona trabajadora dirigida a la dirección provincial competente de la correspondiente entidad gestora de la provincia en que aquella tenga su domicilio o a la mutua colaboradora con la Seguridad Social que le corresponda. Las solicitudes se formularán en los modelos aprobados a tal efecto por la correspondiente entidad gestora o mutua y deberán contener los datos que establece el artículo 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Los referidos modelos de solicitud estarán a disposición de las personas interesadas en las entidades gestoras y en las mutuas, así como en la página web de la Seguridad Social. 2. Con la solicitud deberán quedar acreditados los siguientes datos o, en su caso, aportarse los documentos correspondientes: a) Certificado de la empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada de la persona trabajadora prevista en el párrafo tercero del artículo 37.6 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, con indicación del porcentaje en que ha quedado fijada dicha reducción de jornada. Las personas trabajadoras por cuenta propia o autónomos y asimilados deberán presentar una declaración indicando expresamente el porcentaje de reducción de su actividad profesional en relación con una jornada semanal de cuarenta horas. Cuando se trate de personas integradas en el Sistema Especial para Empleados de Hogar, se aportará declaración del responsable del hogar familiar sobre la reducción de jornada efectiva de la persona trabajadora. b) Declaración del facultativo del servicio público de salud u órgano administrativo sanitario de la comunidad autónoma correspondiente responsable de la asistencia médica del causante y, en su caso, del facultativo de los servicios médicos privados donde el causante hubiera sido atendido que exprese la necesidad del cuidado del mismo por encontrarse afectado por cáncer u otra enfermedad grave que requiera ingreso hospitalario de larga duración y tratamiento médico continuado de la enfermedad. c) Libro de familia o certificación registral individual o certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil o, en su caso, resolución judicial por la que se haya constituido la adopción, o decisión administrativa de guarda con fines de adopción o acogimiento o, en su caso, resolución judicial de la tutela del menor. d) Certificado de la empresa en el que conste la cuantía de la base de cotización de la persona trabajadora por contingencias profesionales o, en su caso, por contingencias comunes, correspondiente al mes previo a la fecha de inicio de la reducción de jornada y, en su caso, las cantidades de percepción no periódica abonadas durante el año anterior a dicha fecha. En los casos de personas trabajadoras a tiempo parcial, deberá reflejarse la cuantía de la base de cotización correspondiente a los tres meses anteriores a la reducción de jornada. Asimismo, deberá constar expresamente en la declaración la cotización por realización de horas extraordinarias en el año anterior al inicio de la reducción de jornada.
--	--

		e) Acreditación de la cotización con los recibos del abono de cuotas, si la persona solicitante del subsidio es la obligada a su ingreso, cuando sean necesarias para acreditar el periodo mínimo de cotización, a efectos de determinar la cuantía de la prestación o el requisito de estar al corriente en el pago de las cuotas. f) En el caso de las personas trabajadoras encuadradas en el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, declaración de la situación de la actividad referida a la parte de jornada profesional que reduce el trabajador autónomo. 3. A la vista de los datos y de la documentación presentada y una vez comprobados todos los requisitos formales, hechos y condiciones exigidos para acceder al subsidio, la correspondiente entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social dictará resolución expresa y notificará en el plazo de treinta días, contados desde la recepción de la solicitud, el reconocimiento o denegación del derecho a la prestación económica. 4. Transcurrido el plazo de treinta días a que se refiere el apartado anterior sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, la solicitud se entenderá desestimada, de conformidad con el artículo 129.3 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. 5. Las resoluciones, expresas o presuntas, dictadas por la entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social serán recurribles en la forma prevista en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. (...).
	Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, por el que se adoptan y prorrogan determinadas medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania, de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad;	CAPÍTULO II Disposiciones para hacer efectivo el derecho al olvido oncológico Artículo 209. Modificación de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, queda modificada del siguiente modo: Uno. Se modifica el artículo diez, que pasa a tener la siguiente redacción: «Artículo diez. El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

	de transposición de Directivas de la Unión Europea en materia de modificaciones estructurales de sociedades mercantiles y conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores; y de ejecución y cumplimiento del Derecho de la Unión Europea	Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación. El tomador de un seguro sobre la vida no está obligado a declarar si él o el asegurado han padecido cáncer una vez hayan transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Una vez transcurrido el plazo señalado, el asegurador no podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos a efectos de la contratación del seguro, quedando prohibida toda discriminación o restricción a la contratación por este motivo.» Dos. Se modifica la disposición adicional quinta, que queda redactada como sigue: «Disposición adicional quinta. No discriminación por razón de VIH/SIDA, por haber padecido un cáncer o por otras condiciones de salud. 1. No se podrá discriminar a las personas que tengan VIH/SIDA, ni por otras condiciones de salud. En particular, se prohíbe la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de tener VIH/SIDA, o por otras condiciones de salud, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente. 2. En ningún caso podrá denegarse el acceso a la contratación, establecer procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador, imponer condiciones más onerosas o discriminar de cualquier otro modo a una persona por haber sufrido una patología oncológica, una vez transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. 3. El Gobierno, mediante real decreto, podrá modificar los plazos establecidos en el apartado anterior y en el último párrafo del artículo 10 conjuntamente o para patologías oncológicas específicas, en función de la evolución de la evidencia científica.» Artículo 210. Modificación del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. Se modifica la disposición adicional única del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, que pasa a tener la siguiente redacción: «Disposición adicional única. Nulidad de determinadas cláusulas. 1. Serán nulas aquellas cláusulas, estipulaciones, condiciones o pactos que excluyan a una de las partes por tener VIH/SIDA u otras condiciones de salud. Asimismo, será nula la renuncia a lo estipulado en esta disposición por la parte que tenga VIH/SIDA u otras condiciones de salud. 2. Serán nulas aquellas cláusulas, estipulaciones, condiciones o pactos que excluyan a una de las partes por haber padecido cáncer antes de la fecha de suscripción del contrato o negocio jurídico, una vez que hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Al efecto, de forma previa a la suscripción de un contrato de consumo, independientemente del sector, no se
--	---	---

		podrá solicitar a la persona consumidora información oncológica una vez que hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Asimismo, será nula la renuncia a lo estipulado en esta disposición por la parte que haya padecido cáncer en los casos anteriores. 3. El Gobierno, mediante real decreto, podrá modificar los plazos establecidos en la presente disposición, conjuntamente o para patologías oncológicas específicas, en función de la evolución de la evidencia científica.»
México	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Artículo 4º. – (...). Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Para garantizar el derecho de protección a la salud de las personas, la ley sancionará toda actividad relacionada con cigarrillos electrónicos, vapeadores y demás sistemas o dispositivos análogos que señale la ley; así como la producción, distribución y enajenación de sustancias tóxicas, precursores químicos, el uso ilícito del fentanilo y demás drogas sintéticas no autorizadas.
	Ley General para la detección oportuna del cáncer en la infancia y la adolescencia	TITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES Capítulo Único Artículo 1.- La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en el territorio nacional, tiene por objeto establecer, dentro de las dependencias de la Administración Pública del Sistema Nacional de Salud, las medidas necesarias para la atención integral y universal de las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años con sospecha o diagnóstico de cáncer. Artículo 2.- La Secretaría de Salud en el ámbito de sus competencias y a través del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia y del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, serán las autoridades encargadas de la instrumentación de la presente Ley, para lo cual impulsarán la participación de los sectores social y privado, así como de la sociedad en general, con el fin de fortalecer los servicios de salud en materia de detección oportuna del cáncer en la infancia y adolescencia. Para tal efecto, la Secretaría de Salud promoverá la creación de Redes de Apoyo en el ámbito federal; los gobiernos de las entidades federativas harán lo propio en el ámbito de su competencia, con la finalidad de facilitar el acceso a los pacientes y sus familiares a la información relativa a la prestación de servicios de atención médica en esta materia y, en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos, haciendo uso de la estructura y personal existente.

		Las dependencias de la Administración Pública del Sistema Nacional de Salud, en sus respectivos ámbitos, llevarán a cabo programas o campañas temporales o permanentes, para la detección oportuna del cáncer en la infancia y la adolescencia. Artículo 3.- Para lograr el objetivo de disminuir la mortalidad en niñas, niños y adolescentes con cáncer, las dependencias de la Administración Pública del Sistema Nacional de Salud, deberán considerar las siguientes estrategias como prioritarias: I. Diagnóstico temprano; II. Acceso efectivo; III. Tratamiento oportuno, integral y de calidad; IV. Capacitación continua al personal de salud; V. Disminuir el abandono al tratamiento; VI. Contar con un registro fidedigno y completo de los casos, y VII. Implementar campañas de comunicación masiva para crear conciencia social sobre el cáncer en la infancia y la adolescencia. Artículo 4.- Para efectos de esta Ley se entenderá por: I. UMA: Unidades Médicas Acreditadas, son hospitales que se encuentran acreditados por la Federación, para atender a menores de 18 años con cáncer; II. Red de Apoyo Contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia: Mecanismo integrado a nivel nacional para la atención y canalización de las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años con sospecha o diagnóstico de cáncer; III. Consejo: El Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia; IV. Centro: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia; V. Secretaría: Secretaría de Salud; VI. Atención Oportuna: Las acciones realizadas en el menor tiempo posible por el personal de salud al que hace referencia este ordenamiento, en las circunstancias apremiantes para producir el efecto deseado y buscado por la ley, tomando en cuenta la disponibilidad y capacidad de recursos técnicos y humanos. Artículo 5.- Son principios rectores de esta Ley:
--	--	---

		I. El interés superior del menor; II. El derecho a la vida, la supervivencia y de desarrollo; III. La no discriminación; IV. La universalidad; V. La progresividad; VI. La interdependencia, y VII. La indivisibilidad. Artículo 6.- Son sujetos de derechos en la presente Ley: I. La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer en cualquiera de sus etapas y se requieran exámenes y procedimientos especializados hasta en tanto el diagnóstico no se descarte; II. La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, y III. La población mayor de 18 años que estén recibiendo tratamiento por cáncer, hasta que éste se concluya, siempre y cuando el diagnóstico y tratamiento haya sido realizado e iniciado cuando eran menores de edad. Artículo 7.- Son derechos de las personas a que se refiere el artículo anterior, entre otros: I. Recibir atención médica integrada, desde la promoción, prevención, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, en términos de la Ley General de Salud y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. En particular tienen derecho a recibir diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en cualquiera de sus tipos o modalidades; II. Recibir las prestaciones de los servicios de salud correspondientes, en términos de la Ley General de Salud para tratamiento necesario desde la confirmación del diagnóstico y hasta el alta médica, sin importar que en el proceso el paciente supere los 18 años de edad; III. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, adecuada a su edad, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; IV. Contar con los servicios de apoyo psicosocial de acuerdo con sus necesidades;
--	--	--

	V. Acceder a las prestaciones de los servicios de salud correspondientes, en términos de la Ley General de Salud, con el fin de realizar los exámenes paraclínicos que corroboren el diagnóstico; VI. Contar, a partir del momento en que se tenga la presunción de cáncer y hasta que el diagnóstico no se descarte, con la autorización de todos los procedimientos, de manera integral y oportuna; VII. Recibir apoyo académico especial en las Unidades Médicas Acreditadas para que las ausencias escolares por motivo del tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico, de conformidad con los convenios que para tal efecto celebre la Secretaría; VIII. Recibir cuidados paliativos cuando sea necesario. TÍTULO SEGUNDO DE LAS AUTORIDADES Capítulo I De la Coordinación Artículo 8.- La Secretaría será la encargada de coordinar y ejecutar las atribuciones conferidas por esta Ley en materia de cáncer en la infancia y adolescencia, para tales efectos, el Centro funcionará como órgano desconcentrado de carácter técnico y el Consejo, como órgano preponderantemente consultivo, en términos de las atribuciones que les otorgan éste y otros ordenamientos. Artículo 9.- Las entidades federativas y el Instituto de Salud para el Bienestar, en coordinación con la Secretaría se asegurarán de implementar en su territorio las medidas necesarias para el funcionamiento de: I. La coordinación estatal del Centro y el Consejo; II. La Red de Apoyo contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia, y III. El Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia. Artículo 10.- La Secretaría promoverá convenios de coordinación con la Secretaría de Educación Pública, a fin de que en las UMAS se cuente con la presencia de tutores con el propósito de que brinden especial apoyo académico a los sujetos de derechos en esta Ley, para que las ausencias escolares por motivo del tratamiento y consecuencias de la enfermedad no afecten de manera significativa su rendimiento académico. Capítulo II Del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
--	--

	Artículo 11.- El Centro es un órgano administrativo desconcentrado, con autonomía operativa, técnica y administrativa, encargado de establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, en términos del reglamento interior de la Secretaría. Artículo 12.- Para efectos de esta Ley, el Centro tendrá las siguientes atribuciones: I. Fungir, por conducto de su titular, como Secretario Técnico del Consejo; II. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales, con el fin de favorecer el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del cáncer en la infancia y la adolescencia y evaluar su impacto; incluido el diseño de campañas de carácter temporal o permanente para informar a la población sobre los principales signos y síntomas de cáncer en la infancia y la adolescencia; III. Proponer los lineamientos y los procedimientos técnicos para la organización, programación y presupuestación, relacionados con los programas en materia de cáncer en la infancia y la adolescencia en todo el territorio nacional; IV. Definir, instrumentar, supervisar y evaluar las estrategias y los contenidos técnicos de los materiales de comunicación social, así como de los materiales didácticos y metodologías que Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Nueva Ley DOF 07-01-2021 5 de 11 se utilicen para la capacitación y actualización del personal de salud al que hace referencia la presente Ley, en materia de cáncer en la infancia y la adolescencia en coordinación con las unidades administrativas competentes; V. Promover la coordinación entre las agencias nacionales e internacionales en relación con el cáncer en la infancia y la adolescencia, con la colaboración de las unidades administrativas competentes; VI. Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en lo general, de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones materia de su competencia; VII. Certificar el desempeño de las localidades, jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, regiones o comunidades, según sea el caso en relación con la aplicación de la presente Ley, e imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad, así como remitir a las autoridades correspondientes, en su caso, para que impongan sanciones económicas a través del procedimiento administrativo procedente, en caso de incumplimiento; VIII. Coordinar la organización y logística de las sesiones del Consejo; IX. Definir los lineamientos para el funcionamiento y operatividad de la Red de Apoyo contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia; X. Instruir y coordinar el programa de capacitación para los responsables estatales de la Red de Apoyo contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia, con el fin de procurar la actualización permanente del personal;
--	--

		XI. Definir la estrategia de supervisión a los servicios estatales de salud, para favorecer que se otorguen servicios oportunos y de calidad en materia de cáncer en la infancia y la adolescencia; XII. Emitir los lineamientos para el funcionamiento del Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia y conducir las acciones para la evaluación de los datos generados, en términos del Capítulo II del Título Tercero de esta Ley, favoreciendo la veracidad, oportunidad y calidad de la información necesaria para la planeación estratégica; XIII. Definir las estrategias para la operación de los programas que se deriven de los convenios a que hace referencia el artículo 10, con el fin de contribuir a que la población infantil y adolescente hospitalizada continúe su educación básica; XIV. Emitir su reglamento y los manuales necesarios para su funcionamiento, y XV. Las demás que le asigne el Secretario de Salud para el adecuado desempeño de las anteriores y las que señalen otros ordenamientos y que no se opongan con lo establecido en la presente Ley. Capítulo III Del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia Capítulo III Del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia Artículo 13.- El Consejo es el órgano consultivo e instancia permanente de coordinación y concertación de las acciones de los sectores público, social y privado en materia de investigación, prevención, diagnóstico, y tratamiento integral del cáncer detectado entre la población menor de 18 años en la República Mexicana. Artículo 14.- Para el cumplimiento de su objeto el Consejo, en estricta coordinación con el Centro tendrá las siguientes funciones: I. Propondrá políticas, estrategias y acciones resolutivas y de investigación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento integral del cáncer detectado entre las personas menores de 18 años, así como para mejorar su calidad de vida; II. Fungirá como órgano de consulta nacional; III. Promoverá la coordinación de las acciones entre las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y entre éstas y los gobiernos de las entidades federativas, así como la concertación de acciones con los sectores social y privado; IV. Propondrá las medidas que considere necesarias para homologar, garantizar la cobertura, eficiencia y calidad de las acciones en su materia, incluyendo las estrategias financieras para su instrumentación; V. Impulsará la sistematización y difusión de la normatividad y de la información científica, técnica y de la salud; VI. Propondrá y promoverá la realización de actividades educativas y de investigación;
--	--	---

	VII. Promoverá y apoyará la gestión ante las instancias públicas, sociales y privadas correspondientes, de los recursos necesarios para la adecuada instrumentación y operación de las acciones que impulse; VIII. Recomendará la actualización permanente de las disposiciones jurídicas relacionadas; IX. Promoverá la creación de consejos estatales para la prevención y el tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia, especificando la relación que éstos deberán mantener con el Consejo, así como las instancias coordinadoras del Centro; X. Emitir su reglamento y los manuales necesarios para su funcionamiento, y XI. Las demás que le asigne el Secretario de Salud para el adecuado desempeño de las anteriores y las que señalen otros ordenamientos y que no se opongan con lo establecido en la presente Ley. Artículo 15.- El Consejo se integrará por: I. La persona titular de la Secretaría de Salud, quien lo presidirá; II. La persona titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de la Secretaría, quien fungirá como Vicepresidente del Consejo, y suplirá las ausencias del presidente; III. La persona titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, el Director del Instituto de Salud para el Bienestar, el Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, todos ellos de la Secretaría IV. Las personas titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y V. Las personas titulares de los Servicios de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. Artículo 16.- El Presidente del Consejo invitará a formar parte de éste con el carácter de vocales a: I. La persona titular de la Secretaría del Consejo de Salubridad General; II. Los coordinadores regionales del Instituto de Salud para el Bienestar; III. Instituciones u organizaciones nacionales o internacionales, públicas o privadas, de carácter médico, científico o académico, de reconocido prestigio y con amplios conocimientos en la materia objeto del Consejo, y IV. Organizaciones de la sociedad civil de reconocido prestigio que realicen actividades relacionadas con las funciones del Consejo y estén constituidas de conformidad con la normativa aplicable.
--	---

		Cada uno de los vocales que el Presidente del Consejo invite a integrarse a dicho órgano deberá representar a una organización o institución distinta, con el propósito de favorecer la pluralidad. Los mecanismos para su selección, así como su número se ajustarán a lo que al respecto se señale en el Reglamento Interno del propio órgano colegiado. En todos los casos deberá existir mayoría de los miembros integrantes de la Administración Pública Federal. Capítulo IV De la Red Nacional de Apoyo Contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia Artículo 17.- La Secretaría en coordinación con las entidades federativas, harán uso de la infraestructura y personal existente a fin de que en todas las unidades médicas de primer nivel se cuente con los mecanismos para la integración de la Red Nacional de Apoyo Contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia. Artículo 18.- La Red Nacional de Apoyo Contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia deberá cumplir con las funciones siguientes: I. Registrar las organizaciones de asistencia social públicas y privadas que brinden apoyo a sujetos de derechos en esta Ley en todo el territorio nacional; II. Brindar asesoría a los padres de familia de los sujetos de derechos en esta Ley respecto al funcionamiento del Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia; III. Brindar asesoría a los padres de familia de los sujetos de derechos en esta Ley respecto a la manera de acceder a las prestaciones de los servicios de salud correspondientes; IV. Registrar las Unidades Médicas Acreditadas, y V. Las demás que designe la Secretaría. Artículo 19.- La Red Nacional de Apoyo Contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia deberá contemplar los mecanismos para integrar a los trabajadores sociales designados para tal efecto dentro del personal adscrito a las unidades médicas, que deberá ser capacitado para: I. Asesorar a los padres de los menores de edad de quienes se tenga la presunción o el diagnóstico confirmado de cáncer en la infancia y adolescencia, respecto a la protección que brinda la presente Ley en términos del artículo inmediato anterior; II. Proporcionar asesoría a los padres del menor sobre las opciones disponibles para el diagnóstico y el tratamiento; III. De ser necesario, canalizar al menor y a sus padres para que reciban atención psicológica de manera oportuna;
--	--	--

		IV. Brindar pláticas periódicas dirigidas a la población en general respecto a la importancia de conocer y detectar los signos de cáncer en la infancia y la adolescencia, y V. Inscribir a los sujetos de derechos en esta Ley con presunción de cáncer en el Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia y orientarlos para recibir las prestaciones de los servicios médicos a que tienen derecho en términos de la presente Ley y la Ley General de Salud. TÍTULO TERCERO DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y REFERENCIA TEMPRANA Capítulo I Del diagnóstico oportuno Artículo 20.- Es obligación de las autoridades señaladas en el Título Segundo de esta Ley establecer programas de capacitación continua con el objetivo de que los médicos pasantes del servicio social, así como médicos generales de primer contacto, pediatras y equipo de enfermería, cuenten con las herramientas necesarias para lograr identificar oportunamente signos y síntomas de cáncer en la infancia y la adolescencia. Artículo 21.- En caso de sospecha fundada de cáncer, el personal de salud que tenga el primer contacto con el paciente deberá referirlo a un médico facultado para realizar el diagnóstico de manera oportuna. En caso de que lo anterior no sea posible, deberán aplicarse los mecanismos de la Red de Apoyo Contra el Cáncer en la Infancia y Adolescencia con el fin de que a través de ésta sea canalizado a una UMA. El prestador de salud de cualquier nivel de atención deberá remitir al paciente a la UMA correspondiente a la zona más cercana, dentro de un plazo no mayor a siete días hábiles, cuando se tenga la presunción de cáncer, sin perjuicio de ordenar todos los exámenes paraclínicos y procedimientos especializados que se consideren indispensables hasta tener un diagnóstico de certeza. Artículo 22.- La Secretaría impulsará con las instituciones educativas, públicas y privadas, que impartan la licenciatura de medicina y enfermería, la inclusión en sus planes de estudios, la capacitación especializada sobre la sintomatología principal, sintomatología de sospecha y/o factores de riesgo, de los tipos más prevalentes de cáncer en la infancia y la adolescencia. Artículo 23.- Cualquier atención o servicio formulado al menor que se presuma con cáncer o cuyo diagnóstico haya sido confirmado estará soportado en los protocolos y guías especializadas que serán elaboradas por la Secretaría en coordinación con el Centro y el Consejo, cuya aplicación será obligatoria para los prestadores de servicios médicos de los tres niveles. Artículo 24.- Los prestadores de servicio social, los trabajadores sociales, el personal de enfermería, así como todo médico general o especialista que trate con menores de edad, deberá disponer de las guías que permitan, de manera oportuna, remitir al menor con una impresión diagnóstica de cáncer, a una UMA, para que se le practiquen, oportunamente, todas las pruebas necesarias orientadas a confirmar o rechazar el diagnóstico.
--	--	--

	En este sentido se incluirá como parte de las actividades de la semana nacional de salud, además de las referentes a vacunación, evaluación nutricional y otras actividades de salud preventiva, el incluir como parte de la Cartilla Nacional de Salud para el niño y el adolescente la búsqueda intencionada de los signos y síntomas que fundamenten la sospecha de cáncer en la infancia y la adolescencia por parte del personal de salud que participa en estas semanas nacionales de salud. Artículo 25.- El médico que otorgue el diagnóstico de cáncer en un menor, sujetos de derechos en esta Ley, lo incluirá en la base de datos del Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia. En esta base de datos se especificará que cada sujeto de derechos en esta Ley, contará, a partir de ese momento y hasta que el diagnóstico no se descarte, con la autorización de todos los procedimientos, de manera integral y oportuna. Artículo 26.- El médico que confirme el diagnóstico deberá hacer énfasis al momento de brindar información completa a la madre, el padre, el tutor o representante legal de la niña, niño o adolescente, de los signos y síntomas de alarma que podrían llegar a presentarse y que pueden poner en riesgo la vida del paciente si no recibe atención oportuna. Artículo 27.- A partir de la confirmación del diagnóstico de cáncer y hasta en tanto el tratamiento concluya, las autoridades correspondientes de las UMAS autorizarán los servicios que requiera el menor de manera oportuna. Estos servicios se prestarán, de acuerdo con el criterio de los médicos tratantes en las distintas especialidades, respetando los tiempos, para confirmación de diagnóstico e inicio del tratamiento que establezcan las guías de atención. En caso de que la Unidad en la que se realizó el diagnóstico no cuente con los servicios necesarios o no cuente con la capacidad disponible, se remitirá al menor a la UMA más cercana. Artículo 28.- En las regiones del país en donde por sus características geográficas o demográficas no cuenten con una UMA lo suficientemente cercana, se habilitarán unidades móviles de atención con la capacidad para ministrar tratamientos oncológicos ambulatorios, manejar y diagnosticar complicaciones relacionadas al tratamiento con la finalidad de evitar que los pacientes y sus familias se alejen de su lugar de origen por tiempos prolongados y esto incremente el riesgo de separación y de abandono al reducir gastos colaterales en estancias prolongadas fuera de su lugar de origen. Capítulo II Del Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia Artículo 29.- Se crea el Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia como un rubro específico dentro del Registro Nacional de Cáncer a que se refiere la Ley General de Salud, con el propósito de llevar en tiempo real, el registro sobre el diagnóstico, seguimiento y evolución del tratamiento del paciente a que se refiere esta Ley, con la información que permita una atención de calidad y la realización de estudios científicos. Artículo 30.- El Registro, se nutrirá de la información proveniente del Registro Nacional de Cáncer y el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, así como la que suministre el personal autorizado, en términos de los lineamientos que para tales efectos emita el Centro y contará con la siguiente información: I. Información del paciente, que se agrupa en los siguientes rubros: a) Datos relacionados con la identidad, historial escolar, ocupacional y laboral (según sea el caso), observando las disposiciones relativas a la
--	---

	protección de datos personales de los pacientes. b) Información demográfica; II. Información del tumor: Incluye la fecha de diagnóstico de cáncer; la localización anatómica; de ser el caso, la lateralidad; la incidencia y el estado de la enfermedad; la histología del tumor primario y su comportamiento; III. Información respecto al tratamiento que se ha aplicado al paciente y el seguimiento que se ha dado al mismo de parte de los médicos. Además, se incluirá información de curación y supervivencia; IV. La fuente de información utilizada para cada modalidad de diagnóstico y de tratamiento, y V. Toda aquella información adicional que determine la Secretaría. El Centro integrará la información demográfica del Registro Nacional de todo el territorio nacional dividido en regiones norte, centro y sur. Artículo 31.- Corresponde al Centro emitir la normatividad a que deberán sujetarse el Registro Nacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia, así como el sistema electrónico que utilicen las instituciones de salud pública, a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en los expedientes clínicos electrónicos. Artículo 32.- Los datos que se generen con el Registro serán utilizados para establecer parámetros respecto a la incidencia de cáncer en la infancia y adolescencia que permitan la generación de políticas públicas; así como para determinar las causas de deserción del tratamiento y los niveles de supervivencia una vez concluido el tratamiento. (...)
Ley General de Salud	CAPÍTULO III BIS Del Registro Nacional de Cáncer Artículo 161 Bis. - El Registro Nacional de Cáncer tendrá una base poblacional, se integrará de la información proveniente del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud y contará con la siguiente información: I. Información del paciente, que se agrupa en los siguientes rubros: a) Datos relacionados con la identidad, historial ocupacional y laboral, observando las disposiciones relativas a la protección de datos personales de los pacientes. b) Información demográfica. II. Información del tumor: Incluye la fecha de diagnóstico de cáncer; la localización anatómica; de ser el caso, la lateralidad; la incidencia y el estado de la enfermedad; la histología del tumor primario y su comportamiento. III. Información respecto al tratamiento que se ha aplicado al paciente y el seguimiento que se ha dado al mismo de parte de los médicos. Además, se incluirá información de curación y supervivencia. IV. La fuente de información utilizada para cada modalidad de diagnóstico y de tratamiento. V. Toda aquella información adicional que determine la Secretaría.

		VI. El Registro contará adicionalmente, con un rubro específico para la información a que se refiere el Capítulo II del Título Tercero de la Ley General para la Detención Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. La Secretaría integrará la información demográfica del Registro Nacional de Cáncer de todo el territorio nacional dividido en regiones norte, centro y sur.
Paraguay	Constitución de la República del Paraguay	Artículo 68. Del derecho a la salud El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona estará obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana. Artículo 69. Del sistema nacional de salud Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.
	Ley 6.266 De Atención Integral a las Personas con Cáncer	CAPÍTULO I OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN Artículo 1. ° La presente ley tiene por objeto garantizar a toda persona el acceso oportuno y de calidad a una atención de salud digna e integral ante el cáncer, lo que comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos, como parte del derecho a la salud de todos los habitantes de la República. Artículo 2. ° El ámbito de aplicación de la presente ley abarca a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, compuesto por las entidades integradas o incorporadas y las adscriptas o coordinadas, como ser las instituciones públicas, privadas, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Artículo 3. ° El Estado reconoce, que para el ejercicio pleno del derecho a la salud y de otros derechos humanos de las personas con cáncer; además de la provisión oportuna de servicios integrales de calidad en el Sistema Nacional de Salud, se requiere de acciones especiales para proteger a la población contra gastos excesivos y catastróficos; y que, para ello, es necesario movilizar recursos suficientes de los sectores público y privado. Artículo 4. ° El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, es la autoridad de aplicación de la presente ley. CAPÍTULO II DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER Y LA COMISIÓN NACIONAL ASESORA

	Artículo 5. ° Créase el Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), como entidad técnica especializada, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), que tendrá las funciones asignadas en la presente ley. El Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), estará a cargo de un Director General designado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Artículo 6. ° El Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), ejercerá las siguientes funciones dentro del Sistema Nacional de Salud: a) Proponer políticas, planes y programas tendientes a garantizar el derecho a la salud de las personas ante el cáncer. b) Prestar servicio especializado para la atención integral de las personas ante el cáncer. c) Coordinar la articulación intersectorial e interinstitucional, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. d) Asesorar técnicamente a las instancias competentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), para la implementación de regulaciones y controles en lo relativo a la atención integral de las personas con cáncer. e) Proponer normas técnicas y protocolos de diagnóstico y tratamiento que garanticen la seguridad, la efectividad y la calidad de todas las intervenciones y servicios regidos por la presente ley. f) Impulsar acciones de salud pública, para la prevención y detección precoz del cáncer. g) Evaluar las tecnologías sanitarias relacionadas al cáncer para recomendar su incorporación al Sistema Nacional de Salud, con base en evidencias científicas, criterios de costo- efectividad y otros que se consideren pertinentes. h) Administrar el Registro Nacional de Personas con cáncer. i) Administrar un sistema de información integrado sobre el cáncer, para la toma de decisiones en todos los niveles. j) Comunicar e informar a la sociedad sobre aspectos relevantes relacionados con el control del cáncer. k) Instalar la Comisión Nacional de participación social que deberá integrar a las fundaciones, asociaciones de parientes y pacientes vinculadas a esta ley. A tal efecto, se realizarán reuniones mensuales labrándose actas, que serán puestas a conocimiento de la Comisión Nacional Asesora del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), creada por esta ley. l) Planificar y programar los recursos presupuestarios y financieros, así como los procesos de adquisición de bienes y servicios para la implementación de la presente ley. m) Coordinar la “Red Nacional de Atención Integral a Personas con Cáncer” prevista en la presente ley.
--	--

	n) Prestar servicios. ñ) Otras acciones pertinentes para el cumplimiento de la presente ley, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Artículo 7.º Créase la “Comisión Nacional Asesora para la Atención Integral del Cáncer” del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), como entidad consultiva, técnica y científica, interinstitucional e intersectorial que tendrá a su cargo el asesoramiento para la elaboración del Listado Nacional de Medicamentos Antineoplásicos y aquellos complementarios para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos; la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento; y la promoción de la investigación científica. Artículo 8.º La Comisión Nacional estará presidida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social e integrada por: a) El Director General del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN). b) Tres representantes médicos designados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). c) Un representante de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). d) Un representante de la Dirección de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). e) Un representante de la Dirección General de Control de Establecimientos, Profesiones y Tecnología de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). f) Tres representantes designados por el Instituto de Previsión Social (IPS), que deberán ser profesionales médicos de los servicios de oncología y hemato-oncología. g) Tres representantes designados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), que deberán ser profesionales médicos de servicios de oncología y hemato-oncología. h) Un representante de la Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). i) Un representante de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). j) Un representante de la autoridad reguladora radiológica y nuclear. k) Dos representantes designados por el Círculo Paraguayo de Médicos, preferentemente de la Sociedad de Oncología y Hematología. l) Dos representantes de empresas de medicina privada. m) Un representante de la industria farmacéutica nacional.
--	---

	n) Un representante de empresas importadoras de productos farmacéuticos. ñ) Dos representantes de pacientes vinculados a esta ley, las fundaciones, y Asociaciones de parientes, designados por la Comisión Nacional de Participación Social. Los miembros de la Comisión Nacional, serán propuestos por sus instituciones e incorporados por resolución ministerial por el término de treinta y seis meses, pudiendo renovarse su designación por períodos iguales y debiendo preverse la participación de profesionales de las especialidades de oncología y hemato-oncología pediátrica y de adultos. Para su funcionamiento la Comisión Nacional deberá reunirse al menos cuatro veces por año y establecer su propio reglamento. La Comisión conformará equipos técnicos específicos para el cumplimiento de las funciones previstas en la presente ley. CAPÍTULO III PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ Artículo 9. ° El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), a través del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), implementará las acciones necesarias para la prevención y la detección precoz del cáncer, por medio de la comunicación social, la educación de la población y la información. Con este propósito, coordinará y articulará sus acciones con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud que fueran pertinentes. Artículo 10. El Ministerio de Educación y Ciencias (MEC), incorporará como parte de su programa educativo, el contenido referente a la prevención y detección precoz del cáncer, de conformidad al asesoramiento técnico del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN). Artículo 11. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), adoptará las medidas necesarias para la regulación y control de los factores de riesgo asociados al cáncer referentes a estilos de vida, influencias ambientales, uso de químicos, fuentes de radiación ionizante y otros. CAPÍTULO IV REGISTRO, SISTEMA DE INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN Artículo 12. Créase el “Registro Nacional de Personas con Cáncer” dependiente del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN). Todo diagnóstico confirmado de cáncer, realizado en el territorio nacional, será de notificación obligatoria. Todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán obligatoriamente llevar este registro, realizando las actualizaciones y notificaciones periódicas correspondientes; de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). El Registro funcionará de manera activa, continua y permanente, garantizando la oportunidad, calidad, uniformidad, integralidad y la comparabilidad de los datos. En todos los casos se asegurará la confidencialidad de los datos y el respeto al derecho a la intimidad de la persona con cáncer.
--	---

	Artículo 13. El Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), realizará capacitaciones y evaluaciones periódicas, sobre el Registro Nacional de Personas con Cáncer y reglamentará el acceso a la información con fines académicos, científicos y para la toma de decisiones en las instancias pertinentes. CAPÍTULO V DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN UNA RED NACIONAL Artículo 14. Créase la Red Nacional de Atención a las Personas con Cáncer, para la integración funcional de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, con el propósito de desarrollar actividades relativas al acceso oportuno y de calidad a servicios de atención integral ante el cáncer. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional del Cáncer (INCAN) e integrada por la red de servicios desde la atención primaria de la salud hasta la alta complejidad. Artículo 15. Para los efectos de esta ley la atención integral consiste en la gestión y prestación de servicios de salud de acuerdo a las necesidades en las distintas etapas de la vida; de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, trasplantes, salud mental y cuidados paliativos, a través de los diferentes establecimientos y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, de forma oportuna y de acuerdo a estándares y normas basados en evidencias científicas. A los efectos de dar cumplimiento a los criterios de calidad de infraestructura y equipamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) se implementará un plan de inversión física en los servicios de oncología y hematooncología pediátrica y de adultos en establecimientos públicos, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). Artículo 16. La atención integral a las personas ante el cáncer se realizará en instituciones del Sistema Nacional de Salud y será gestionada de conformidad a la Gestión de Redes Integradas de Servicios de Salud, que establezca el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), según las recomendaciones del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN). Artículo 17. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), establecerá un Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos para personas con cáncer, como parte del Listado Nacional de Medicamentos Esenciales. Con base a este listado y a las evidencias científicas, establecerá protocolos de diagnóstico y tratamiento, especificando las drogas antineoplásicas que se utilizarán en los distintos esquemas terapéuticos, en el Sistema Nacional de Salud. Tanto los protocolos de diagnóstico y tratamiento, como el Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos, serán evaluados y actualizados periódicamente, siguiendo las recomendaciones de la “Comisión Nacional Asesora para la Atención Integral del Cáncer”.
--	---

	Artículo 18. El Estado garantizará el acceso oportuno a servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer en el Sistema Nacional de Salud, conforme a las normas técnicas, protocolos y el Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos, establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). La provisión de otras tecnologías y productos no contemplados en el listado, los protocolos de diagnóstico y tratamiento referidos en el párrafo anterior no serán de carácter obligatorio para el Estado. CAPÍTULO VI DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Artículo 19. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), a propuesta del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), podrá celebrar los convenios necesarios con las Instituciones de Salud, Instituciones Científicas y Universidades, públicas y privadas, nacionales e internacionales a fin de promover la formación de recursos humanos y la investigación para la prevención y el tratamiento integral del cáncer. La investigación científica respecto a factores de riesgo y a la atención integral ante el cáncer será impulsada prioritariamente por la "Comisión Nacional Asesora para la Atención Integral del Cáncer" en coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). CAPÍTULO VII DE LAS GARANTÍAS DEL PACIENTE Artículo 20. Queda prohibida toda forma de discriminación, distinción, exclusión o restricción basada en el estado de salud de la persona, que tenga por propósito o resultado menoscabar, impedir o anular el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos, libertades y garantías reconocidas a todas las personas en todo el ordenamiento jurídico nacional. Artículo 21. Todo trabajador público o privado con cáncer tiene derecho a un empleo digno y al otorgamiento de los permisos laborales necesarios a efectos de su tratamiento. Las actividades laborales del paciente con cáncer deben ser acordes a las particularidades inherentes a la enfermedad. Artículo 22. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), en coordinación con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS), velará por los derechos, garantías y beneficios laborales de toda persona que se encuentra con el diagnóstico de cáncer y por el cumplimiento de las obligaciones legales referidas a la seguridad y la salud en el trabajo, a efectos del control de los factores de riesgo y prevención del cáncer. CAPÍTULO VIII DEL FINANCIAMIENTO
--	---

	Artículo 23. Créase el Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer, que está integrado por los siguientes recursos: a) Contribución del Estado mediante los créditos que le asigne el Presupuesto General de la Nación, para este fondo. b) El 40% (cuarenta por ciento) del aporte del “Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE) y el “Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación” destinado al Fondo Nacional de Salud, conforme a las disposiciones de esta ley y quedando sin efecto la Comisión Nacional prevista en la <u>Ley N° 6170/18 “QUE MODIFICA VARIOS ARTÍCULOS DE LA LEY N° 1246/98 “DE TRANSPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS ANATÓMICOS HUMANOS” Y LA LEY N° 4758/12 “QUE CREA EL FONDO NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA Y DESARROLLO (FONACIDE) Y EL FONDO PARA LA EXCELENCIA DE LA EDUCACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN” Y SU MODIFICATORIA LEY N° 6069/18”</u>. c) Donaciones. d) Otras fuentes de financiamiento. e) El 25% (veinticinco por ciento) de la tasa de participación establecida en el inciso b) del artículo 21 de la <u>Ley N° 5538/15 “QUE MODIFICA LA LEY N° 4045/10 “QUE MODIFICA LA LEY N° 125/91, MODIFICADA POR LA LEY N° 2421/04, SOBRE SU RÉGIMEN TRIBUTARIO, QUE REGULA LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL TABACO Y ESTABLECE MEDIDAS SANITARIAS DE PROTECCIÓN A LA POBLACIÓN”, Impuesto Selectivo al Consumo.</u> f) El 25% (veinticinco por ciento) de lo recaudado en concepto de Impuesto Selectivo al Consumo de bebidas alcohólicas. Artículo 24. El Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer será administrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Los recursos serán depositados en una cuenta especial y no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos en esta ley; no podrán ser objeto de disminución o afectación bajo otro concepto ni le podrán ser aplicados topes presupuestarios en su plan financiero; tampoco podrán ser utilizados para sustituir las fuentes de financiamiento que se asignan de forma anual a las instituciones de salud para su funcionamiento en el Presupuesto General de la Nación. Artículo 25. Para el cumplimiento de la presente ley, el desarrollo de la Red de Servicios y la atención oportuna de los casos, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), podrá realizar transferencias de los recursos del Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer entre las instituciones públicas, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos en la reglamentación. Cuando se requiera y no exista disponibilidad de servicios o bienes en el sector público para la atención integral de las personas ante el cáncer, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), podrá realizar las gestiones pertinentes para satisfacer la necesidad referida a través del sector privado, conforme a las normas técnicas, protocolos y el Listado Nacional de Drogas Antineoplásicas y aquellas
--	--

	complementarias para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos, establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y la legislación vigente. Artículo 26. Los recursos para el funcionamiento ordinario y el crecimiento vegetativo de las instituciones o dependencias que prestan servicios de salud a las personas con cáncer en el ámbito público, serán consignados en las partidas presupuestarias institucionales correspondientes y serán identificadas como un programa presupuestario institucional. Los montos asignados, para proveer estos servicios de salud no podrán ser inferiores al último presupuesto aprobado, antes de la publicación de la presente ley. CAPÍTULO IX DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS Artículo 27. El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley en un plazo de ciento veinte días. Artículo 28. La presente ley entrará en vigencia desde el momento de su publicación y el Poder Ejecutivo incluirá en el Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios a los efectos de dar cumplimiento inmediato a la misma durante el año fiscal correspondiente. (...).
Ley 6280 Que crea el programa nacional de prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer de próstata y colon	CAPÍTULO I OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN. Artículo 1°. - La presente Ley tiene por objeto disminuir la morbilidad por cáncer de próstata y colon, a través de la detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y del cáncer de ambas patologías. Artículo 2°. - Créase el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Próstata y Colon, cuyo objetivo es su prevención, detección, asistencia integral e investigación. Artículo 3°. - Aféctase al Gabinete del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como autoridad de aplicación de la presente Ley y responsable de la planificación y ejecución del mencionado programa. Artículo 4°. - Las instituciones de atención a la salud pública de todo el país, sean estas, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), del Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, estarán sujetas a la presente Ley y obligadas a realizar los estudios de detección precoz de cáncer de próstata y colon, de manera progresiva y gratuita en hombres del grupo etario definido que sea determinado de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. CAPÍTULO II PREVENCIÓN. Artículo 5°. - Los organismos estatales implementarán los medios necesarios para la educación de la población en la prevención de ambas enfermedades, mediante la realización de campañas de difusión continuas que destaquen la importancia de la detección precoz.

	Artículo 6°. - El Ministerio de Educación y Ciencias, implementará en la curricula educativa de los establecimientos educacionales de su dependencia, las formas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno e integral del cáncer de próstata y colon. Artículo 7°. - El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social coordinará con las entidades públicas y privadas las acciones tendientes a prevenir, detectar y tratar estas enfermedades mediante la planificación, organización y difusión de los conocimientos científicos y los recursos necesarios para la educación de la población. CAPÍTULO III DETECCIÓN. Artículo 8°.- Cada subsector de salud pública; el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, dentro de sus respectivos ámbitos de acción, equiparán al centro asistencial público de referencia, en el cual se brindarán los servicios de detección y tratamiento precoz e integral de estas enfermedades, con los aparatos, insumos y recursos humanos especializados necesarios. Artículo 9°.- De conformidad con lo previsto en el artículo anterior se realizará el registro de los pacientes a los que les fuera detectada la enfermedad, a los fines de su seguimiento periódico, realización de controles y confección del archivo epidemiológico respectivo. Cada sub sector de salud pública deberá notificar sus registros de pacientes al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para centralizar la información sobre el cáncer de próstata y colon. CAPÍTULO IV ASISTENCIA INTEGRAL E INVESTIGACIÓN. Artículo 10. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en coordinación con cada sub sector de salud pública determinará los centros sanitarios públicos de internación y tratamiento quirúrgico, radiante y de quimioterapia con los recursos humanos calificados necesarios. Artículo 11. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, celebrará los convenios necesarios con los organismos científicos, públicos y privados, estatales o no, nacionales e internacionales, que están abocados o no a trabajos de investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata y colon, a fin de promover las actividades destinadas a lograr la curación de ambas enfermedades, utilizando los centros asistenciales, a tal efecto. CAPÍTULO V DISPOSICIONES GENERALES. Artículo 12. Se establece el mes de noviembre como Mes Nacional de Lucha contra el Cáncer de Próstata y Colon. Artículo 13. Todo trabajador, dependiente o no, del sector privado o público, con cargo permanente, temporal o contratado, con cargo electivo o no, goza de licencia remunerada de 2 (dos) días laborales en cada año, para someterse a exámenes de detección precoz del cáncer de próstata o colon.
--	---

	Artículo14. Para gozar del beneficio de esta licencia, el beneficiario debe acreditar, mediante el documento expedido por el centro de salud, sanatorio, hospital u otro centro médico sanitario, que los estudios o exámenes fueron realizados. Artículo 15. La fecha de licencia será establecida de común acuerdo entre la beneficiaria y el empleador, la autoridad superior, el departamento de Recursos Humanos o similar que correspondiere, salvo prescripción médica que indique la necesidad urgente de realizar dichos estudios. Artículo 16. Todos los casos detectados en la aplicación de la presente Ley deberán ser tratados dentro del programa correspondiente. (...)	
Ley 3331/2007 Que crea el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama	CAPÍTULO OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Artículo 1º.- La presente Ley tiene por objeto disminuir la morbilidad por cáncer de cuello uterino y mama, a través de la detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y del cáncer de ambas patologías. Artículo 2º.- Créase el <u>Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama</u>, cuyo objetivo es su prevención, detección, asistencia integral e investigación. Artículo 3º.- Aféctese al Gabinete del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como autoridad de aplicación de la presente Ley y responsable de la planificación y ejecución del mencionado Programa. Artículo 4º.- Las instituciones de atención a la salud pública de todo el país, sean éstas, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, del Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, estarán sujetas a la presente Ley y obligadas a realizar los estudios de detección precoz del cáncer de cuello uterino y de mama de manera progresiva y gratuita en mujeres del grupo etario definido que sea determinado de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. CAPÍTULO PREVENCIÓN Artículo 5º.- Los organismos estatales implementarán los medios necesarios para la educación de la población en la prevención de ambas enfermedades, mediante la realización de campañas de difusión continuas que destaquen la importancia de la detección precoz. Artículo 6º.- El Ministerio de Educación y Cultura implementará en la currícula educativa de los establecimientos educacionales de su dependencia, las formas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno e integral del cáncer de cuello uterino y mama. Artículo 7º.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social coordinará con las entidades públicas y privadas las acciones tendientes a prevenir, detectar y tratar estas enfermedades mediante la planificación, organización y difusión de los conocimientos científicos y los recursos necesarios para la educación de la población.	I II

	Artículo 8°.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como órgano responsable de la implementación de la presente Ley, deberá disponer de un fondo financiero destinado exclusivamente para el subsidio de la adquisición y administración del único método biológico de prevención del cáncer de cuello uterino, la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).
	CAPÍTULO DETECCIÓN III Artículo 9°.- Cada sub-sector de salud pública; el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, dentro de sus respectivos ámbitos de acción, equiparán al centro asistencial público de referencia, en el cual se brindarán los servicios de detección y tratamiento precoz e integral de estas enfermedades, con los aparatos, insumos y recursos humanos especializados necesarios. Artículo 10.- De conformidad con lo previsto en el Artículo anterior, se realizará el registro de los pacientes a los que les fuera detectada la enfermedad, a los fines de su seguimiento periódico, realización de controles y confección del archivo epidemiológico respectivo. Cada sub-sector de salud pública deberá notificar sus registros de pacientes al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para centralizar la información sobre el cáncer de cuello uterino y mama.
	CAPÍTULO ASISTENCIA INTEGRAL E INVESTIGACIÓN IV Artículo 11.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en coordinación con cada sub-sector de salud pública determinará los centros sanitarios públicos de internación y tratamiento quirúrgico, radiante y de quimioterapia con los recursos humanos calificados necesarios. Artículo 12.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social celebrará los convenios necesarios con los organismos científicos, públicos y privados, estatales o no, nacionales e internacionales, que están abocados o no a trabajos de investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama, a fin de promover las actividades destinadas a lograr la curación de ambas enfermedades, utilizando los centros asistenciales, a tal efecto.
	CAPÍTULO DEL FINANCIAMIENTO V Artículo 13.- Los recursos financieros que demande el Programa instituido en la presente Ley, para la prevención, detección, asistencia integral, capacitación de los recursos humanos, e investigación, deberán ser incluidos como partida del Presupuesto General de la Nación, discriminados en el Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y destinados al Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama. Estos fondos provendrán en su totalidad de la Fuente de Financiamiento 10 y no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos

	en esta Ley, ni podrán ser objeto de disminución o afectación bajo ningún concepto, anualmente. Serán transferidos a este presupuesto todos los empréstitos o donaciones al Estado que se efectúen a tales efectos. Asimismo, los otros sub-sectores de salud pública; el Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, deberán incluir en sus presupuestos las partidas presupuestarias afectadas a su institución para el cumplimiento de la presente Ley. CAPÍTULO DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS Artículo 14.- Se establece el 13 de mayo como Día Nacional de Lucha contra el Cáncer de Cuello Uterino y Mama, en homenaje al onomástico del maestro, pionero y sabio griego, doctor George Nikolas Papanicolaou. Artículo 15.- La presente Ley entrará en vigencia desde el momento de su promulgación, y el Poder Ejecutivo incluirá en el Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios, a los efectos de dar cumplimiento inmediato a la misma, durante el año fiscal correspondiente. Artículo 16.- Todos los casos detectados en la aplicación de la presente Ley deberán ser tratados dentro del Programa correspondiente. (...).	VI
Ley 7340 De Cuidados Paliativos	Artículo 1°. - Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar los derechos de los pacientes a recibir prestaciones integrales de cuidados paliativos en sus distintas modalidades desde el momento del diagnóstico y durante toda la evolución de la enfermedad hasta el final de la vida, previniendo y aliviando el sufrimiento a través de la identificación temprana; así como del acompañamiento integral a sus respectivas familias. Artículo 2°. - Finalidad. La presente ley tiene como fin específico salvaguardar la dignidad de los pacientes que requieren cuidados paliativos y de sus familias, para garantizar la calidad de vida con un enfoque interdisciplinario, dando a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo. Artículo 3°. - Objetivos Específicos. a) Desarrollar una estrategia de atención interdisciplinaria centrada en la persona, que contemple las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales de los pacientes que requieren cuidados paliativos y la de sus familias, b) Garantizar el acceso a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles, basados en la evidencia científica y aprobados en el país para la atención paliativa. c) Respetar el derecho del paciente a recibir o rechazar el tratamiento propuesto. A dicho efecto deberá otorgar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.	

	d) Promover la formación profesional de grado y posgrado, la educación continua y la investigación en cuidados paliativos. Artículo 4°. - Definiciones. A los efectos de la presente ley, se entiende por: Cuidados paliativos: es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes sean adultos y niños y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Enfermedad crónica avanzada: enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a mediano plazo. Síntomas refractarios: aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. Consentimiento informado: el consentimiento informado debe entenderse como un proceso de comunicación e información entre el personal de salud y el paciente. El proceso culmina con la aceptación o negación por parte del paciente, de un procedimiento que conlleve un acto médico o la intervención de otros profesionales de la salud, después de conocer los riesgos, beneficios y alternativas, para poder implicarse libremente en la decisión. Para que el consentimiento se considere libre, la información proporcionada por el profesional debe ser clara, completa y basada en evidencia científica (desprovista de sesgos religiosos, culturales, personales). Artículo 5o.- Garantía de prestación integral. Los cuidados paliativos, objeto de la presente ley, deben garantizar la atención a toda la población, que requieren de prestaciones integrales en el Sistema Nacional de Salud o en su domicilio, según los recursos disponibles por el Estado paraguayo al momento del curso de la enfermedad. Artículo 6°. - El paciente tendrá autonomía en las decisiones sobre los tratamientos y cuidados que ha de recibir a lo largo de su enfermedad en base a su dignidad y el respeto a sus derechos humanos. En caso de que el paciente sea niño, niña, adolescente o que se encuentre incapacitado para la toma de decisiones lo hará la familia, tutor o representante legal, de acuerdo a la normativa vigente. Artículo 7o.- Excepción. En caso de urgencia médica, y que el paciente en situación de enfermedad crónica avanzada o que requiere cuidados paliativos presente incapacidad para expresar su consentimiento y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista. Artículo 8°. - Derechos. Los pacientes enfermos en situación de enfermedad crónica avanzada o que requieren cuidados paliativos tienen los siguientes derechos:
--	--

		a) Recibir atención médica integral. b) ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica, c) Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables. d) Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida. e) Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca. f) Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida. g) Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor. h) Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario. i) Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular. j) Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación. k) A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y los demás que las leyes señalen. l) Respetar la intimidad personal y familiar, y a la confidencialidad. m) Acceder a terapias farmacológicas para aliviar el dolor n) Permitir el acompañamiento de sus familias en todo momento. Artículo 9°. - Formación y capacitación. incentivar la formación, capacitación continua y permanente de recursos humanos especializados y la cultura de investigación en cuidados paliativos para todos los niveles de atención, con énfasis en enfoques interdisciplinarios y centrados en el paciente. Artículo 10°- Obligaciones. Los médicos especialistas prestadores del servicio en el Sistema Nacional de Salud tendrán las siguientes obligaciones:
--	--	---

	a) Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo en situación crónica avanzada o que requiere cuidados paliativos pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados. b) Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación crónica avanzada o que requiere cuidados paliativos, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto a la enfermedad. c) Informar oportunamente al enfermo en situación crónica avanzada o que requiere cuidados paliativos cuando el tratamiento curativo no dé resultados. d) Informar al enfermo en situación crónica avanzada o que requiere cuidados paliativos sobre las opciones que existan de estos cuidados. e) Respetar la decisión del enfermo en situación crónica avanzada o que requiere cuidados paliativos en cuanto al tratamiento curativo y los cuidados, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión. f) Procurar las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación crónica avanzada o que requieren cuidados paliativos. g) Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala la presente ley. h) Las demás que le señalen ésta y otras leyes. Artículo 11.- Tratamiento de síntomas refractarios. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos a un paciente en situación de enfermedad crónica avanzada o que requiere cuidados paliativos, aun cuando con ello se pierda estado de alerta, siempre y cuando se suministren dichos fármacos con el objeto de controlar síntomas refractarios. Artículo 12.- Autoridad de aplicación. La Autoridad de Aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; el cual deberá: a) Diseñar, desarrollar e implementar acciones integradas en un modelo de atención de cuidados paliativos que contemple el acceso oportuno y continuo a los cuidados paliativos a lo largo de todo el ciclo vital, desde el período perinatal hasta las personas mayores, y en los distintos niveles y modalidades de atención, incluyendo el domicilio. b) Elaborar los protocolos normativos de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos de conformidad a las pautas vigentes en los organismos nacionales e internacionales competentes en la materia. c) Articular con los órganos correspondientes la formación de los recursos humanos en cuidados paliativos.
--	--

	d) La formación de los recursos humanos en cuidados paliativos y del voluntariado lo propiciará el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social quien establecerá, en la reglamentación, acorde a las normas vigentes de la Educación Superior, así como la modalidad y los requisitos para su acreditación. Se procurará que contenidos básicos de cuidados paliativos estén incluidos en todas las mallas curriculares del área de salud. e) Promover y apoyar la investigación científica en cuidados paliativos. f) Elaborar y difundir materiales accesibles de comunicación y capacitación orientados a la sensibilización sobre los derechos de las personas a recibir cuidados paliativos y a instalar el enfoque integral que estos promueven. g) Promover la celebración de convenios con los distintos actores involucrados en la temática. Artículo 13.- Financiamiento. Para la aplicación de la presente ley, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, dispondrá de las partidas presupuestarias correspondientes, que le serán asignados anualmente en el Presupuesto General de la Nación, que serán incluidos como un rubro específico. Estos fondos no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos en la presente ley, tampoco podrán ser objeto de disminución o desmedro. Artículo 14.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como autoridad de aplicación, deberá, acorde al presupuesto y de manera progresiva y considerando la preminencia de los medicamentos requeridos y necesarios para el efecto, garantizar la disponibilidad, accesibilidad y distribución de los medicamentos esenciales para los pacientes, tanto para los síntomas, analgésicos, opiáceos para el alivio del dolor y del distrés respiratorio y todo medicamento requerido para los pacientes objeto de la presente ley. Artículo 15.- Cobertura progresiva. Los medicamentos serán de acceso inmediato para los enfermos. La cobertura se ampliará en forma gradual, progresiva y subsiguiente, en cada ejercicio fiscal posterior a la promulgación de la presente ley, hasta llegar a todo el territorio nacional, en un plazo no mayor de 5 (cinco) años. (...).
Ley 4.684 Que declara el 12 de abril "Día Nacional de Lucha contra el Cáncer de Mamas"	Artículo 1º. - Declárase el 12 de abril como "Día Nacional de lucha contra el cáncer de mamas". Artículo 2º. - Facúltase al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, al Ministerio de Educación y Cultura, a la Secretaría de la Mujer dependiente de la Presidencia de la República, a la Universidad Nacional de Asunción y al Instituto de Previsión Social, a llevar adelante campañas de concienciación sobre la importancia de la detección precoz del cáncer de mamas. Artículo 3º. - Comuníquese al Poder Ejecutivo. (...).

Uruguay	Constitución de la República	Artículo 44.- El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.
	Ley 16097 Comisión Honoraria de lucha contra el cáncer. Creación. Cometidos	Artículo 1 Declárase de interés nacional la lucha contra el cáncer. (...). Artículo 4 Son cometidos y atribuciones de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer: A) Promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la enfermedad a que se refiere su denominación. B) Organizar, hacer funcionar y controlar los centros y servicios que se creen. C) Proveer en forma sistemática informes destinados a la población y aportar información técnica a organismos nacionales internacionales de salud. D) Impulsar programas de educación, coordinando las acciones pertinentes con entidades oficiales o privadas, asistenciales, sociales, sindicales, culturales, deportivas, cooperativas, etc. E) Promover la educación de la población a fin de prevenir el cáncer y de incentivar su diagnóstico precoz. F) Estimular, en coordinación con los servicios universitarios correspondientes, los planes de investigación, impulsando los esfuerzos científicos nacionales en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. G) Propiciar, a través del intercambio con los organismos y centros internacionales especializados en los temas de su incumbencia, el adiestramiento del cuerpo técnico y una continua información. H) Intervenir preceptivamente y dictaminar previo a la toma de resolución sobre inversiones de recursos en las áreas de su competencia. I) Vigilar en materia de producción o importación de medicamentos anticancerígenos, pudiendo elaborarlos, adquirirlos en plaza o en el exterior, fraccionarlos, por sí o por terceros, suministrándolos con precio de venta al público y márgenes mínimos de utilidad.

		J) Programar anualmente su plan de actividades, realizar inversiones y aplicar recursos, informando al Poder Ejecutivo. K) Concertar con el Banco de la República Oriental del Uruguay y demás Bancos del Estado fórmulas de asistencia financiera y préstamos. (...).
	Ley 20179 Dictanse normas sobre cuidados paliativos	<u>Artículo 1</u> Declárase el derecho universal a recibir atención de cuidados paliativos a todas las personas que padecen enfermedades graves, progresivas y avanzadas, con escasa o nula respuesta a tratamientos específicos, que presentan múltiples síntomas severos, cambiantes en el tiempo que impactan en la autonomía y en la calidad de vida por la carga sintomática o psicológica, discapacidad o dependencia que generan, y limitan su pronóstico vital. <u>Artículo 2</u> (Objeto). - La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a recibir cuidados paliativos a todas las personas portadoras de enfermedades descritas en el artículo 1°, a sus familiares y cuidadores y padres de niños en etapa prenatal, cuando padecen enfermedades intraútero, abarcando las dimensiones física, psicológica y social, conforme a los deberes de los profesionales de la salud y del sistema sanitario a este respecto. <u>Artículo 3</u> (Cometidos). - La presente ley tiene los siguientes cometidos: A) Garantizar la continuidad de la atención en todos los ámbitos asistenciales y niveles de atención en niños, adolescentes y adultos (internación, domicilio, consultorio), respetando el principio de no abandono. B) Disminuir el sufrimiento de las personas, mediante un adecuado control del dolor y otros síntomas. C) Promover el bienestar de familiares y cuidadores, incluyendo la atención al duelo. D) Respetar el derecho a la información veraz y suficiente que habilite la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones. E) Promover el cuidado de los miembros de los equipos actuantes, a fin de lograr una mejor atención. <u>Artículo 4</u> (Deberes de las entidades prestadoras de salud). - Todos los prestadores integrales de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud deben: A) Brindar asistencia paliativa a todos los usuarios de su institución que se encuentren comprendidos en lo dispuesto por el artículo 2° de la presente ley, con la misma calidad, independientemente de su edad, sexo, raza, religión, nacionalidad, lugar de residencia, discapacidad, condición social y económica o cualquier otro criterio injustificado y discriminatorio. B) Asegurar la difusión del derecho a los cuidados paliativos entre todos sus usuarios, y disponer de información sobre la atención paliativa,

	en todas sus oficinas de atención al usuario. C) Garantizar procedimientos de ingreso a la asistencia paliativa que sean sencillos y rápidos, asegurando la accesibilidad. D) Contar con profesionales que conformen equipos de cuidados paliativos, quienes coordinarán la asistencia de estos pacientes en cada institución, de acuerdo con su nivel de complejidad, trabajando en red y en forma coordinada con todos los demás profesionales y equipos necesarios para mejorar el bienestar del paciente, su familia y cuidador. E) Brindar en los distintos ámbitos de atención posibles: internación, ambulatorio, atención domiciliaria, retén telefónico permanente y otros, asegurando el seguimiento a lo largo del tiempo de los pacientes. F) Asegurar la continuidad asistencial, debiendo el equipo interdisciplinario articularla con los profesionales y equipos de referencia de los pacientes. G) Brindar asistencia al duelo a familiares y cuidadores, luego del fallecimiento, asesorando a los mismos y derivando a equipos de salud mental si fuera necesario. <u>Artículo 5</u> (Asistencia en el proceso de final de vida). - La asistencia en el proceso de final de vida como parte integrante esencial de los cuidados paliativos regulados por la presente ley debe respetar y garantizar los siguientes principios básicos que cobran particular relevancia e intensidad en la atención del final de vida e implican un derecho de los pacientes y un deber correspondiente de las instituciones y del personal que deben prestar estos cuidados: A) El acceso universal a la asistencia paliativa integral (bio, psico, emocional y social) y oportuna, en todo el territorio nacional, brindada por un equipo interdisciplinario formado y calificado. Esta posibilidad, con la información correspondiente, debe ofrecerse a toda persona que la necesite, también a quienes pidan adelantar la muerte, debiendo primar el principio de no abandono, con el debido abordaje y el cumplimiento de los deberes y derechos que a continuación se señalan. B) El derecho a ser tratado conforme a la igual dignidad inherente de toda persona independientemente de su estado de salud, de sufrimiento, de cercanía a la muerte y de cualquier otra condición. C) El derecho a morir dignamente entendiendo dentro de este concepto el morir en forma natural y en paz, sin dolor, y con pleno respeto de todos los demás derechos relativos a la dignidad de la persona establecidos en el Capítulo IV de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008. D) El derecho a que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona o que tengan como resultado tal violación. E) El derecho al estrecho control evolutivo por parte del equipo, de las necesidades del paciente, su familia o cuidador, privilegiando su intimidad, habilitando la compañía, el diálogo con sus seres queridos, las despedidas y apoyo al duelo posterior al fallecimiento.
--	--

	F) El derecho del paciente a ser informado de forma veraz y oportuna respecto a la propia enfermedad, los tratamientos propuestos y sus efectos, a ser incluido en la toma de decisiones, y a negarse a que se le hagan tratamientos que considere fútiles o contrarios a sus convicciones. G) El respeto a la planificación de decisiones anticipadas, con comunicación asertiva, honesta y la oportunidad de discutir deseos, en plena conformidad con la Ley N° 18.473, de 3 de abril de 2009. H) El deber del equipo sanitario de reconocer precozmente la etapa de agonía y de implementar las medidas para disminuir su impacto negativo en el bienestar del paciente y de su núcleo de cuidado y evitar la futilidad y obstinación terapéutica, logrando, en cambio, el adecuado esfuerzo terapéutico. I) El derecho del paciente a una atención integral y a que se tomen todas las medidas tendientes a disminuir y aliviar el sufrimiento, mediante un abordaje integral, adecuado y oportuno para control del dolor y otros síntomas. J) El acceso a la sedación paliativa, cuando esté indicada ante síntomas refractarios que generen sufrimiento al paciente, debiéndose realizar el correspondiente seguimiento y evaluación del alivio del sufrimiento por un equipo especializado. Se entiende por sedación paliativa la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. En caso de que la sedación no haya sido consensuada previamente de modo explícito, y que el paciente no pueda expresar de ningún modo su consentimiento informado, se requerirá que tal consentimiento se exprese por la persona en quien el paciente haya delegado esta facultad. No habiendo consentimiento expreso o delegado, puede aceptarse un consentimiento implícito. En este caso, se atenderá especialmente a que la sedación sea en exclusivo beneficio del paciente de conformidad con las pautas éticas-profesionales, se considerará que es derecho del paciente vivir su muerte conscientemente y deberá contarse con el consentimiento informado de los familiares. <u>Artículo 6</u> (Derechos de los pacientes a información).- Toda persona tiene derecho a recibir: A) Asesoramiento por parte de los trabajadores de la salud sobre la atención de cuidados paliativos en forma oportuna y precoz. B) Asesoramiento para decidir el lugar de permanencia en sus últimos días de vida, internación o domicilio. <u>Artículo 7</u> (Derechos de los pacientes a asistencia integral, precoz y continua).-Todos los pacientes a los que se refiere la presente ley, tendrán derecho a recibir:
--	--

		A) Atención integral por parte de profesionales con formación específica en cuidados paliativos, de acuerdo con su problemática y nivel de complejidad. B) Atención precoz y concomitante a los tratamientos específicos dirigidos a la enfermedad de base o sus complicaciones, los mismos no son excluyentes y pueden realizarse en forma conjunta con cuidados paliativos. C) Atención continua a lo largo del proceso de enfermedad, en todos los ámbitos asistenciales (domicilio, internación, consultorio). D) Tratamiento efectivo, calificado y continuo del dolor y otros síntomas que comprometan su calidad de vida. E) Tratamiento efectivo y calificado en la situación de agonía, siguiendo pautas específicas. Artículo 8 (Recursos humanos). - Los prestadores de salud deben: A) Conformar los equipos de cuidados paliativos especializados y específicos para niños y adultos. Su integración dependerá del número de usuarios de la institución, y se regirá conforme a lo que establezca la reglamentación. Los recursos humanos podrán ser propios, contratados o brindados por complementación entre diferentes instituciones. B) Asegurar la formación de todos los trabajadores de la salud en los aspectos básicos desarrollados en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Artículo 9 (Recursos materiales).- Las entidades públicas y privadas prestadoras de salud, deben contar con los recursos materiales necesarios para prestar la atención de cuidados paliativos, de conformidad con lo que establezca la reglamentación. (...).
	Ley 18335 Determinase los derechos y las obligaciones de los pacientes y de los usuarios de los servicios de salud	Artículo 10 El Estado garantizará en todos los casos el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos. Todas las patologías, agudas o crónicas, transmisibles o no, deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, mediante modalidades asistenciales científicamente válidas que comprendan el suministro de medicamentos y todas aquellas prestaciones que componen los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con lo establecido por el artículo 45 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007. Los servicios de salud serán responsables de las omisiones en el cumplimiento de estas exigencias.
	Ley 18211 Apruébase la normativa	Artículo 45

	referente a la creación, funcionamiento y financiación del sistema Nacional Integrado de Salud	Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados. Los programas integrales de prestaciones incluirán: A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas. B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados. C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda. D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes. La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descritas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.
	Decreto 202/005 Créase el Programa Nacional de Control del Cáncer PRONACAN	Artículo 1 Créase el Programa Nacional de Control del Cáncer - PRONACAN – que funcionará en la órbita de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Artículo 2 Establécese como cometido sustantivo del Programa que se crea la disminución de la mortalidad e incidencia del cáncer en el país a través de la coordinación de actividades y recursos en el campo de la oncología a nivel nacional, centrado en las acciones de educación, promoción de salud y prevención, así como en la asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos. Artículo 3 Establécense como cometidos específicos: A) La implantación del Comité Oncológico Nacional como organismo asesor del Programa Nacional del Control de Cáncer, para el efectivo cumplimiento de las potestades rectoras, normativas y de control asignadas al Ministerio de Salud Pública en la materia. B) Coordinar y racionalizar las actividades de promoción de salud y prevención del cáncer. C) Desarrollar las acciones pertinentes para optimizar la asistencia, rehabilitación, docencia e investigación en el área oncológica. D) Desarrollar y coordinar acciones tendientes a optimizar los servicios que brindan las unidades de cuidados paliativos a nivel nacional.

	E) Apoyar al Registro Nacional de Cáncer y al Programa de Vigilancia Epidemiológica que funciona en la órbita de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, sin afectación de las competencias y atribuciones fijadas en la Ley N°. 16.097 de 29 de octubre de 1989. F) Promover, reglamentar y controlar la coordinación efectiva entre las estructuras académicas de la Universidad de la República y los servicios asistenciales del Instituto Nacional del Cáncer. G) Asesorar, proponer normas y evaluar las acciones de salud en el área específica, actuando como órgano asesor de política sanitaria en cáncer. H) Asesorar a la Dirección General de la Salud sobre la adopción, formulación y coordinación de las políticas de prestación de servicios a los usuarios, educación en salud e investigación. I) Asesorar, proponer, evaluar y coordinar programas de cooperación que existan entre el Ministerio de Salud Pública y otras entidades públicas, paraestatales o privadas, en los que se encuentre involucrado el Instituto Nacional del Cáncer. <u>Artículo 4</u> El Programa Nacional de Control del Cáncer - PRONACAN - estará dirigido por un Director, designado por el Ministerio de Salud Pública. <u>Artículo 5</u> El Comité Oncológico Nacional, estará compuesto por el Director del Programa Nacional de Control del Cáncer, quien lo presidirá, representantes del Departamento de Oncología (Oncología Médica y Oncología Radioterápica) y del Departamento Clínico de Cirugía, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, representantes de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, específicamente del Registro Nacional del Cáncer. <u>Artículo 6</u> Las instituciones del Estado brindarán colaboración y apoyo al Programa que se crea por el presente Decreto cuando éste las requiera para el cumplimiento de sus fines. <u>Artículo 7</u> El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de la Salud, facilitará al Programa Nacional de Control del Cáncer - PRONACAN - los medios humanos y materiales para el cumplimiento de sus fines. (...).
--	---

Fuente: Páginas oficiales de los Parlamentos y entidades de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, México, Paraguay y Uruguay
Elaboración: Área de Servicios de Información y Seguimiento Presupuestal (ASISP)