

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN

PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2020-2021

DICTAMEN N°074-2020-2021/CSP-CR

Señor presidente:

Han sido remitidas para estudio y dictamen de la Comisión de Salud y Población la iniciativa legislativa:

Proyecto de Ley 7619/2020-CR, del grupo parlamentario **Alianza Para el Progreso**, autor Congresista **TANIA ROSALÍA RODAS MALCA**, que propone la 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.

El presente dictamen fue aprobado por unanimidad con la dispensa del acta y su lectura para ejecutar los acuerdos aprobados en la trigésima cuarta sesión ordinaria de la Comisión, celebrada el martes 13 de julio de 2021. Votaron a favor los señores congresistas, Omar Merino López, Jorge Luis Pérez Flores, Yessy Nélide Fabián Díaz, Luis Felipe Castillo Oliva, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Ángel Gonzáles Santos, Absalón Montoya Guivin, Tania Rosalía Rodas Malca, Vigo Gutiérrez Widman Napoleón y Betto Barrionuevo Romero

I. SITUACION PROCESAL

Los proyectos de Ley ingresaron a la Comisión de Salud y Población conforme se aprecia en la tabla siguiente:

Proyecto de Ley	Ingreso a Trámite Documentario	Primera Comisión	Segunda Comisión	Fecha del Decreto de envío a comisiones
7619/2020-CR	04/05/2021	Salud y Población	-	06/05/2021

La iniciativa legislativa materia de dictamen cumple con los requisitos generales y específicos señalados en los artículos 75º, 76º y 77º del Reglamento del Congreso de la República, por lo cual se realizó el estudio correspondiente.

Vinculación con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional

La presente proposición legislativa se enmarca en las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

- Política de Estado N° 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social;

- Política de Estado N° 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente.

II. OPINIONES SOLICITADAS

La Comisión de Salud y Población solicitó opinión a diversas instituciones, las cuales emitieron respuesta conforme se detalla a continuación:

Proyecto de Ley 7619/2020-CR		
Institución	N° de oficio	Fecha de respuesta
Ministerio de Salud	1301-2020-2021-CSP/CR	NO
GORE La Libertad	1303-2020-2021-CSP/CR	NO
INEN	1304-2020-2021-CSP/CR	NO
CMP	1302-2020-2021-CSP/CR	05/07/2021

III. OPINIONES RECIBIDAS

Colegio Médico del Perú

En el caso del proyecto de Ley N° 7619-2020/CR, se tiene que, la necesidad que el Estado asuma la atención de las Enfermedades Neoplásicas en la Región La Libertad, mediante la ampliación de su cobertura de servicios colisiona con el hecho cierto de que, ya existe en nuestro orden legal referido a los derechos constitucionales a la salud y la atención de la enfermedad oncológica, una política sanitaria destinada con criterio de descentralización. (universalidad y permanencia indeterminada a cargo del Estado).

La creación de los institutos regionales de enfermedades neoplásica en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 28343, ha sido materia de ordenanzas regionales dictadas por los Gobiernos Regionales de la Libertad, Arequipa y Junín. Estas Ordenanzas Regionales tienen, por mandato contenido en el Artículo 200, de la Constitución Política del Perú, rango de ley.'

En ese orden, establecido que el derecho a acceder a la atención de las enfermedades neoplásicas a través de servicios descentralizados como los IREN, ya se encuentran incorporados en las estrategias sanitarias y en consecuencia, la regulación de su administración, la determinación de su cobertura y en general, el desarrollo integral de las acciones de promoción detección temprana, tratamiento de la enfermedad **han superado la necesidad de ser declaradas de interés público o de necesidad nacional para convertirse en propias de la gestión de los Gobiernos Regionales conforme**

a lo dispuesto en el Artículo 192º Inciso 8º de la Constitución Política del Perú.

En consecuencia, el Colegio Médico del Perú considera que la universalización de la atención de enfermedades neoplásicas, la ampliación de su cobertura de servicios, son componentes a ser tratados en el marco integral de la grave crisis del sistema de salud pública, crisis que tiene como causa principal, la desatención presupuestal.

IV. MARCO NORMATIVO

- a) Constitución Política del Perú;
- b) Declaración Universal de Derechos Humanos;
- c) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre;
- d) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- e) Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización;
- f) Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales;
- g) Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades;
- h) Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;
- i) Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificaciones;
- j) Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA;
- k) Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado;
- l) Ley N° 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos;
- m) Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;
- n) Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;
- o) Ley N° 31041, Ley de Urgencia médica para la Detección Oportuna y atención Integral del Cáncer del niño y del Adolescente;
- p) Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;
- q) Decreto Supremo N° 001-2007-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;
- r) Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que aprueba el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú;
- s) Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política Nacional de Gobierno;
- t) Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA;

- u) Decreto Supremo N° 026-2020-SA que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud AI 2030 "Perú, País Saludable"; y,
- v) R.M. N° 1003-2020/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer 2020 – 2024.

V. ANÁLISIS

Derechos fundamentales y jurisprudencia constitucional en materia de salud.

La Constitución Política del Estado respecto al derecho a la salud, dispone que:

*"**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 incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.**"¹ (el subrayado y resaltado son nuestros).*

*"**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"² (el subrayado y resaltado son nuestros).***

*"**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"³ (el subrayado y resaltado son nuestros).***

*"**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**"*

La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado"⁴ (el subrayado y resaltado son nuestros).

*"**Artículo 12.- Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley"**⁵ (el subrayado y resaltado son nuestros).*

Como se puede apreciar, nuestra Constitución Política es explícita al garantizar el derecho a la salud, su universalidad y acceso equitativo a los servicios de salud, así como elevar la calidad de vida de las personas a fin que puedan desarrollarse positivamente en su entorno. Es preciso subrayar, que el Estado peruano protege la vida y la salud de la persona a través de la implementación

¹ Ver en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf>

² Ver en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf>

³ Ver en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf>

⁴ Ver en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf>

⁵ Ver en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf>

de políticas públicas orientadas a atender la problemática de la salud en general, dentro de la cual está comprendida la salud oncológica.

Adicional a ello, el propio texto constitucional establece la incorporación de los tratados internacionales celebrados por el Estado al derecho nacional, permitiendo la ampliación y uniformidad de los derechos de los peruanos en materia de salud con el Sistema Universal de Derechos Humanos.

Es así que, entre los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano podemos señalar, por ejemplo, la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, que marcó un hito en la historia de los derechos humanos, siendo proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, y que en materia de salud establece lo siguiente:

“Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (...)⁶ (el subrayado y resaltado son nuestros).

En ese mismo sentido, la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, aprobada por la IX Conferencia internacional americana realizada en Bogotá en 1948, que dispuso la creación de la Organización de los Estados Americanos (OEA), estableció el derecho a la preservación de la salud en los siguientes términos:

“Artículo 11. Derecho a la preservación de la salud y al bienestar

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad⁷ (el subrayado y resaltado son nuestros).

En la misma línea, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, que entró en vigor el 3 de enero de 1976, dispuso las acciones pertinentes a fin de trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado⁸.

Es menester acotar también que en el año 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*⁹, que se conforma por 17 objetivos generales y 169 metas en diversos campos del

⁶ Ver en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

⁷ Ver en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

⁸ Ver en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

⁹ Ver en: <https://peru.un.org/es/sdgs>

desarrollo humano. En relación con la salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecen, entre otros aspectos, lo siguiente:

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

(...)

3.8 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 mundial¹⁰ (el subrayado y resaltado son nuestros).

Por su parte, el Tribunal Constitucional (TC) en su sentencia recaída en el expediente N° 3208-2004-AA/TC, de fecha 30 de mayo de 2005, ha desarrollado el contenido esencial del derecho a la salud; en los siguientes términos:

“(…) el derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y

¹⁰ Ver en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

*fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido. **Los servicios de salud, por consiguiente, cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los pacientes***¹¹ (el subrayado y resaltado son nuestros).

Asimismo, nuestro supremo contralor de la Constitución ha abordado en reiterada jurisprudencia¹² la esfera de protección constitucional del derecho a la salud; así como también ha desarrollado el *principio de equidad en salud* en la sentencia recaída en el expediente N° 0033-2010-PI/TC (demanda de inconstitucionalidad contra la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud), de fecha 10 de abril de 2012, en la cual delimitó dicho principio; cómo se puede apreciar seguidamente:

*“A juicio del Tribunal, **el contenido del principio de equidad en salud comprende, cuando menos, las siguientes variables:***

a) *En primer lugar, **la exigencia de enfrentar las desigualdades sociales que tienen un efecto negativo y dificultan el logro de una buena salud. Como se recoge en la Observación General N° 14, “el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (párrafo 4). Desde que el principio de equidad en salud pretende una equiparación en el goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y no sólo en la prestación de los servicios de salud, éste exige que se ataquen diversas inequidades sociales que afectan la posibilidad de gozar de buena salud.** En particular, los denominados determinantes sociales de la salud, que conforme a la Organización Mundial de la Salud [Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” son los siguientes:*

- *Educación y atención desde la primera infancia*
- *Entornos urbanos y rurales saludables*
- *Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno*
- **Protección social a lo largo de la vida**
- **Atención universal de salud**
- **Políticas y programas sanitarios equitativos**
- *Financiamiento, deuda y ayuda internacional equitativa*
- *Responsabilidad de los mercados y los sectores privados*
- *Equidad de género*
- *Expresión y participación políticas*

¹¹ Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el expediente N° 3208-2004-AA/TC, de fecha 30 de mayo de 2005. Fundamento Jurídico 6. En: <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/03208-2004-AA.pdf>

¹² Sentencias del Tribunal Constitucional recaídas en los expedientes N° 2945-2003-AA/TC, 0032-2010- PI/TC, entre otros.

- *Gobernanza mundial eficaz*
- b) *En segundo lugar, ha de considerarse en el principio de equidad en salud, **el reconocimiento de la interdependencia de los derechos fundamentales y, por lo tanto, la posibilidad de disfrutar equitativamente de ellos, especialmente de los que tienen incidencia en el goce del derecho a la salud.** Como se ha afirmado en la Observación General N° 14, “El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud” (párrafo 3). **De modo que para el acceso equitativo a la salud puede ser tan importante la provisión adecuada de un servicio de salud, como la no exclusión de la capacidad de hacer oír la voz frente a un trato discriminatorio por parte del Estado.***
- c) *En tercer lugar, el principio de equidad en salud supone también **la posibilidad de acceder a los servicios de salud de modo integral, esto es, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, en tanto elementos esenciales de la atención sanitaria** de acuerdo a lo recogido en la Observación General N° 14 [párrafo 12]. Para la satisfacción de este principio es preciso contar con la posibilidad de “tener un seguro de salud” que cubra determinadas contingencias sanitarias. **Es preciso, además, que la persona pueda acceder físicamente al servicio (lo que supone la presencia cercana y suficiente de centros de salud), y que sea tratada con atenciones que efectivamente prevengan o recuperen su salud (lo que supone la provisión de servicios de calidad)**, además de ser ética y culturalmente aceptables (lo que exige, por ejemplo, el desarrollo de procedimientos de salud intercultural).*
- d) *En cuarto lugar, el principio de equidad en salud supone también **el respeto al principio de no discriminación en la provisión de los servicios médicos**, de acuerdo a lo previsto en el párrafo 12 b) de la Observación General N° 14. Esta exigencia, contenida en el principio de igualdad formal o igualdad de trato abordada líneas arriba, supone que en **la distribución de los servicios de salud no deba restringirse desproporcionadamente el acceso a servicios de salud a un grupo de personas determinados, con base en motivos prohibidos, o sólo porque de ese modo se pueda lograr mejores resultados globales en salud.***
- e) *Por último, el principio de equidad en salud exige también una **asignación de recursos para la salud y una distribución equitativa de dichos recursos. Reconocida la centralidad de la salud en las posibilidades humanas de afrontar una vida digna, la única forma de brindar a todas las personas (dadas las diferencias de recursos económicas entre ellas) un acceso adecuado a los servicios de salud es asignar recursos amplios a este sector, sea a***

través de la solidaridad de todos los residentes en el país (por medio de impuestos) o de la solidaridad de los usuarios de salud (a través de aportes). También es preciso que una vez obtenidos los recursos para la salud, éstos se distribuyan equitativamente, teniendo en cuenta la prioridad en la atención de las poblaciones más desfavorecidas, tal como antes se ha explicitado. Por lo demás, en el uso de los recursos para la salud es necesario guardar niveles adecuados de transparencia y eficiencia, pues dada la escasez de recursos públicos y las distintas necesidades de la población, es preciso que se dé a los recursos el mejor uso posible. La preocupación por esta última dimensión del principio de equidad en salud, en sus facetas de mayores ingresos, mayor equidad y mayor eficiencia, ha sido puesta de manifiesto en el último Informe de la Organización Mundial de la Salud, titulado “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”¹³ (el subrayado y resaltado son nuestros).

Normas nacionales y políticas públicas en materia de salud oncológica.

Es en razón a la base normativa e interpretación constitucional antes expuesta, que a nivel nacional se han emitido distintas normas que orientan el desarrollo de las políticas públicas en favor del sector salud y la lucha contra el cáncer, especialmente, a la generación de condiciones que propicien el acceso universal, gratuito y prioritario a los servicios de salud en los pacientes oncológicos.

Así tenemos, la Ley N° 26842¹⁴, Ley General de Salud del Perú, que establece, entre otros aspectos, que:

- a) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;
- b) La protección de la salud es de interés público;
- c) Toda persona tiene derecho a la protección de su salud;
- d) La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;
- e) Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población;
- f) Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. **Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población,** en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Mediante el Decreto Legislativo N° 1161¹⁵, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se establece en sus

¹³ Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el expediente N° 0033-2010-PI/TC, de fecha 10 de abril de 2012. Fundamento Jurídico 34. En: <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2012/00033-2010-AI.html>

¹⁴ Ver en: http://spijilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

¹⁵ Publicado en el diario oficial “El Peruano” el 07 de diciembre del 2013. Ver en: http://spijilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

artículos 3 y 4 que el MINSA es el ente rector del Sector Salud y tiene como ámbito de competencia:

- 1) Salud de las Personas;
- 2) Aseguramiento en salud;
- 3) Epidemias y emergencias sanitarias;
- 4) Salud ambiental e inocuidad alimentaria;
- 5) Inteligencia sanitaria;
- 6) Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos;
- 7) Recursos humanos en salud;
- 8) **Infraestructura y equipamiento en salud**; y,
- 9) Investigación y tecnologías en salud.

En este contexto, se publicó el Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que aprueba el “Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú – Plan Esperanza”, publicado el 03 de noviembre de 2012, en el cual se definen las áreas prioritarias de trabajo en materia de salud oncológica por parte del Estado, que tuvo por finalidad *“contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer, mediante el mejoramiento del acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos”*¹⁶ y por objetivo mejorar *“el acceso a la oferta de servicios en salud de promoción, prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, estadiaje y tratamiento recuperativo y paliativo del cáncer, para toda la población a nivel nacional, mediante acciones intersectoriales y multisectoriales, atendiendo la diversidad sociocultural del país”*¹⁷.

Dicho instrumento ha sido preponderando para la actuación del Estado en la última década, pues marco un conjunto de actividades multisectoriales en la lucha contra el cáncer. Posteriormente, se aprobaron diversas normas complementarias, tales como:

- a) El Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino (2017-2020);
- b) El Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Mama (2017-2021); y,
- c) El Plan Nacional de Atención Integral de Leucemia Linfática Aguda de 1 a 21 años (2017-2021).

Estas disposiciones normativas fueron complementadas con la dación del Decreto Supremo N° 026-2020-SA¹⁸, publicado el 27 de agosto de 2020, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud Al 2030 “Perú, País Saludable”, que dispuso espacios colaborativos entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones eficientes y equitativas, innovadoras, solidarias y conjuntas.

¹⁶ Ver en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/421388/DS009_2012_SA_EP.pdf

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Ver en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>

Finalmente, se emite la Resolución Ministerial N° 1003-2020/MINSA¹⁹, publicada el 06 de diciembre de 2020, que aprueba el Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-2024), estableciendo en materia oncológica lo siguiente:

- Disminuir la prevalencia de factores de riesgo del cáncer en la población
- Incrementar la capacidad operativa y de calidad de los servicios de salud para el cuidado integral de cáncer;
- Mejorar la disponibilidad de suministros médicos y tecnologías para el cuidado integral del cáncer;
- Desarrollar el modelo de cuidado integral de cáncer por curso de vida entre IPRESS;
- Fortalecer los servicios oncológicos desconcentrados y descentralizados para una atención oportuna en el cuidado integral del cáncer;
- Desarrollar e integrar los sistemas de información para el cuidado integral del cáncer;
- Desarrollar investigación clínica y de salud pública, para mejorar la toma de decisiones en el cuidado integral del cáncer;
- Incrementar los recursos humanos y fortalecer competencias, para el cuidado integral del cáncer; y,
- Incrementar la protección financiera para el cuidado integral del cáncer.

Situación actual y problemática del cáncer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2012 murieron por cáncer 8,2 millones de personas y es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; asimismo, estima que cerca del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios. En ese sentido, el cáncer es considerado un serio problema de salud pública. Además, el impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Según las estimaciones de la OMS, el costo que generó la enfermedad el 2010 ascendió a US\$ 1,16 billones²⁰.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la región americana *"el cáncer es la segunda causa de muerte. Se estima que 4 millones de personas fueron diagnosticadas en 2020 y 1,4 millones murieron por esta enfermedad. Aproximadamente, el 57% de los nuevos casos de cáncer y el 47% de las muertes ocurren en personas de 69 años de edad o más jóvenes, cuando se encuentran en lo mejor de sus vidas"*²¹.

La citada organización regional señala además que *"se prevé que la carga mundial por cáncer aumente a unos 30 millones de nuevos casos para 2040, y el mayor crecimiento se producirá en países de ingresos bajos y medianos. Si no se toman medidas para prevenir y controlar el cáncer, se prevé que el número*

¹⁹ Ver en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1474693/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01003-2020-MINSA%20CANCER.pdf>

²⁰ Ver en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

²¹ Ver en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy>

*de personas que serán diagnosticadas con cáncer aumentará en un 55%, lo que significa aproximadamente 6,23 millones de personas para 2040*²².

Nuestro país no está exento de este problema de salud pública, pues según el Boletín Epidemiológico del Perú, emitido por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, en el país *"cada año se diagnostican anualmente más de 66 000 casos nuevos de cáncer y se estima que fallecen más de 32 000 personas por esta enfermedad"*²³. Por otro lado, la citada publicación señala que *"desde el 2015, y por primera vez, el cáncer representa la primera causa de muerte en el país ocasionando 130 defunciones por cada cien mil habitantes"*²⁴. Esta información coincide con las estimaciones de incidencia, mortalidad y prevalencia realizadas para el mismo periodo por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IAEC, Lyon-Francia).

Según el informe denominado *Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2018*, elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), durante los años 2014 al 2018 se registraron a nivel nacional 41,208 casos nuevos de cáncer identificados en 62 establecimientos de salud. De los casos diagnosticados, el 65.3% correspondieron al sexo femenino y 34,7% al sexo masculino. El informe señala también, que *"Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel global fueron los de cérvix (18,6%), estómago (11,1%) y piel (10,8%). En el sexo masculino, los tipos de cáncer más frecuentes fueron los de estómago (17,6%), próstata (15,7%) y piel (13,3%); mientras que, en el sexo femenino los más frecuentes fueron los de cérvix (28,5%), mama (14,9%) y piel (9,4%) respectivamente"*²⁵.

Asimismo, el referido informe sostiene también, en base a los censos realizados en los años 2017 y 2018, que existen 194 especialistas en oncología clínica, 178 en oncología quirúrgica, 221 anatomía patológica y 69 en radioterapia²⁶; y, además, señala, que si bien existe un incremento de especialistas respecto del año 2013, la inequidad en su distribución no se ha reducido y concentra a la mayoría de los especialistas en los departamentos de Lima, Callao, Arequipa, La Libertad y Lambayeque. Este es de vital importancia puesto que para brindar los servicios de atención oncológica integral y de calidad se debe contar con el número de profesionales acorde a la demanda nacional y/o regional de personas diagnosticadas de cáncer, es decir, el personal médico y especializado en los tratamientos vinculados debe responder a dichos indicadores.

Adicional a ello, dicho informe del Centro Nacional de Epidemiología, permite advertir los índices de vulnerabilidad territorial del cáncer. Especialistas a cargo de la presentación del estudio precisan que *"los departamentos más vulnerables para la respuesta de prevención y control del cáncer fueron Huánuco, Pasco,*

²² Ibidem

²³ Boletín Epidemiológico del Perú. 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Volumen 28. Semana Epidemiológica del 27 de enero al 02 de febrero, pág. 3. Ver en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/49.pdf>

²⁴ Ibidem

²⁵ Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, octubre 2020, pág. 42. Ver en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf

²⁶ Ibidem, pág. 82 al 90.

*Ayacucho, Amazonas, Cajamarca, Loreto y San Martín. Estos departamentos requieren de intervención prioritaria en el corto plazo para el fortalecimiento de las intervenciones de prevención y control del cáncer. Los departamentos de Apurímac, Ica, Huancavelica, Madre de Dios, Junín, Lambayeque y Piura, se encontraron también en condición de vulnerabilidad por lo que requieren intervención en el corto-mediano plazo*²⁷.

Por otro lado, identificar las causas del cáncer ha merecido sendas investigaciones en las áreas médica, biológica, epidemiológica y social. Estos estudios han permitido identificar algunos aspectos de la incidencia de la enfermedad como por ejemplo la distribución de los tipos de cáncer en las poblaciones y los factores de riesgo; sin embargo, no determinan con precisión o permiten identificar plenamente las razones por las cuales algunas personas enferman de cáncer o tienen mayor riesgo. Es innegable que existe un componente genético que cobra preponderancia en los factores de riesgo del cáncer, no obstante, también lo es su interacción con el medio ambiente. En efecto el documento denominado *Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer* señala que *"no existe causa única para el cáncer, por el contrario, se sabe hoy en día que existen factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes lugares del cuerpo (factores de riesgo). Su naturaleza es heterogénea: factores intrínsecos, como la predisposición genética, y factores extrínsecos, como el consumo de tabaco, una dieta poco sana e inactividad física, exposición a infecciones, factores cancerígenos y una esperanza de vida más larga, contribuyen al incremento de esta enfermedad"*²⁸.

Así también, la incidencia de cáncer en el Perú se explica en gran medida por los determinantes sociales de la salud, y entre los más relevantes para el cáncer son la pobreza, la educación y la ruralidad. Los datos de la *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)* del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) muestran que la pobreza en el Perú en los últimos 11 años presenta una tendencia descendente, pasando de 42,4% en 2007 a 21,7% en 2017. Ya en el 2019, el índice de pobreza monetaria afectó al 20,2% de la población del país. En este grupo etario hay un evidente incremento de la incidencia de cáncer. En el 2015, por ejemplo, la tasa de mortalidad en este grupo fue de 126 por 100 mil habitantes, y en los que no se encuentran en esa situación fue de 102 por 100 mil habitantes. Como se puede apreciar, en los que no se encuentran en la pobreza el porcentaje de mortalidad ha disminuido y en los que se encuentran en el bolsón de pobreza la incidencia se mantiene. Tal situación genera una situación de desigualdad que tenderá a aumentar si las personas en situación de pobreza no son atendidas oportunamente²⁹.

La misma *ENAH* muestra también, que el promedio nacional de años de estudios de la población en 2017 fue de 10,3 años en comparación con 2007 en que el promedio fue de 9,9 años, lo cual indica que en los últimos 11 años una

²⁷ Willy Ramos, Jhony A. De la Cruz. Presentación del documento técnico "Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018". Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, enero 2020, pág. 10 y 11. Ver en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n1/2308-0531-rfmh-20-01-10.pdf>

²⁸ Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer. Coalición contra el Cáncer. Coalición Multisectorial. Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer, Lima, febrero 2007, pág. 9. Ver en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1785.pdf>

²⁹ Causas de la mortalidad en el Perú, 1986-2015. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Lima, setiembre 2018, pág. 50. Ver en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_mortalidad.pdf

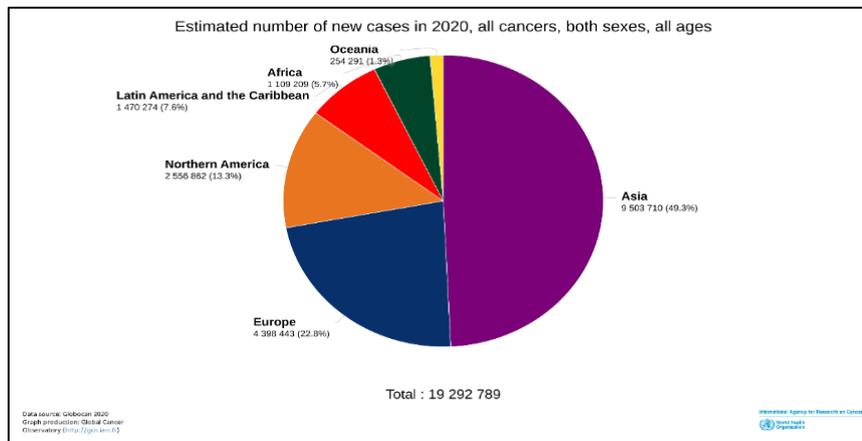
fracción importante de la población no llegó a completar los estudios de educación secundaria. Como es lógico advertir, las personas sin estudios se encuentran más expuestos a factores de riesgo del cáncer ya que no participan en los procesos de comunicación o difusión de los mecanismos de prevención.

La proporción de la población rural, frente a la urbana, muestra una tendencia descendente, que ha pasado de 27,5% en 2007 a 23,4% en 2017. Según el informe denominado *Causas de la mortalidad en el Perú, 1986-2015*, el cual ha sido citado líneas arriba, que refiere que *"durante el periodo 1987-2015 la tasa de mortalidad por enfermedades neoplásicas en el ámbito urbano fue mayor que la del rural. En este periodo, la tendencia de la tasa urbana fue descendente, llegando a tener una reducción en promedio de 1.4% anualmente. Diferente comportamiento se presentó en el ámbito rural, en donde la tasa tuvo una tendencia ascendente, aumentando en promedio 2.7% anualmente"*³⁰. Esto se explicaría por la existencia de barreras de acceso, económicas, sociales y culturales a los servicios de salud en las zonas rurales, como, por ejemplo, las dificultades para acceder a un tratamiento oportuno por factores como las distancias, problemas de transporte y recursos económicos, entre otros.

Todos estos indicadores los podemos ver reflejados en los siguientes gráficos:

GRAFICO N° 1

NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE CANCER A NIVEL MUNDIAL - 2020³¹



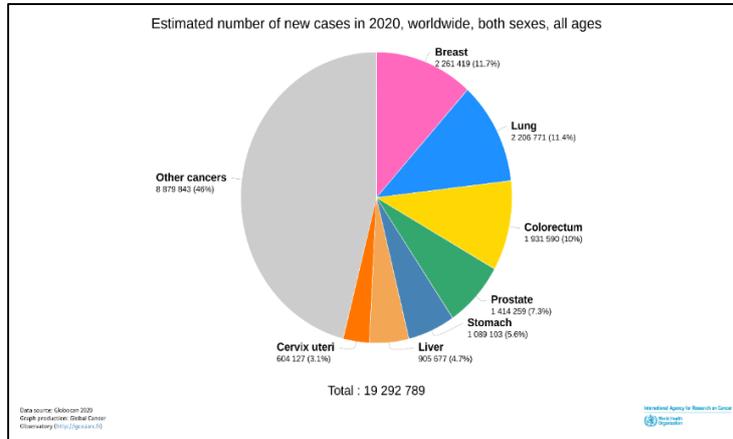
Fuente: Globocan 2020

³⁰ Ibidem, pág. 42.

³¹ Ver en: <https://gco.iarc.fr/today>

GRAFICO N° 2

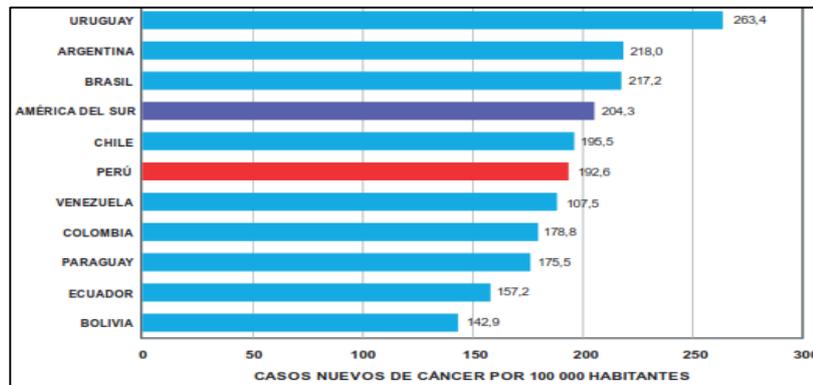
NÚMERO DE CASOS NUEVOS SEGÚN TIPO DE CÁNCER - 2020³²



Fuente: Globocan 2020

GRAFICO N° 3

ESTIMACIÓN DE INCIDENCIA DE CÁNCER EN AMÉRICA LATINA - 2018³³



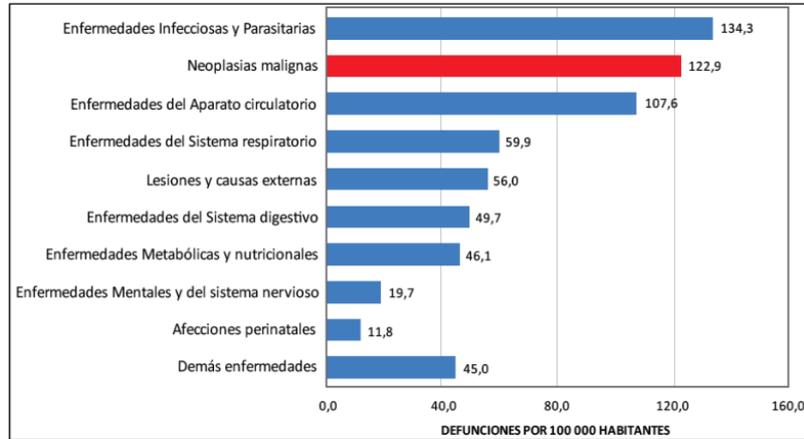
Fuente: International Agency for Research on Cancer

³² Ver en: <https://gco.iarc.fr/today>

³³ Ver en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf (pág. 34)

GRAFICO N° 4

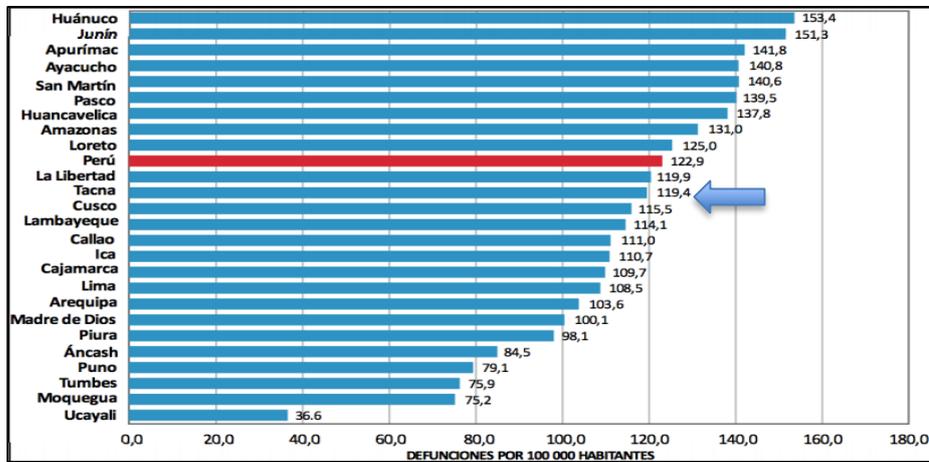
TASA DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE ENFERMEDADES PERÚ - 2016³⁴



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2015, MINSA.

GRAFICO N° 5

TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER SEGÚN DEPARTAMENTO - 2016³⁵



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2015, MINSA

³⁴ Ver en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf (pág. 11)

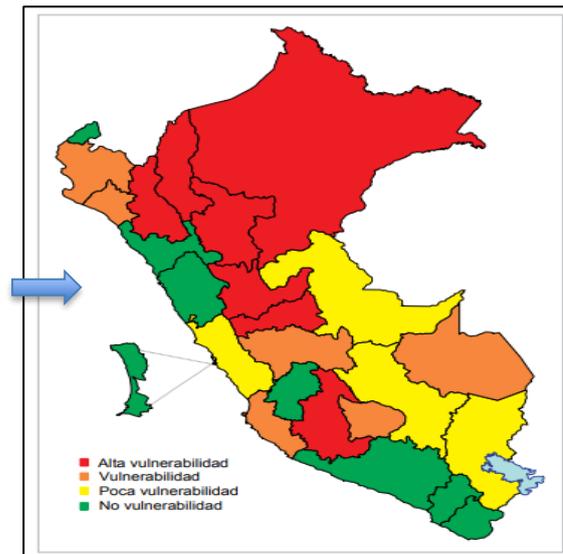
³⁵ Ver en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf (pág. 13)

CUADRO N° 1
GRADO DE VULNERABILIDAD TERRITORIAL³⁶

PUNTAJE EN EL ÍNDICE DE VULNERABILIDAD	GRADO DE VULNERABILIDAD	COLOR EN EL MAPA
Mayor de 49 puntos	Muy vulnerable	
De 45 a 49 puntos	Vulnerable	
De 39 a 43 puntos	Poco vulnerable	
Menor de 39 puntos	No vulnerable	

Fuente: Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2018

GRAFICO N° 6
MAPA DE VULNERABILIDAD POR CÁNCER EN EL PERÚ - 2018³⁷



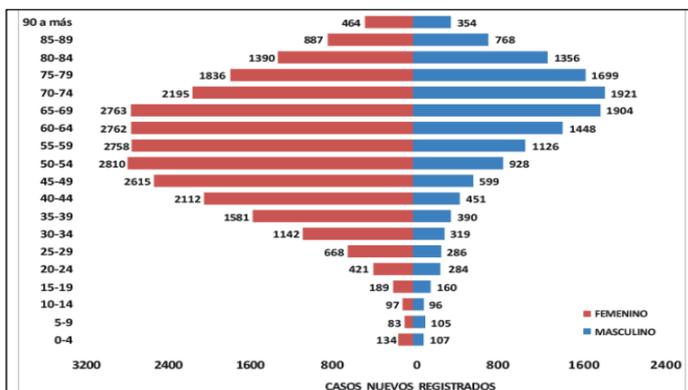
Fuente: Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2018

³⁶ Ver en: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/asis/asis_2020.pdf (pág.141)

³⁷ Ver en: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/asis/asis_2020.pdf (pág.142)

GRAFICO N° 7

CASOS DE CÁNCER POR GRUPO DE EDAD Y SEXO 2014 - 2018³⁸



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

CUADRO 2

CASOS DE CÁNCER SEGÚN LOCALIZACIÓN Y SEXO 2014 - 2018³⁹

TOPOGRAFÍA	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
Cérvix	---	---	7658	28,5	7658	18,6
Estómago	2513	17,6	2081	7,7	4594	11,1
Piel	1908	13,3	2532	9,4	4440	10,8
Mama	55	0,4	4007	14,9	4062	9,9
Colorectal	1164	8,1	1445	5,4	2609	6,3
Próstata	2240	15,7	---	---	2240	5,4
Sistema hematológico	715	5,0	660	2,5	1375	3,3
Tiroides	203	1,4	1089	4,0	1292	3,1
Pulmón	528	3,7	619	2,3	1147	2,8
Ganglios linfáticos	561	3,9	475	1,8	1036	2,5
Ovario	---	---	950	3,5	950	2,3
Hígado	327	2,3	415	1,5	742	1,8
Vesícula biliar	159	1,1	568	2,1	727	1,8
Sitio primario desconocido	230	1,6	384	1,4	614	1,5
Riñón	351	2,5	239	0,9	590	1,4
Otros	3347	23,4	3785	14,1	7132	17,3
TOTAL	14 301	100,0	26 907	100,0	41 208	100,0

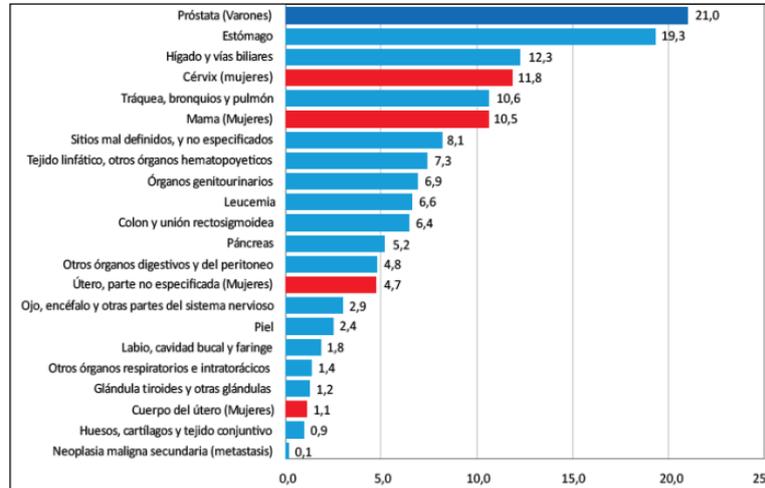
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

³⁸ Ver en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf (pág. 20)

³⁹ Ver en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf (pág. 43)

GRAFICO N° 8

TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD SEGÚN TIPOS DE CÁNCER, PERÚ, 2016⁴⁰



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2016, MINSA

La situación del Instituto de Enfermedades Neoplásicas Dr. Luis Pinillos Ganoza, IREN Norte, de la Libertad.

El Instituto de enfermedades Neoplásicas Dr. Luis Pinillos Ganoza, IREN Norte, de la Libertad tiene como ámbito de influencia a ocho (08) departamentos o regiones del país, como son: Amazonas, Ancash, Cajamarca, La Libertad, Lambayeque, Piura, San Martín y Tumbes, cuya población totales de 9 691 977 sin embargo, EsSalud cubre 2 958 825 habitantes, por tanto, le corresponde al IREN Norte cuidar y atender a 6 733 152 personas.

⁴⁰ Ver en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf (pág. 13)

Cuadro N° 3

Cuadro 1: Determinación de la población referencial para el proyecto. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte. 2021

Departamentos	Población Total (INEI 2021) ¹	Población ESSALUD 2021 ²	Población Referencial (MINSAL 2021)
Amazonas	428,512	76,653	351,859
Ancash	1,188,391	360,953	827,438
Cajamarca	1,455,245	198,016	1,257,229
La Libertad	2,048,492	718,098	1,330,394
Lambayeque	1,325,912	648,535	677,377
Piura	2,077,039	701,944	1,375,095
San Martín	912,674	180,702	731,972
Tumbes	255,712	73,924	181,788
Total	9,691,977	2,958,825	6,733,152

2/ Población Estimada por el consultor en función a los datos históricos de la población asegurada de Essalud por redes y establecimientos del 2015 al 2019, elaborado por Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas - ESSALUD

Fuente¹: Población estimada por edades simples y grupos de edad, según departamento, provincia y distrito, Oficina de Gestión de la Información - Ministerio de Salud, en función a los datos del Censo.

En tal sentido, existe suficiente información y estadísticas que nos revelan que el cáncer es una enfermedad con alta mortalidad, que antes de la presencia de la COVID-19, era la enfermedad que más muertes causaba en nuestro país; razón por la cual, **es prioritario que se refuerce el marco normativo nacional orientado a la atención integral de las personas diagnosticadas con cáncer, que incluya la Descentralización y Especialización de los Servicios de Salud**, con lo cual se estaría cumpliendo con lo dispuesto por nuestra Constitución Política y los compromisos internacionales que el Estado ha suscrito en referencia al derecho a la salud y al acceso a los servicios de salud, en beneficio de la población de la macro región Norte.

Fórmula legal propuesta

La propuesta legislativa 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, para llamar la atención al Poder Ejecutivo, al gobierno nacional, como, al Gobierno Regional de La Libertad, sobre la necesidad de asignar mayor presupuesto, mejorar y ampliar los cuidados y las atenciones oncológicas en la macro región norte.

En ese sentido, la Ley considera tomar medidas, como la reformulación de la cartera de servicios oncológicos para promover el cuidado, la prevención, el diagnóstico

y el tratamiento del cáncer, como parte de la atención integral del cáncer en la macro región norte del país, que permitan disminuir la incidencia de casos y la mortalidad por cáncer.

VI. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La norma planteada no genera un gasto directo al erario nacional ya que es una norma declarativa, pero si llama la atención del Poder Ejecutivo para que en cumplimiento de sus atribuciones asigne los recursos para lograr el mejoramiento y la ampliación de los servicios oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Dr. Luis Pinillos Ganoza IREN Norte.

Involucrados	Efectos directos	Efectos indirectos
Pacientes de Cáncer y sus familiares	Mejora en la atención médica, que incluye el cuidado, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes de la macro región norte. Facilidades en centro de labores y tratamiento psicológico para familiares, sin necesidad de desplazarse hasta Lima.	Mejora de las condiciones de vida del paciente debido al acompañamiento de su familia.
Sociedad	Mejora de las condiciones sanitarias y sociales de la comunidad de la macro región norte.	Promoverá una cultura de convivencia pacífica, tranquilidad y paz.
Gobierno	Optimizará los esfuerzos del Estado Peruano para atender un importante problema de salud pública en modo armónico, equilibrado y descentralizado.	Permitirá cumplir con objetivos institucionales y evitará costos asociados a la ineficacia de acciones del Estado.

El proyecto debe ser considerado **VIABLE**, debido a que la protección de la salud y el acceso a los servicios de salud no solo son derechos fundamentales garantizados en nuestra Constitución Política, sino también es un compromiso-deber del Estado **la Descentralización y Especialización de los Servicios de Salud**,

VII. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La dación de la presente Ley no tendrá efectos sobre la legislación vigente puesto que busca declarar de necesidad pública e interés nacional el mejoramiento y ampliación de los servicios oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Dr. Luis Pinillos Ganoza, IREN Norte de la ciudad Trujillo, con el objetivo de reducir las brechas en infraestructura y de servicios públicos de salud en la Región La Libertad.

VIII. CONCLUSIÓN

Por las consideraciones expuestas, la Comisión de Salud y Población, de conformidad con el literal b) del artículo 70 del Reglamento del Congreso de la República, recomienda la **APROBACIÓN** del Proyecto de Ley N° 7619/2020-CR, con el siguiente Texto Sustitutorio:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA:

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE DECLARA DE INTERES NACIONAL Y NECESIDAD PUBLICA EL MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS ONCOLOGICOS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DR LUIS PINILLOS GANOZA, IREN NORTE

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 macro región norte.

Artículo 2.- Cartera de servicios oncológicos

La reformulación de la cartera de servicios oncológicos implica la 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 su cumplimiento.

Dese cuenta.

Plataforma virtual Microsoft Teams

Lima, 13 de julio de 2021