



ELVIS HERNÁN VERGARA MENDOZA
Congresista de la República

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

PROYECTO DE LEY DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

El congresista de la República, **ELVIS HERNÁN VERGARA MENDOZA**, miembro del grupo parlamentario Acción Popular, en pleno ejercicio del derecho de iniciativa legislativa reconocido en el artículo 107° de la Constitución Política del Perú; y conforme lo establecen los artículos 74°, 75° y el numeral 2) del artículo 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente Proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL LEY DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

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 con diagnóstico de **Infarto Agudo de Miocardio** con la finalidad de asegurar el acceso al derecho fundamental de la salud en igualdad de condiciones y sin discriminación en nuestro país.

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 como objeto la prestación de servicios y atención de salud en cuanto al **Infarto Agudo de Miocardio** en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

Artículo 3°. - Respeto de los derechos fundamentales

El derecho al acceso a los servicios de salud exige al Estado garantizar su prestación de manera igualitaria, oportuna, informada, confidencial y sin discriminación; Preservando la línea del derecho a la salud que brinda nuestra Constitución Política.

Artículo 4°. - Política Nacional de Ejecución obligatoria

La presente norma es de **aplicación obligatoria** para el Ministerio de Salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y Gobiernos Regionales, a través de sus órganos especializados en materia de salud y Gobiernos Locales que intervienen en la gestión de inversión pública en salud, en el marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y demás entidades públicas adscritas al sector salud.

Artículo 5°. - Atención integral Cardiológica

El Estado garantiza el acceso y la cobertura cardiaca isquémica integral; lo cual abarca la prestación de servicios de promoción, prevención, control y atención del **Infarto Agudo de Miocardio** con la finalidad de que se permita asegurar el tratamiento de revascularización en base a redes de atención de las personas diagnosticadas con dicha enfermedad a nivel nacional



y en forma progresiva de acuerdo al desarrollo y la disponibilidad de los recursos; incluyendo acciones multisectoriales e intergubernamentales.

Artículo 6 °. - Prohibición de la denegación en la atención

- 6.1 El Estado prohíbe totalmente la denegación de la cobertura universal, gratuita y oportuna del acceso al tratamiento de salud cardiológica en cualquier establecimiento del sector salud.
- 6.2 El tipo de seguro de salud del diagnosticado y paciente de alguna enfermedad cardiológica, así como el lugar de residencia no será un impedimento para el acceso a la atención integral a los servicios cardiológicos del Estado peruano en cualquiera de sus establecimientos de salud.

Artículo 7°. - Política Nacional de Lucha contra el Infarto Agudo de Miocardio (PNIAM)

- 7.1 El Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud en su calidad de órgano rector, y sus organismos público-ejecutores en el ámbito de sus competencias, formula, implementa y evalúa la Política Nacional de prevención y tratamiento del **Infarto Agudo de Miocardio**
- 7.2 La PNIAM establece los lineamientos, objetivos, indicadores y estándares mínimos de cumplimiento que garanticen una atención integral cardiovascular, considerándose como ejes vitales la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, el diagnóstico oportuno, la creación de redes descentralizadas de respuesta rápida, la telemedicina, el tratamiento de revascularización, la rehabilitación, e investigación en las enfermedades cardiovasculares isquémicas.

Artículo 8°. – Financiamiento

- 8.1 La implementación de lo dispuesto en la presente ley se financia con cargo 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 cardíacos isquémicos de emergencia a nivel nacional, además de otros mecanismos de financiamiento público orientado por presupuesto por resultados a la prevención primaria y secundaria del **Infarto Agudo de Miocardio** además del tratamiento de revascularización agudo correspondiente.
- 8.2 Si la persona no contara con Seguro Social de Salud (ESSALUD) o privado, o la cobertura de este resultase insuficiente, será afiliada de manera inmediata al Seguro Integral de Salud (SIS).
- 8.3 Declárase de interés nacional la intangibilidad del Programa Presupuestal ***"Prevención y tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio"***, así como la reestructuración de los recursos humanos en salud destinados a la prevención y tratamiento de las ***enfermedades cardiacas isquémicas***.

- 8.4 Facúltase al Ministerio de Salud a través del órgano competente a utilizar mecanismos diferenciados para la adquisición de aquellos productos farmacéuticos, dispositivos médicos, redes de atención y unidades de Angioplastia que sean necesarios para el tratamiento del **Infarto Agudo de Miocardio** agudas previo sustento técnico que demuestre la eficacia del gasto frente al uso de los modelos convencionales disponibles.
- 8.5 Mediante el reglamento de la presente ley el Poder Ejecutivo aprueba las distintas modalidades de estos mecanismos diferenciados de adquisición de bienes y servicios.
- 8.6 Declárase de interés nacional la compra centralizada de recursos estratégicos para la **prevención y el tratamiento Infarto Agudo de Miocardio** del subsector público, a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES).

Artículo 9º. - Acciones de prevención, diagnóstico temprano, redes de atención y revascularización de la enfermedad cardíaca isquémica aguda.

El Estado, a través de las entidades del sector salud de los tres niveles de gobierno, incentiva y promueve la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención primaria y secundaria del "**Infarto Agudo de Miocardio**", redes de atención rápida y descentralizada a nivel nacional de manera igualitaria, inclusiva y sin discriminación, de acuerdo a estrategias basadas en evidencia y sustento técnico considerando los factores epidemiológicos, mayor exposición a factores de riesgo, accesibilidad y distribución geográfica.

Artículo 10º. - Capacitación de los servidores públicos en el ámbito de la salud

- 10.1 El sector salud, a través de las instancias competentes, promueve la **capacitación, especialización y certificación** 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 brinden **atención cardíaca de emergencia y en consultorio de forma preventiva y recuperativa** en los distintos establecimientos de salud a nivel nacional.
- 10.2 Se deberá tener acciones conjuntas con las diferentes sociedades de Cardiología, Emergencia, Medicina Interna y Medicina Intensiva a fin de poder buscar consensos en el manejo de estos pacientes.

Artículo 11º. - 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, desarrollan estrategias orientadas a la promoción de la salud y prevención del **Infarto Agudo de Miocardio** en la comunidad educativa nacional, con proyección a toda la población, que promuevan la construcción de una cultura en salud en el país.

Artículo 12º. - Equipamiento e infraestructura

Autorízase al Ministerio de Salud, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria de su sector, la adquisición o la renovación tecnológica del equipamiento biomédico y la ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria cardiovascular con la creación de **unidades de angioplastia para el tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio estratégicamente distribuidas** a nivel nacional, en concordancia con la normativa vigente.

Artículo 13º. - Registro Nacional de Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio

Autorízase al Ministerio de Salud, en calidad de organismo público rector ejecutor, a implementar y actualizar un **registro nacional de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio** basado en la información de los registros poblacionales y hospitalarios a nivel nacional para la adecuada vigilancia epidemiológica de las personas con un diagnóstico cardiovascular isquémico.

Artículo 14º. - Red Nacional Cardíaca del Infarto Agudo de Miocardio (RENACI)

Créase la **Red Nacional Cardíaca del Infarto Agudo de Miocardio**, a cargo del Ministerio de Salud en su calidad de organismo público rector ejecutor que implementara un sistema de diagnóstico rápido en forma de redes de atención desde los centros periféricos hacia una central ubicadas estratégicamente de forma regional con el propósito de identificar estas emergencias para brindar una mejor atención integral basados en el diagnóstico oportuno a través del uso de tecnologías como la telemedicina, el tratamiento de revascularización según cada centro y su derivación hacia una unidad de angioplastias además del manejo por hospitalización y el seguimiento posterior por consultorio de los pacientes con enfermedad cardiovascular aguda.

Artículo 15º. - Institutos Cardiovasculares Macrorregionales

Créase los institutos cardiovasculares en Macrorregiones del Norte, Sur, Centro y el Oriente que junto con el Instituto Nacional Cardiovascular en Lima serán los centros cardiovasculares que deberán resolver los problemas cardiovasculares de sus respectivas regiones haciendo que la atención de estas patologías sea descentralizada, regionalizada y oportuna.

Artículo 16º. - Comité Nacional del Infarto Agudo de Miocardio

- 16.1. Crear una subdirección desde el MINSA que integre representantes de los diversos sistemas de salud para monitorizar los resultados de sus territorios de forma regional desde los centros de atención primaria hacia las centrales.
- 16.2. Dicho comité será encargado de crear una guía de manejo nacional para el tratamiento del **Infarto Agudo de Miocardio** las cuales serán de forma interinstitucional y será actualizada cada 4 años o según nuevas evidencias.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. - Investigación

El Estado fomenta la investigación y educación científica biomédica en el control del **Infarto Agudo de Miocardio** 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 enfermedad cardíaca isquémica aguda y la cooperación técnica internacional.

SEGUNDA. - Telemedicina para combatir el Infarto Agudo de Miocardio

Declárase de necesidad pública e interés nacional la atención y control del **Infarto Agudo de Miocardio** a través de los servicios de telemedicina.

El MINSA deberá asegurar que al menos haya en el país una central cardiológica de telemedicina desde donde las centrales regionales puedan hacer sus consultas.

TERCERA. - Evaluaciones tecnológicas sanitarias

Declárase de interés nacional el fortalecimiento tecnológico del Instituto Nacional de Salud (INS) y 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 tratamiento del **Infarto Agudo de Miocardio**.

CUARTA. - Intercambio prestacional

Declárase de interés nacional el fortalecimiento del intercambio prestacional de los servicios de salud para el momento del diagnóstico, activación del sistema y tratamiento de revascularización de forma aguda. Luego de estabilizado el cuadro agudo el paciente deberá ser trasladado a su centro de origen para continuar su tratamiento.

QUINTA. - Base de datos nacional

Declárase de interés nacional la creación de una base nacional de datos médicos con el fin de poder monitorizar los tiempos relacionados al sistema y el seguimiento posterior de esos pacientes con el fin de tomar medidas regionales y nacionales sobre sus resultados con el nivel de confidencialidad respectivo.

SEXTA. - Atención prehospitalaria

Declárase de interés nacional el fortalecimiento de una red de ambulancias en las zonas de mayor densidad poblacional que pueda iniciar el manejo adecuado de la atención prehospitalaria de forma coordinada y monitorizada a través de las centrales de red que pueda diagnosticar, iniciar el tratamiento y diferir a los pacientes hacia su destino médico.

Se deberá tener el mismo nivel de capacitación para asegurar las competencias en el manejo de pacientes con enfermedad cardiovascular.

SEPTIMA. - Abastecimiento de medicamentos y material biomédico

Se deberá asegurar en todo establecimiento de salud nivel I la medicación inicial y un electrocardiograma diagnóstico, así como poder tener fluxogramas de manejo y derivación de estos pacientes a un establecimiento nivel II.

Todo hospital nivel II y III deberá tener al menos la opción del tratamiento fibrinolítico afín de poder iniciar la revascularización a tiempo.

Se deberá asegurar el material biomédico necesario para una atención integral de los pacientes con enfermedad cardiovascular isquémica aguda.

OCTAVA. – Promoción del deporte y vida saludable

La presente ley además de brindar soporte técnico legal para asegurar la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares isquémica deberá promover el deporte y la vida saludable para prevenir los casos de pacientes con enfermedades cardiovasculares, reducir la tasa de estrés y asegurar una mejor condición de vida.

Se deberá incluir un plan alternativo de cuidado y tratamiento en base a cada paciente teniendo como principal idea el uso y aplicación de acciones deportivas e indicaciones de alimentación saludable.

Reglamentación

- El Poder Ejecutivo en un plazo máximo de sesenta (60) días calendario reglamenta la presente ley.

[Firmas y sellos de los congresistas]

[Firma: José Alberto Ariola Tzucos]
José Alberto Ariola Tzucos
Congresista de la República

[Firma: Silvia María Monteza Facho]
SILVIA MARIA MONTEZA FACHO
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA

[Firma: Wilson Soto Palacios]
WILSON SOTO PALACIOS
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA

[Firma: Edwin Martínez Talavera]
EDWIN MARTÍNEZ TALAVERA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

[Firma: Jorge Luis Flores Ancachi]
JORGE LUIS FLORES ANCACHI
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA

[Firma: Elvis Hernán Vergara Mendoza]
ELVIS HERNÁN VERGARA MENDOZA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

[Firma: Mich Freidy López Urellia]
Mich Freidy López Urellia
Congresista
Acción Popular

[Firma: A. Aragón]
A. Aragón



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **25** de **octubre** del **2021**
Según la consulta realizada, de conformidad con
el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de
la República: pase la Proposición **N° 521** para
su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. SALUD Y POBLACIÓN.

.....
HUGO ROVIRA ZAGAL
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1. Situación problemática de enfermedades cardiovasculares isquémicas en Perú

El corazón es uno de los órganos menos cuidados por los ciudadanos de todo el planeta, pese a ser uno de los más vitales e importantes. Esto ha provocado que a lo largo de la historia las enfermedades cardiovasculares/cárdicas vayan en aumento y generen altos índices de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de Salud ha manifestado que las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son las causantes de la muerte de un promedio de 41 millones de personas cada año, lo cual equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo, siendo las enfermedades cardiovasculares las que constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), y la diabetes (1,6 millones). Enfocándonos en la realidad de nuestro país, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizado en el año 2019, el 19,7% de personas de 15 años o mayores presentaron presión arterial alta. Los hombres (21,7%) fueron más afectados que las mujeres (17,8%). Los mayores porcentajes se ubicaron en el Callao (24,4%), Lima provincias (22,3%), Loreto y Tumbes (cada uno con 22,0%).¹

Se cuenta con la información de tres registros de Infarto Agudo de Miocardio (RENIMA I, RENIMA II y RENIMA III), realizados por la Sociedad Peruana de Cardiología a nivel nacional en los diferentes establecimientos de salud públicos y privados. En estos registros se observa que los casos se presentan más en la costa (86%), predominantemente ocurre en varones (73%), la edad promedio fue 66 años y los principales factores de riesgo fueron hipertensión arterial (66%), sobrepeso (60%), dislipidemia (45%), tabaco (26%) y diabetes (30%). A pesar de la mejoría de los recursos, solamente la tercera parte de los pacientes reciben el tratamiento ideal (angioplastia más stent); el 35% recibe trombolisis y un 30% no recibe ninguna terapia de perfusión. La mortalidad intrahospitalaria esta entre el 5-6%.

En el Registro Peruano de Infarto de Miocardio ST elevado (PERSTEMI II) durante el 2020, se incluyeron 374 pacientes, 69,5% en Lima y Callao. Doscientos cinco pacientes (55% de la población de estudio) recibieron algún tipo de perfusión en las primeras 12 h de evolución del infarto, 64% fibrinólisis y 36% angioplastia primaria. La fibrinólisis fue usada en 37% de casos (farmacoinvasiva 26% y sola 11%), angioplastia primaria con < 12 h de evolución en 20%, angioplastia tardía en 9% y 34% no accedieron a terapias de perfusión adecuadas, principalmente por presentación tardía. El tiempo de isquemia fue mayor en pacientes con angioplastia primaria en comparación a fibrinólisis. La mortalidad fue de 8,5%, la incidencia de insuficiencia cardíaca posinfarto fue de 27,8% y de choque cardiogénico de 11,5%. El

¹ (Ministerio de Salud, 2020)



éxito de la reperusión se asoció con menor mortalidad cardiovascular y menor incidencia de insuficiencia cardíaca.

A pesar que la mortalidad intrahospitalaria varía entre un 5-10% en registros nacionales es conocido que puede haber un subregistro de pacientes que no tienen acceso a un sistema de salud y pacientes que fallecen sin acudir a un primer contacto médico.

De igual manera se confirma con el estudio de la autoría internacional Deloitte, que las enfermedades al corazón se han vuelto la primera causa de muerte en la población adulta. En la actualidad el 16% de la población peruana mayor de 20 años padece de males al corazón con más de 2000 peruanos falleciendo por alguna clase de insuficiencia cardíaca en el año 2015. De igual manera según los resultados de INEI el último mayo del 2021², fue publicado que el 41,1% de las personas de 15 años a más tienen riesgo cardiovascular muy alto, según el área de residencia, dicha incidencia fue mayor en la zona urbana (43,5%), que en la rural (31,2%); este riesgo cardiovascular alto se presenta principalmente en mujeres (60,1%) y según edad, es mayor en las personas de 60 años a más (52,5%).

En el Perú hace falta darle más importancia a la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Adicionalmente a raíz de la pandemia por Covid-19 en nuestro país se incrementaron inmensamente los casos de muerte de enfermedades cardiovasculares, tanto por la misma enfermedad y las complicaciones que derivaron en la atención oportuna del paciente con enfermedad cardíaca. Se estima que 10 de cada 100 personas que fallecen por COVID-19 padecieron de enfermedades cardiovasculares, algunos incluso sin conocimiento de estas, convirtiendo a los males cardíacos en uno de los principales factores de riesgo de mortalidad durante la pandemia que aún sigue vigente, según informó el Ministerio de Salud (Minsa) el pasado septiembre del 2021 en conmemoración del 'Día Mundial del Corazón' - 29 de septiembre.³

Una alternativa ideal para prevenir esta problemática a nivel nacional y así poder reducir la mortalidad, es fomentar un esfuerzo estatal que actualice las competencias de los profesionales de salud del primer nivel de atención en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en el contexto actual de la COVID-19, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad prematura, dejando las bases establecidas para prevenir y tratar casos de este tipo no solo por causas de la COVID-19.

² (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2021)

³ (Ministerio de Salud, 2020)

Las enfermedades cardiovasculares se clasifican en:

- Enfermedad cardiovascular aterosclerótica (infarto de miocardio agudo y otros síndromes coronarios agudos, enfermedad coronaria crónica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica)
- Hipertensión arterial (presión alta)
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad Valvulares.
- Cardiopatías congénitas.
- Miocardiopatías
- Arritmias

Siendo las más comunes en el Perú⁴:

- ✓ **Infarto al miocardio:** También conocida como arteriosclerosis coronaria; se trata de la obstrucción en las arterias cardíacas producido por la acumulación de placas de colesterol, grasas y células inflamatorias en las paredes de estas arterias, provocando que el corazón no reciba suficiente sangre.
- ✓ **Las arritmias:** Son cualquier tipo de alteración del ritmo cardíaco. Algunas causan poco daño y no presentan síntomas, pero otras sí son peligrosas por la reducción de la cantidad de sangre bombeada al cuerpo y complicaciones circulatorias.
- ✓ **Insuficiencia Cardíaca:** Es cuando un músculo del corazón se lesiona y no bombea la sangre con la fuerza necesaria.
- ✓ **Hipertension Arterial:** Cuando los niveles de presión sobrepasan el límite de 140/90 mm Hg.

El 80% de los casos que padecen esta enfermedad se deben por los factores de riesgo modificables, es decir, la mala alimentación, falta de actividad física, hábitos nocivos como el consumo de tabaco y alcohol y la falta de un control médico periódico para evaluar las condiciones físicas de la persona. Por lo que, es aconsejable que las personas mayores de 18 años realicen un control preventivo por su médico de atención primaria al menos una vez al año y si se detectara algún factor de riesgo se deberá derivar a la atención por cardiología. Es por este motivo la urgente necesidad de que nuestros centros de salud cuenten con los equipos básicos necesarios para la detección, prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares. Esto lo corroboramos con los informes del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud, que manifiesta que el Sector Salud Peruano cuenta con más de ocho mil establecimientos de salud del primer nivel de atención, incluyendo a EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú. Dichos centros necesitan mayor respaldo e implementación de equipos para poder atender casos de enfermedades cardiovasculares, puesto que el 97% del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención presentan

⁴ (NOTICIAS, 2019)



ELVIS HERNÁN VERGARA MENDOZA
Congresista de la República

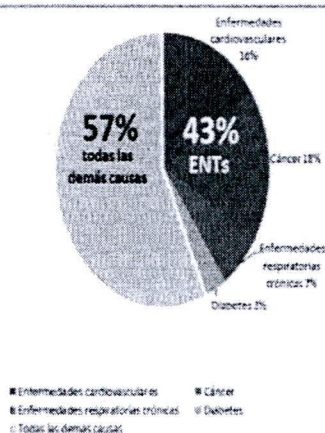
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

capacidad instalada inadecuada, precariedad en las infraestructuras, equipos obsoletos, inoperativos o insuficientes. Es una necesidad latente la implementación de electrocardiógrafos, coches de paro equipado, desfibriladores externos automáticos y demás insumos necesarios para asegurar una adecuada atención de salud en los diferentes centros de salud del Perú.

Conforme los datos manifestados nos amparamos en los siguientes datos estadísticos desde el año 2010 hasta la actualidad.

MORTALIDAD PREMATURA POR TODAS LAS CAUSAS (2010)

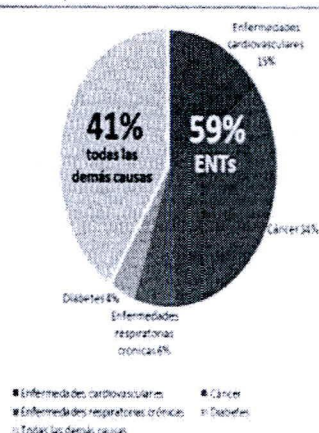
HOMBRES (30 a 69 años)



Total de muertes prematuras: 35.123

Muertes prematuras por las 4 ENT: 15.243

MUJERES (30 a 69 años)



Total de muertes prematuras: 22.546

Muertes prematuras por las 4 ENT: 13.349

Fuente: OPS/OMS Sistema de información regional de mortalidad 2014 (ICD-10: Enfermedad cardiovascular (I00-I99), enfermedad cerebrovascular (I60-I69), enfermedad hipertensiva (I10-I15), enfermedad isquémica del corazón (I20-I25), cáncer (C00-99), diabetes (E10-14) y enfermedad respiratoria crónica (J30-98)).

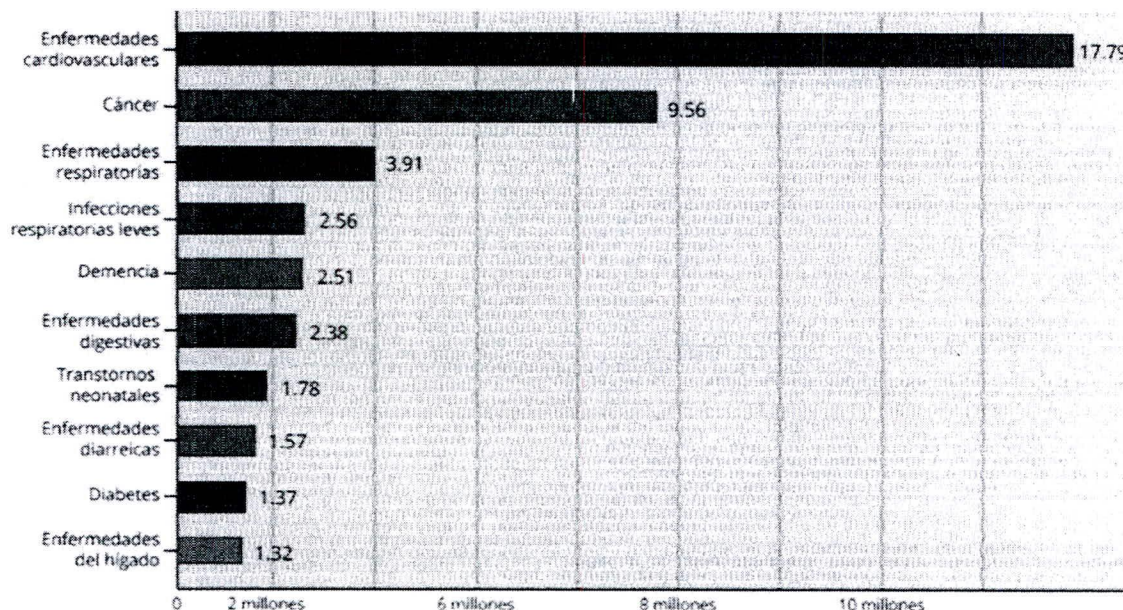
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO
PERU - AÑO 2014

ORD	GRUPO DE CATEGORIAS	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
	TOTAL	96,460	100.0	51,787	100.0	44,673	100.0
1	TUMORES (NEOPLASIAS) MALIGNOS (C00 - C97)	19,360	20.1	9,244	17.9	10,116	22.6
2	INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA (J09 - J18)	13,349	13.8	6,878	13.3	6,471	14.5
3	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS (A30 - A49)	7,222	7.5	3,456	6.7	3,766	8.4
4	OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACCIDENTALES (W00 - X59)	5,686	5.9	3,981	7.7	1,705	3.8
5	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON (I30 - I52)	4,740	4.9	2,401	4.6	2,339	5.2
6	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON (I20 - I25)	4,497	4.7	2,568	5.0	1,929	4.3
7	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	4,137	4.3	2,064	4.0	2,073	4.6
8	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO (J80 - J84)	3,903	4.0	2,032	3.9	1,871	4.2
9	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10 - I15)	3,752	3.9	1,892	3.7	1,900	4.3
10	DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	3,695	3.8	1,793	3.5	1,902	4.3
11	ENFERMEDADES DEL HIGADO (K70 - K77)	3,671	3.8	2,287	4.4	1,384	3.1
12	INSUFICIENCIA RENAL (N17 - N19)	3,427	3.6	1,795	3.5	1,632	3.7
13	ACCIDENTES DE TRANSPORTE (V01 - V99)	2,504	2.6	1,901	3.7	603	1.3
14	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40 - J47)	1,826	1.9	941	1.8	885	2.0
15	TUBERCULOSIS (A15 - A19)	1,256	1.3	840	1.6	416	0.9
16	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL (P20 - P29)	997	1.0	563	1.1	434	1.0
17	AGRESIONES (X85 - Y09)	843	0.9	693	1.3	150	0.3
18	ENFERMEDADES POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) (B20 - B24)	813	0.8	605	1.2	208	0.5
19	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL (P35 - P39)	755	0.8	458	0.9	297	0.7
20	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO (K90 - K93)	653	0.7	359	0.7	294	0.7
21	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO (K20 - K31)	628	0.7	319	0.6	309	0.7
22	TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR, DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS (K80 - K87)	567	0.6	293	0.6	274	0.6
23	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO (Q20 - Q28)	536	0.6	291	0.6	245	0.5
24	DESNUTRICION (E40 - E46)	517	0.5	236	0.5	281	0.6
25	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA (Y10 - Y34)	483	0.5	354	0.7	129	0.3
	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE (R00-R99)	91	0.1	65	0.1	26	0.1
	LAS DEMAS CAUSAS	6,512	6.8	3,478	6.7	3,034	6.8

fuente: Base de datos nacional de defunciones

Ministerio de Salud - Oficina General de Tecnologías de la Información

CANTIDAD DE MUERTES POR CAUSAS EN EL MUNDO
2017

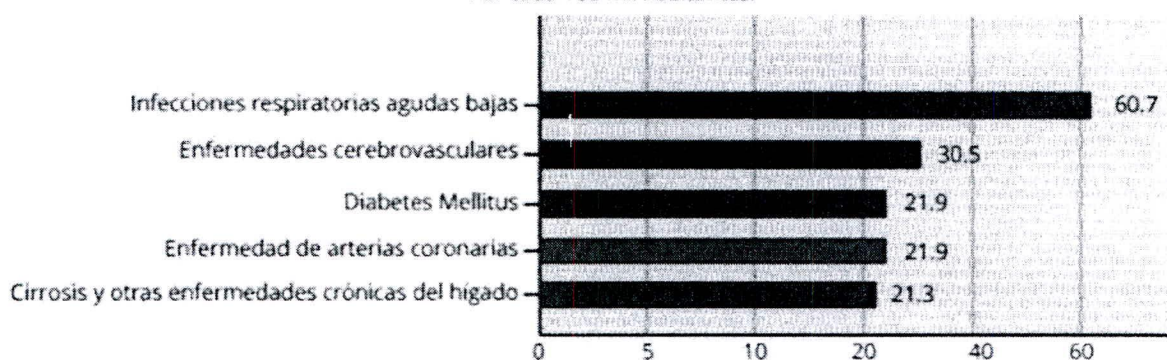


FUENTE: Our World in Data

ELABORACIÓN: Enterarse

RANKING DE MUERTES POR CAUSAS EN PERÚ
2015

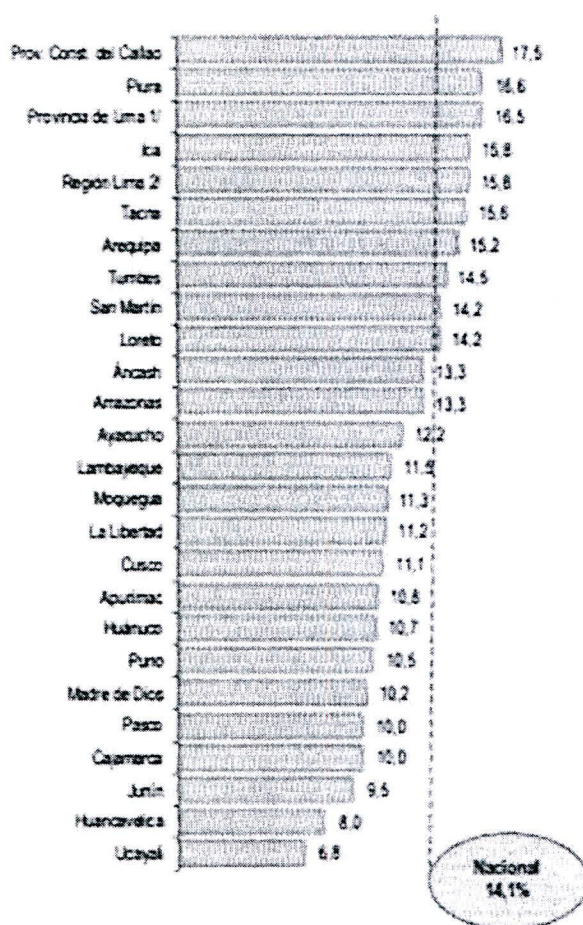
Por cada 100 mil habitantes.



FUENTE: Ministerio de Salud

ELABORACIÓN: Enterarse

GRÁFICO N° 1.3
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2019
 (Porcentaje)



Nota:

Se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) es ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) es ≥ 90 mmHg. Excluye a mujeres gestantes.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.

Cuadro base: Cuadro 1.1 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

(Perú: Enfermedades transmisibles y no transmisibles, 2019)

1.2. Cobertura del sector salud respecto a enfermedades cardíológicas en Perú

Actualmente en el Perú existe a nivel de EsSalud, el INCOR, que es el Instituto Nacional Cardiovascular "Carlos Alberto Peschiera Carrillo"; fue creado el 12 de agosto de 1992 y hoy es el centro de mayor desarrollo e innovación en cardiología y cirugía cardiovascular en el país.

Este instituto cuenta con autonomía de gestión, perteneciente al nivel III - E de atención médica. Se encuentra capacitado y dedicado a brindar prestaciones de salud altamente especializadas mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los asegurados con patologías cardiovasculares, referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo, y a su vez desarrollar normas, estrategias e innovación científico-tecnológica en salud cardiovascular a través de la investigación, docencia y capacitación.

Existe el INCOR, pero hace falta una norma especial para su promoción, tratamiento y mejor ejecución en campo.

De igual manera en el año 2016, el equipo integrado por profesionales de la Universidad de Lima y del Instituto Nacional de Investigación y Capacitación de Telecomunicaciones (INICTEL) de la Universidad Nacional de Ingeniería ganaron un financiamiento para realizar el **Sistema de Monitoreo Ambulatorio con Tecnología Celular (SMATCEL)**; mediante la creación y uso de un dispositivo electrónico que permita facilitar y ayudar con la detección de problemas y enfermedades cardíacas. Se trata de un sistema compuesto por un dispositivo electrónico con una aplicación de celular y una plataforma informática que permite interactuar, identificar y alertar a los médicos acerca de arritmias y eventos coronarios en pacientes con riesgo cardiovascular. Es decir, sirve para poder controlar ciertas conductas cardíacas en los pacientes o personas que disponen de él. Un apoyo tecnológico que necesita actualmente ser revalorado y promovido por el Estado para una ejecución más amplia a nivel nacional.

1.3. Derecho a la salud y la responsabilidad estatal

Desde la **Ley N° 26842**, Ley General de Salud se ratifica y enaltece el derecho a la salud, además de que nos facilita y asegura los diferentes derechos relacionados a este importante tópico; entre ellos el concepto que nos comparte el artículo IX del Título Preliminar "*La norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas*"; confirma la facultad que tiene el Estado de encargarse y preocuparse por promover un adecuado sistema de salud a toda su población. Misma que podemos respaldar legalmente con



la **Ley N° 29414**, en su **artículo 1°** sobre lo que implica el **Derecho al acceso a los servicios de salud**; que dice "(a) *A la atención de emergencia, sin condicionamiento de pago o la presentación de documento alguno*; (b) *A la libre elección del médico o establecimiento de salud*; (c) *A recibir atención con libertad de juicio clínico*; (d) *A una segunda opinión médica*; y (e) *Al acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios*".

Por ello, es importante tener claro que la salud es un derecho fundamental, universal, considerado parte de los derechos económicos, sociales y culturales, contemplados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; al igual que en los diversos tratados internacionales que versan sobre derechos humanos y reconocen el derecho a la salud. Tal es el caso de la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, donde menciona el libre acceso al derecho a la salud sin importar condición socioeconómica, racial, étnico y de estatus, atendiendo a todos por igual.

Lo mismo nos señala el primer párrafo del **artículo 25° de la Declaración Universal de Derechos Humanos** sobre que "*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*". Mismos que son respaldados por la Constitución de cada Estado y que es este quien se encarga de velar por el cumplimiento y respaldo de ellos. Al igual que en el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** que sobre el derecho a la salud en el **párrafo 1 del artículo 12°** señala que los Estados Parte reconocen "*El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*".

En el **artículo 1°** de nuestra Constitución Política se señala que "*La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado*"; más adelante en el **artículo 7°** estipula que, en el Perú, "*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*". Asimismo, el **artículo 11°**, es claro al señalar que "*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*".

Tenemos entonces que el derecho a la salud involucra el derecho de acceder a un sistema de protección de la salud en igualdad sin ningún tipo de discriminación, a fin de que todas las personas, sin excepción, disfruten el máximo nivel de salud. Por lo que, **la posibilidad de que las personas puedan desarrollar el máximo nivel de salud está condicionada a la garantía que el Estado peruano brinde a**



fin de asegurar libertades y derechos a todas las personas; mismas que deben ser reconocidos, respetados y promovidos por el Estado peruano.

En resumen, los diversos tratados internacionales sobre derechos humanos y la propia Constitución Política del Perú, cuando se refieren al derecho a la salud se afirma que **el Estado Peruano tiene la obligación de disponer de establecimientos, bienes y servicios públicos suficientes para diagnosticar y atender de manera oportuna, efectiva e integral a las personas que padecen alguna enfermedad**, así como la realización de programas de prevención para su rápida identificación, que permitan garantizar el máximo nivel de salud.

Por ende, es urgente que los centros de salud deban ser accesibles a todas las personas y sectores de la población, sin discriminación y exclusión, en particular, de los grupos más vulnerables, como las personas con discapacidad, condiciones socioeconómicas, cultura o etnia de origen, ni las personas con VIH/SIDA, u otra enfermedad. Y esta no discriminación en la atención a las personas diagnosticadas con una enfermedad cardiológica involucra también el **principio de asequibilidad**, es decir, deben estar al alcance de todas las personas. Los pagos por atención deben ser gratuitos o al menos, adecuadas a todas personas, a manera de que no represente un impedimento para acceder a su derecho humano fundamental a la salud.

II. BASE LEGAL NACIONAL

- Ley N° 27657, Ley de Ministerio de Salud
- Ley N° 27813, Ley de Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29698, Ley que declara de interés nacional y preferente el tratamiento de personas que parecen enfermedades raras o huérfanas.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414: Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 26842.- Ley General de Salud.
- Ley N° 30885.- Ley que Establece la Conformación y el Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto Supremo N° 019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS

III. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACION NACIONAL

El presente proyecto de ley tiene como objetivo garantizar el derecho humano a la salud de las personas que sufren enfermedades cardiovasculares/cardíacas isquémicas, como también para poder prevenir las mismas; por tanto, es una norma enfocada e inspirada en los derechos humanos ampliamente compatible con la Constitución Política del Perú y los tratados internacionales de derechos humanos que el Estado peruano forma parte y que ha ratificado.

De esta manera, la iniciativa no contradice la legislación nacional, por el contrario, la fortalece el cumplimiento de nuestro ordenamiento jurídico, y las obligaciones internacionales del Estado peruano.

Este proyecto de ley busca asegurar el derecho fundamental a la salud de todos los peruanos y peruanas de todas las edades, pero principalmente nuestros adultos mayores, personas con obesidad y/o condiciones físicas insuficientes, en particular, las personas que son más propensas de padecer enfermedades cardiovasculares/cardíacas isquémicas en situación de pobreza y pobreza extrema, en su mayoría pertenecientes a las zonas andinas, rurales y de la selva peruana, que no cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir un tratamiento integral, así como el control y seguimiento del proceso que contempla su prevención, tratamiento y recuperación.

IV. COSTO BENEFICIO

El costo y cobertura universal del tratamiento preventivo y de enfermedades cardiovasculares/cardíacas isquémicas permite que las personas una vez recuperadas puedan realizar su vida personal, sin restricciones que acarreen estas enfermedades, volviendo a la línea de su libre desarrollo personal y profesional, con una mejor calidad de vida, teniendo como resultados dichos beneficios que son invaluable para el Estado peruano y la sociedad que es su esencia de ser; en tanto permite el máximo potencial posible de sus ciudadanas y ciudadanos para el desarrollo del país.

Concluyendo que a gran escala y en base a la evaluación de los resultados que se espera obtener, los costos del presente proyecto de ley son mínimos frente al enorme beneficio social y de salud que tendrá la sociedad en conjunto; además de la aceptación positiva por parte de la población, quienes notarán el alto interés y preocupación por parte del Estado respecto a ellos como ciudadanos.

Si bien es cierto, se requiere de una gran inversión para el tópico de la implementación de equipos, que son de suma urgencia y necesidad en nuestros centros de salud a nivel nacional; pero como todo "Capital" o "Inversión" manejado de forma correcta y con una buena finalidad las ganancias que se generarían se resumen en la preservación y cuidado de la vida humana de los compatriotas, lo cual conforme a los diversos tratados internacionales de Derechos Humanos, de los cuales es partícipe el Perú, es uno de los más importantes y valiosos para la humanidad.

V. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

El proyecto de ley se enmarca en la Décimo Tercera Política del Acuerdo Nacional, que establece lo siguiente:

Política de Estado 13: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. Asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.