Proyecto de Ley N° 5254/2022-CR

CONGRESO REPÚBLICA

CONGRESISTA PATRICIA ROSA CHIRINOS VENEGAS

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
06 JUN. 2023
RECIBIDO
Firma: Hora: 5:11 pm

PROYECTO DE LEY GENERAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

El grupo parlamentario **AVANZA PAÍS**, a iniciativa de la congresista de la República que suscribe, **PATRICIA ROSA CHIRINOS VENEGAS**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de La Constitución Política del Perú y de conformidad con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente Proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

HA DADO LA LEY SIGUIENTE:

LEY GENERAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

Artículo 1. Objeto de la Ley

- La presente ley tiene por objeto brindar un marco legal para garantizar el acceso a los servicios, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica. Asimismo, garantizará la integración de políticas públicas de prevención y promoción de la enfermedad.

- Crear el registro único de los pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica (RUPIR) a cargo del Ministerio de Salud.

Artículo 2. Finalidad de la Ley

La presente ley tiene como finalidad:

- Garantizar el acceso a los servicios de salud y medicamentos que se requieran en todas las etapas del tratamiento.
- Integrar el desarrollo de los servicios de atención integral comunitaria de la insuficiencia renal, a través de programas de promoción, prevención y protección de la salud renal.
- Fortalecer las capacidades de los profesionales que brindan el servicio y acompañamiento en todos los niveles de salud a nivel nacional.
- Disponer de un registro actualizado de pacientes con insuficiencia renal

Artículo 3.- Ámbito de aplicación

La presente ley se aplicará a nivel nacional en todas las instituciones públicas y/o privadas que tengan por objeto la prestación de servicios para pacientes con insuficiencia renal crónica y aguda.

CAPÍTULO I
ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD

Artículo 4. Atención integral de la insuficiencia renal

El Estado garantiza la implementación del modelo de atención integral para los pacientes con insuficiencia renal y promoverá la prevención en poblaciones vulnerables como la primera infancia, adolescencia, mujeres y adultos mayores, a fin de garantizar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Artículo 5. Seguros de salud a nivel nacional

Las empresas aseguradoras están en la obligación de brindar cobertura para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con insuficiencia renal, los cuales pueden optar por un plan debidamente informado por parte de la aseguradora.

La cobertura tanto en las entidades públicas como privadas pueden ofrecer planes que incluyan el tratamiento ambulatorio, internamiento, hospitalización y las terapias de reemplazo renal en todas sus modalidades, así como el acceso a medicamentos, sin exclusión de enfermedades preexistentes.

Artículo 6. Atención a las personas privadas de su libertad en establecimientos penales

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en coordinación con el Ministerio de Salud velarán por la atención integral de las personas con insuficiencia renal privadas de su libertad.

CAPÍTULO II
PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA

Artículo 7. Política nacional de promoción y prevención contra la insuficiencia renal

El Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud en su calidad de ente rector coordina, establece y evalúa las políticas de promoción, prevención, diagnóstico oportuno e investigación de la insuficiencia renal.

Artículo 8. Estrategias de promoción y prevención contra la insuficiencia renal

El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación impulsan estrategias de promoción y prevención en las instituciones educativas públicas y privadas orientadas al cuidado de los riñones.

Asimismo, el Ministerio de Salud junto al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Cultura, Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, Ministerio de la Producción, Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (MIDAGRI) y Ministerio de Energía y Minas impulsarán campañas informativas en las zonas de desarrollo comercial, cultural e industrial a fin de informar de la importancia de la prevención de la enfermedad.

Artículo 9. Política de tamizaje

El Estado a través del Ministerio de Salud implementa políticas de tamizaje de la insuficiencia renal en la población de alto riesgo.

***Artículo 10*.- Vigilancia epidemiológico**

Autorizase al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades como parte del Ministerio de Salud a crear el registro único de los pacientes con insuficiencia renal crónica y aguda (RUPIR) basado en información de los registros de atención en todos los establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional.

Dicho registro se regirá de la Norma Técnica de Vigilancia de la Insuficiencia renal la que: Estandarizan los criterios para la vigilancia epidemiológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en fase prediálisis y en el estadio 5, a través de un Registro de diálisis y trasplante, igualmente estandarizan los criterios de vigilancia de la Insuficiencia Renal Aguda (IRA) a través de los registros de pacientes con IRA.

Es el registro único de pacientes con insuficiencia renal crónica y aguda, que genera información para planificar los servicios para el tratamiento y control de la insuficiencia renal.

CAPÍTULO III

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD

Artículo 11. Fases y condiciones para la atención integral de la insuficiencia renal

El Estado garantiza que mediante el Ministerio de Salud la atención integral de los pacientes con insuficiencia renal tal cual señala a continuación:

11.1. La evaluación médica de los pacientes con insuficiencia renal crónica y aguda es obligatoria e inmediata

11.2. El diagnóstico de un problema de insuficiencia renal se realiza por el médico tratante. El médico tratante está facultado para requerir una interconsulta virtual o presencial de ser el caso, al médico de la especialidad de Nefrología, principalmente en casos de emergencia o lo puede derivar al Médico Nefrólogo o al médico internista para una opinión experta y consolidar el diagnóstico definitivo del paciente.

11.3. La administración de medicamentos se realiza de conformidad con lo establecido en la Ley 26842, Ley General de Salud. Todo medicamento prescrito debe registrarse en la historia clínica. Sólo se administra con fines terapéuticos o de diagnóstico y debe ser administrado de acuerdo con la legislación de la materia y sustentadas por las Guías de Práctica Clínicas vigentes y actualizadas por el ente normativo.

La prescripción de insumos y el uso de dispositivos médicos, para los procedimientos relacionados con las terapias de reemplazo renal también se realizan de conformidad con lo establecido en la Ley 26842, Ley General de Salud y las recomendaciones sustentadas por las Guías de Práctica Clínicas vigentes y actualizadas por el ente normativo.

11.4. Todos los pacientes tienen la opción de elegir libremente cualquiera de las modalidades de terapias de reemplazo renal; la hemodiálisis crónica, la diálisis peritoneal crónica, el trasplante renal y otras modalidades, así como la opción del manejo conservador. Cualquiera de estas modalidades elegidas es enteramente financiada por los seguros públicos y/o privados.

Se debe de priorizar la opción del trasplante renal a los pacientes con indicaciones médicas precisas y sin riesgo de complicaciones graves, y deben de estar en la lista de espera del sistema coordinado de trasplantes renales a nivel nacional.

El suministro de cualquiera de las terapias de reemplazo renal, deberá sustentarse en las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica vigente y actualizadas por el ente normativo. La infraestructura y el uso de los equipos electro médicos deberá estar sustentada en las normas técnicas vigentes.

11.5. El ingreso hospitalario se considera una medida terapéutica de último recurso que debe ser evaluada de manera regular y solo se justifica cuando se espera que proporcione mayores beneficios terapéuticos a la persona enferma que otros tratamientos disponibles.

CAPÍTULO IV

INVESTIGACIÓN

Artículo 12. Investigación en salud renal

Por medio de las siguientes instituciones el Estado gestiona proyectos de investigación científica con el objetivo de monitorear, vigilar y prevenir los problemas de la insuficiencia renal:

1. El Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación
2. Las universidades públicas y privadas
3. Institutos de investigación
4. Sociedades Científicas
5. Organizaciones Científicas Privadas

CAPÍTULO VI

FORMACIÓN PROFESIONAL

Artículo 13. Monitoreo de las condiciones de trabajo de personal de salud

En todas las organizaciones de atención médica, ya sean públicas o privadas, que brinden servicios a pacientes con insuficiencia renal, es esencial establecer un plan de seguimiento de las condiciones laborales de los profesionales de la salud involucrados. Este plan debe contemplar la identificación de posibles problemas, la intervención grupal y la coordinación necesaria para brindar el apoyo requerido en caso de que se detecten situaciones que afecten el bienestar y el ambiente laboral adecuado del personal de salud.

Artículo 14.- Licencia con goce de haber compensable para realización de exámenes preventivos

Los trabajadores, independientemente de si trabajan en el sector público o privado, tienen derecho a dos días de licencia remunerada al año, que pueden compensarse, para someterse a un examen renal, sin que esto afecte su relación laboral.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reforma de la atención integral de la insuficiencia renal

El gobierno, en cumplimiento de la ley y de los tratados internacionales de protección de los derechos humanos que el Perú ha suscrito, promueve la reforma del sistema de atención de la salud para implementar una Estrategia de Salud Renal dirigida a la población.

Como parte de este proceso se prioriza:

- La creación, desarrollo e implementación de una estrategia de Salud Renal en la población
- La estrategia de salud renal en la población tendrá como eje de desarrollo: la atención integral de la Insuficiencia Renal y el desarrollo de una estrategia de tamizaje de la IRC e IRA en todos los niveles de atención sanitaria públicos y/o privados
- La estrategia de salud renal se sustenta en la presente Ley; de atención integral de la insuficiencia renal

SEGUNDA. Creación e implementación de una estrategia de Tamizaje de la IRC e IRA

- La estrategia de Tamizaje de la IRC e IRA tiene como objetivo la detección precoz del daño renal en la población de alto riesgo
- La identificación de la población de alto riesgo se sustentará en los resultados de las encuestas de salud en el Perú, reportes epidemiológicos del MINSA y de los estudios poblacionales del INEI y otros estudios poblacionales locales e internacionales.
- La estrategia de Tamizaje de la IRC e IRA; se sustentará en una Norma Técnica que establecerá los procesos técnicos que se aplicará desde la atención primaria en la sociedad creación del hasta las atenciones en los servicios de salud de I, II, III nivel e institutos.
- EL MINSA, a través del SIS, FFAA, Policía Nacional del Perú; EsSALUD, Seguros privados, Gobiernos Regionales (Dirección Regional de Salud) y locales dotará de recursos e insumos para el programa de tamizaje en su jurisdicción en todos los niveles de atención
- La implementación de un programa de tamizaje de la IRC e IRA en la población se centra en:
    - Incorporación de intervenciones sustentadas en la mejor evidencia disponible con la finalidad de curar la causa y/o retrasar la progresión del daño renal.
    - Incorporación de una historia clínica única en concordancia a lo establecido en la Ley N° 30024 y aplicación de pruebas diagnósticas costo efectivas sustentadas en la mejor evidencia disponible.
    - Registro de los pacientes identificados en el sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Insuficiencia Renal

El Poder Ejecutivo coordina con los gobiernos regionales y locales la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de la Estrategia de Salud Renal.

TERCERA. Implementación de la estrategia de Salud Renal

La estrategia de salud renal en la población se implementa a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) del MINSA.

Crease una Subdirección dentro de la DGIESP en la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas del MINSA para la implementación de la estrategia de salud renal.

CUARTA. Declaración de prioridad nacional

Declárase de prioridad nacional la implementación de la Política Pública de Salud Renal, así como el desarrollo de planes, programas y servicios en salud renal en la atención primaria de salud en todo el país.

QUINTA. Dirección General de Salud Renal

Declárase de prioridad nacional la creación de la Dirección General de Salud Renal en el Ministerio de Salud, con el fin de asumir la responsabilidad de liderar, coordinar, supervisar y evaluar la política pública en materia de salud renal en el país. Esta entidad se encarga de diseñar y proponer medidas para mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades renales en la población.

SÉPTIMA. Medicamentos y dispositivos genéricos

Los medicamentos y dispositivos médicos esenciales prioritarios para la salud renal se seleccionan de acuerdo con las evidencias de eficacia, seguridad y comparación de costo - efectividad, demostrado por estudios de largo plazo.

Los medicamentos y dispositivos médicos que el Ministerio de Salud considera dentro del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) cubren todos los problemas de salud renal y deben ser materia de consulta con los prescriptores previo a su incorporación en el PNUME. El petitorio se actualiza de acuerdo con lo que señala la normativa vigente y con una periodicidad no mayor a los cinco años, bajo responsabilidad.

OCTAVA. Stock de seguridad

Las oficinas farmacéuticas y las farmacias de los establecimientos de salud, públicos y/o privados tienen las siguientes obligaciones:

1. Se establece la obligación de mantener un stock de seguridad permanente de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos para terapias de reemplazo renal, que se encuentran en el listado de medicamentos esenciales priorizados por la Autoridad Nacional de Salud. Este stock debe ser equivalente al 30% de la dispensación mensual en unidades y se identifica mediante su Denominación Común Internacional, con el fin de asegurar el acceso a estos productos. Además, se establece la obligación de reabastecer oportunamente las reservas de stock.

La entidad encargada de la salud en el país aprueba una vez al año la lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para las terapias de reemplazo renal, priorizándolos en función de la incidencia y prevalencia epidemiológica tanto a nivel regional como nacional. Además, la Autoridad Nacional de Salud se encarga de supervisar el cumplimiento de las normas establecidas en la ley mediante inspecciones.

2. La ley establece que los medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para las terapias de reemplazo renal deben ser ofrecidos en Denominación Común Internacional (DCI). El incumplimiento de esta obligación puede acarrear sanciones correspondientes. Es responsabilidad de los establecimientos farmacéuticos, tanto públicos como privados, cumplir con lo establecido en la ley. Sin embargo, esto no exime la responsabilidad del propietario o del profesional químico-farmacéutico encargado de la dirección técnica de las oficinas farmacéuticas y de las farmacias de los establecimientos de salud, en todo lo que les corresponde.

La Autoridad Nacional de Salud (ANS) debe aplicar las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio (ADPIC), sus enmiendas y la Declaración de Doha.

NOVENO. - Infraestructura y Equipos médicos

El Estado debe garantizar que los establecimientos de salud pública dispongan de infraestructura adecuada y equipos médicos en óptimas condiciones bajo las especificaciones técnicas establecidas por el Ministerio de Salud, bajo responsabilidad administrativa y/o penal.

DÉCIMO. Consejo Nacional de Salud Renal

Se establece como de interés nacional la creación del Consejo Nacional de Salud Renal, una instancia multisectorial a nivel nacional que estará bajo la rectoría del Ministerio de Salud. El objetivo principal del Consejo es contribuir a la implementación de los lineamientos para la acción en salud renal en el país.

DÉCIMO PRIMERO. Recursos presupuestales

Declárase de interés nacional y preferente atención la implementación integral de las disposiciones contenidas en la presente ley, así como la dotación de los recursos presupuestales necesarios, los cuales se incorporan en las leyes anuales de Presupuesto del Sector Público, de acuerdo con los parámetros y necesidades que determine el Ministerio de Salud y los demás pliegos presupuestales competentes.

DÉCIMO SEGUNDO. - Sobre Evaluación del Éxito de los Objetivos

Todas las acciones encaminadas al cumplimiento de los objetivos de la Ley deben sustentarse en una planificación estratégica con la finalidad de estudiar, definir y ejecutar el camino que debe seguir la dirección correspondiente del MINSA para cumplir con sus objetivos estratégicos. Por lo que es imperativo la determinación y la definición de los factores claves del éxito de la gestión; los factores claves del éxito son condiciones que la organización debe tener para lograr sus objetivos, como la formulación de indicadores del éxito del proceso e indicadores de los resultados.

DÉCIMO TERCERO. - Reglamento

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley dentro de los sesenta días hábiles contados a partir de su entrada en vigor.

Lima, mayo de 2023

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: WILLIAMS ZAPATA Jose Daniel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/06/2023 16:08:52-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GONZALES DELGADO Diana Carolina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/06/2023 11:15:51-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BAZAN CALDERON Diego Alonso Fernando FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/06/2023 16:44:27-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: TUDELA GUTIERREZ Adriana Josefina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/06/2023 10:28:05-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHIRINOS VENEGAS Patricia Rosa FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/06/2023 09:50:20-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: TUDELA GUTIERREZ Adriana Josefina FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 06/06/2023 10:27:47-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YARROW LUMBRERAS Norma Martina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/06/2023 14:53:13-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Constitución Política establece que "*todos tenemos derecho a la protección de la salud, del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa*"[1]. En base a lo antes señalado, el Constitucionalista Enrique Chirinos Soto afirma que la salud no es solo un derecho, sino también deber de todas las personas[2]. Asimismo, para el constitucionalista Marcial Rubio la salud es un derecho fundamental que equivale al derecho a la vida, y debe de ser protegida en todos sus aspectos[3]. En esa línea, se ha elaborado la presente iniciativa legislativa, la cual busca abordar el grave problema de la salud renal desde la perspectiva de la prevención, diagnóstico, atención y tratamiento integral de más de 2 millones de peruanos que padecen insuficiencia renal crónica y aguda.

Esta propuesta ha tomado como referencia la Ley N.° 30947, Ley de Salud Mental y la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, las cuales aseguran el acceso al derecho fundamental a la salud. Asimismo, se han considerado los aportes de los nefrólogos peruanos de amplio conocimiento y experiencia en el rubro, como lo son el Dr. César Loza Munarriz, Nefrólogo del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, y el Dr. Fernando Vásquez Mendoza, Nefrólogo, Médico Cirujano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

LA INSUFICIENCIA RENAL

Según la opinión de Víctor Manuel Ayala Milla, "*la insuficiencia renal es un trastorno que puede ser parcial o complejo y que afecta la función renal*". Esta condición se caracteriza por la incapacidad del cuerpo para excretar productos metabólicos residuales y agua. Además, parece ser un trastorno funcional que afecta a todos los órganos y sistemas del cuerpo"[4].

El boletín epidemiológico del Ministerio de Salud correspondiente al período del 6 al 12 de marzo de 2022 indica que cuando la estructura funcional del riñón se ve dañada de manera crónica (es decir, en el caso de la enfermedad renal crónica o ERC) o aguda (como en el caso de la lesión renal aguda o IRA) y se pierden todas las funciones reguladoras, se habla de insuficiencia renal. Esta condición provoca una enfermedad sistémica que afecta a casi todos los órganos vitales y conlleva un alto riesgo de complicaciones fatales y una alta morbilidad[5].

---

[1] *Artículo 7 del capítulo II de la Constitución Política del Perú*

[2] *Libro "Lectura y comentarios – Constitución de 1993", Enrique Chirinos Soto.*

[3] *Libro "Para conocer la constitución de 1993", Marcial Rubio Correa.*

[4] *Libro "Insuficiencia renal aguda y crónica", Víctor Manuel Ayala Milla*

[5] *Boletín Epidemiológico, volumen 21 SE10 del Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202210_30_230802.pdf*

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud sostiene que ciertos factores como la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón, el hábito de fumar y la obesidad pueden aumentar el riesgo de padecer enfermedad renal crónica[6]. Señala también que en América Latina existe un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes que tuvieron acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante de riñón[7].

Por otro lado, se calcula que a nivel global hay 850 millones de personas que padecen enfermedad renal crónica (ERC), lo que la convierte en la sexta causa de muerte que más rápido ha aumentado en los últimos años. En complemento, destaca que la lesión renal aguda (IRA), que es una causa importante de la ERC, afecta a más de 13 millones de personas en todo el mundo[8].

Finalmente, resalta que los datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología, en el periodo de 1992 a 2002, indican que ha habido un aumento constante en la demanda de servicios de diálisis desde 1992. Además, según la encuesta NHANES realizada en 2003 en Estados Unidos, la enfermedad renal crónica (ERC) afecta al 10% de la población, lo que significa que aproximadamente una de cada diez personas sufre algún grado de esta enfermedad[9].

INSUFICIENCIA RENAL EN EL PERÚ

En nuestro país se ha proyectado que en el año 2021 cerca de 3 060 794 de peruanos mayores de 18 años tendrían algún grado de Enfermedad Renal Crónica, asimismo se estima que 23 418 pacientes deberían haber recibido terapias de reemplazo renal (TRR), pero solo se han detectado 19,135 pacientes en el sistema sanitario que están recibiendo tratamientos renales sustitutivos (TRR), lo que sugiere que hay una brecha de 4,283 pacientes que probablemente no tienen acceso a estos tratamientos. Esta situación refleja la existencia de una desigualdad en el sistema sanitario para esta población[10].

Para el año 2022 serían 3 247 160 que tendrían algún grado de ERC y el número de pacientes que han recibido alguna modalidad de TRR serían de 20 637, con una brecha de 3065 pacientes y 3065 pacientes aún no tendrían

---

[6] *Portal web de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de Salud https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon#:~:text=La%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica%20del,son%20excretados%20en%20la%20orina.*

[7] *Idem*

[8] *Boletín Epidemiológico, volumen 21 SE10 del Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202210_30_230802.pdf*

[9] *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015, Ministerio de Salud. Enlace: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf*

[10] *Idem*

acceso a los servicios de TRR, perpetuando la inequidad en el acceso a estos servicios.

Según la información elaborada por el nefrólogo Dr. Cesar Loza, más de 237 019 mil peruanos no cuentan con ningún seguro de salud, lo que significa que el 1% de esta población estaría en una situación vulnerable (Tabla N° 01).

Tabla N° 01
Prevalencias estimadas de enfermedad renal crónica en el Perú en pacientes mayores de 18 años (2020 – 2021)

	%	Población	Población*	Estimado esperado Estadios 3-4**	Estimado esperado Estadio 5***	Observado estadio 5	Brecha
Sin Ningún Seguro de Salud	0.26	87,008	60888	7958	61	120	59
FFPP	2	609978	432409	56516	432	467	35
Seguro Integral de Salud (SIS)	72	23,723,874	16,817,670	2198069	16,818	6023	-10,795
ESSALUD	27	8,878,460	6,293,871	822609	6294	12525	6,231
Total		**33,035,304**	**23,418,470**	**3060794**	**23,418**	**19135**	-4283

*INEI: 2021
**Porcentajes de la Población en estadio I-IV: 13.07% (NHANES 1999 – 2004)
***Porcentajes de la Población en estadio V: 0,10% (NHANES 2005 – 2006)

Asimismo, señala que 1496 pacientes se encuentran esperando ser atendidos, de los cuales la mayor cantidad de pacientes se encuentra en Huancavelica (431), seguido de Amazonas con 427, Huancavelica 366 y por último Cerro de Pasco. (Tabla N° 02)

Tabla N° 02
Población estimada con ERCT, en las regiones sin servicios

REGIÓN	POBLACIÓN	CASOS ESTIMADOS DE ERC	ERC – T ESPERADOS
Amazonas	426806	55784	427
Apurímac	430736	56297	431
Cerro de Pasco	271904	35538	272
Huancavelica	366317	47787	366
Total	1495763	195496	1496

Fuente: INEI

Esta población sin servicios constituirá el 36% de la brecha de pacientes que no tienen acceso a servicios de diálisis y trasplante.

Según el Dr. Boris Medina Santander, quien lidera el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, aproximadamente el 70% de los pacientes en Perú que necesitan someterse a diálisis padecen de hipertensión arterial y diabetes que no han sido tratadas oportunamente, lo que aumenta el riesgo de desarrollar insuficiencia renal crónica.

Todos los especialistas recomiendan que una vez diagnosticada de ERC en fase terminal (Estadio 5) lo siguiente es que todos sin excepción deben tener acceso a los programas de sustitución de la función renal como: hemodiálisis crónica, diálisis peritoneal crónica o un trasplante de riñón.

A su vez, el Dr. Medina Santander señaló que otro problema relacionado con la salud renal es la insuficiencia renal aguda, que constituye una pérdida del funcionamiento del riñón en forma transitoria (trabaja menos del 15%), y constituye otro problema de salud pública. Los efectos en la mortalidad y en la morbilidad de la IRA en la población tuvo su mayor impacto durante la pandemia del Covid-19; durante el periodo analizado, que abarcó hasta diciembre de 2021, se encontró que la IRA fue responsable del 19,17% del exceso de fallecimientos. Además, se observó que la población económicamente activa (entre 18 y 59 años) y aquella con un mayor nivel educativo fueron los grupos más afectados por estas muertes adicionales. Por lo tanto, la IRA se ha convertido en un problema de salud pública durante la pandemia y requiere de una atención y estrategias adecuadas para su prevención y tratamiento[11].

Otro problema que se identifica en nuestro país, de acuerdo con el informe del Ministerio de Salud (MINSA), es la mala redistribución de profesionales nefrólogos y otros recursos humanos para la atención especializada de los pacientes con ERC. A pesar de que la Tasa de Nefrólogos es de 16 Nefrólogos x ppm., la mayor cantidad de profesionales especializados se encuentran concentrados en las grandes ciudades como Lima, Arequipa, Trujillo, Piura, Chiclayo, Callao y Cusco. Pero no existen recursos humanos especializados en las Regiones Huancavelica, Cerro de Pasco y Amazonas y en algunas regiones existe un déficit de nefrólogos para la demanda de pacientes observados como es el caso de Cajamarca, Puno, Piura.[12]

Esta situación resulta preocupante, toda vez que se registra que el 11% de la población peruana padece de esta enfermedad, y más aún cuando existen regiones donde el Ministerio de Salud no cuenta con centros de diálisis, ni con nefrólogos para su atención.

PRESUPUESTO TRATAMIENTOS

Sobre el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica, se tiene como alternativa el procedimiento de diálisis y trasplante de riñón, pese a

---

[11] *https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/589210-insuficiencia-renal-cronica-en-el-peru-70-de-dialisis-se-realizan-en-pacientes-con-hipertension-y-diabetes*

[12] *https://www.cmp.org.pe/medicos-colegiados-cmp/. fecha de acceso (28/04/2023)*

ofrecer el mismo beneficio, la calidad de vida de un paciente con trasplante es tres veces mejor que uno con diálisis.

El costo de la diálisis varía dependiendo del tipo de seguro que financia los tratamientos. En el Perú, ESSALUD atiende al 36% de pacientes, mientras que MINSA atiende al 61% y los costos por unidad de tratamiento es de 223 soles por sesión de hemodiálisis en el FISSAL y de 222 soles por sesión en EsSalud (Tabla N° 03)[13]. Los costos diferenciales entre la terapia de diálisis en comparación al trasplante renal son muy dispares, estimándose que el tratamiento por un año de un paciente en terapia de diálisis es de 27 970 soles y los costos de un paciente trasplantado es de 13 856 soles, por lo que aquí claramente se observa que el trasplante renal a largo plazo es un tratamiento más barato y más costo efectivo con mejor calidad de vida. En ese sentido, se plantea como una de las razones importantes para incentivar la donación de órganos y fortalecer los programas de trasplante renal en todas las regiones del Perú[14].

TABLA N° 03
COSTOS DE HEMODIÁLISIS EN EL SISTEMA PÚBLICO

SISTEMA	2020	%	N° Pacientes	Costo/pac/año (S/.)	Costo/Pac/año (USD)	Costo/Sesión (S/.)	Costo/sesión (USD)
FISSAL	208 221 727.78	34	5984	34796	9666	223	62
EsSalud	403 740 762.00	66	11638	34692	9637	222	62
Total	**611 962 489.78**		**17622**	**34727**	**9646**	**223**	**62**

Fuente: SIS ESSALUD [15]

Cabe señalar que el Estado, durante el año 2021 mediante el Fondo Intangible Solidario de Salud, financió las sesiones de hemodiálisis de más de 8,100 asegurados. Cabe precisar que dicho servicio se recibe tanto en clínicas privadas como en los hospitales públicos, de acuerdo con lo dispuesto por la Ley de Contrataciones del Estado[16].

---

[13] *Sociedad Peruana de Nefrología 2022. [Internet]. Consultado el 21 de marzo del 2022. Disponible en: https://www.spn.pe/.*

[14] *http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/182-184.html*

[15] *Informe "Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú y análisis de la mortalidad por falla renal durante la pandemia dl COVID 19 – Entrevista con el Dr. César Loza M con fecha 28.09.2022*
Enlace: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.spn.pe/archivos/SITUACION-DE-LA-ENFEREMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdff

[16] *https://pressperu.com/fissal-garantiza-tratamiento-de-hemodialisis-a-asegurados-sis-con-insuficiencia-renal-cronica/*

Con relación a la oferta en las terapias de hemodiálisis de emergencias este servicio se brinda solo en 16 regiones. En el caso del trasplante renal los resultados y las perspectivas son más preocupantes, ya que en el año 2022 solo se ofrecen en 6 regiones por EsSalud y por el MINSA, y existe solo un centro acreditado en la ciudad de Lima.

Si bien el Estado viene mejorando la atención de los pacientes con insuficiencia renal, y en los últimos 20 años se han reducido las brechas en la atención de los pacientes en estadío 5, aún resulta insuficiente ya que todavía existen más de 3 millones de pacientes en estadio prediálisis que no son visualizados por el sistema sanitario y solo el 1% de los pacientes en TRR tienen acceso a un trasplante renal. Esto es inequidad que aún subsiste en nuestro sistema sanitario, por lo tanto, se requiere de políticas eficaces para ejecutar planes de prevención primaria que a largo plazo resultaría en menos demanda y menos costo que los actuales tratamientos.

II. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley Nº 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
- Ley N° 30947, Ley General de Salud Mental.
- Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer

EL EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA QUE SE PROPONE SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La iniciativa legislativa actual no contradice ninguna disposición constitucional o legal y está en consonancia con las políticas públicas existentes. Su objetivo principal es establecer un marco legal que asegure el acceso a servicios, tratamiento y rehabilitación para pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica. Además, se busca garantizar la implementación de políticas públicas de prevención y promoción de esta enfermedad.

VINCULACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y CON LAS POLÍTICAS DEL ACUERDO NACIONAL

Esta iniciativa se encuentra en concordancia con el objetivo Equidad y Justicia Social y las políticas siguientes, en específico en el décimo tercero acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social que a la letra dice:

> *"Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y*

controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; (h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) restablece la autonomía del Seguro Social."[17]

---

[17] *Acuerdo Nacional - https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/*

ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

SECTOR	ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO
Estado	La presente iniciativa legislativa no irroga ningún gasto al erario nacional, ya que más bien implica una reasignación de fondos presupuestales para implementar la presente ley. Asimismo, da las herramientas para poder detectar, tratar y combatir esta grave enfermedad usando el mismo presupuesto, pero de manera organizada y sobre todo atendiendo los chequeos preventivos que ayuden a su detección oportuna, contribuir con el tratamiento y por lo tanto se disminuyan los costos del mismo. Asimismo, esta ley ayudará a reducir los altos costos de tratamiento que acarrea esta enfermedad, ya que hasta hoy no se realiza un control oportuno ni detección de la misma, lo que hace que se diagnostique muy tarde y por consiguiente el tratamiento sea económicamente muy costoso y lo que es peor, nos coloque en una situación de inevitable mortalidad.
Ciudadanos	Los principales beneficiados son los posibles pacientes, ya que ayudará a tener un diagnóstico oportuno y certero que contribuirá a su calidad de vida y evitará las graves consecuencias de esta enfermedad por causas de la no detección a tiempo.