

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO

RECIBIDO

PROYECTO DE LEY N°
14560/2025-CR RU 2299871

07 MAYO 2026 05:07 p. m.

FIRMADO DIGITALMENTE: CMEDINA

LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)

Los Congresistas de la República del Grupo Parlamentario **"ALIANZA PARA EL PROGRESO"**, que suscriben, a iniciativa de **MAGALY R. RUIZ RODRIGUEZ**, en uso de las facultades que les confiere el Artículo 107° de la Constitución Política del Perú, y conforme a lo establecido en los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presentan la siguiente Iniciativa Legislativa:

FORMULA LEGAL

LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)

Artículo 1. Declaración de necesidad pública nacional

Declárese de necesidad pública nacional y de interés prioritario del Estado la atención integral de la hipertensión arterial pulmonar (HAP), con el fin de garantizar el diagnóstico oportuno, tratamiento continuo y seguimiento especializado de las personas que padecen esta enfermedad de baja prevalencia, pero de alto impacto en la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Artículo 2. Mandato al Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud, en coordinación con el Seguro Social de Salud (EsSalud), MINDEF, MINTER y los gobiernos regionales, adopta las medidas necesarias para:

1. Incorporar la hipertensión pulmonar dentro de las prioridades nacionales de salud pública y en las estrategias de prevención y control de enfermedades cardiovasculares.
2. Establecer un programa nacional de atención integral para los pacientes con HAP, que contemple diagnóstico precoz, tratamiento farmacológico especializado, atención multidisciplinaria y acceso equitativo de los medicamentos esenciales.
3. Implementar un registro nacional de pacientes con HAP, con el objetivo de generar evidencia epidemiológica que oriente las políticas públicas.
4. Promover la capacitación continua del personal de salud y difusión de información pública sobre esta enfermedad para reducir su invisibilidad.
5. Capacitar al personal de salud sobre el HAP y las estrategias de prevención de la enfermedad.

Artículo 3. Financiamiento

El cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. Reglamentación

El Ministerio de Salud emite el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de noventa (90) días calendario a partir de su entrada en vigencia.



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardo
FAU 20161749126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/05/2026 15:22:01-0500



Firmado digitalmente por:
RUIZ RODRIGUEZ Magaly
Rosmery FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/05/2026 16:09:44-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardo
FAU 20161749126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/05/2026 15:28:53-0500



Firmado digitalmente por:
CORDERO JON TAY Luis
Gustavo FAU 20161749126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/05/2026 10:35:51-0500



Firmado digitalmente por:
QUIROZ BARBOZA Segundo
Teodmro FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 07/05/2026 09:35:57-0500



Firmado digitalmente por:
KAMICHE MORANTE Luis
Roberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/05/2026 12:09:50-0500



Firmado digitalmente por:
GARCIA CORREA Idelso
Manuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/05/2026 10:48:18-0500



Firmado digitalmente por:
JULON IRIGOIN Bva Edhit
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/05/2026 15:59:53-0500

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTO DE LA PROPUESTA

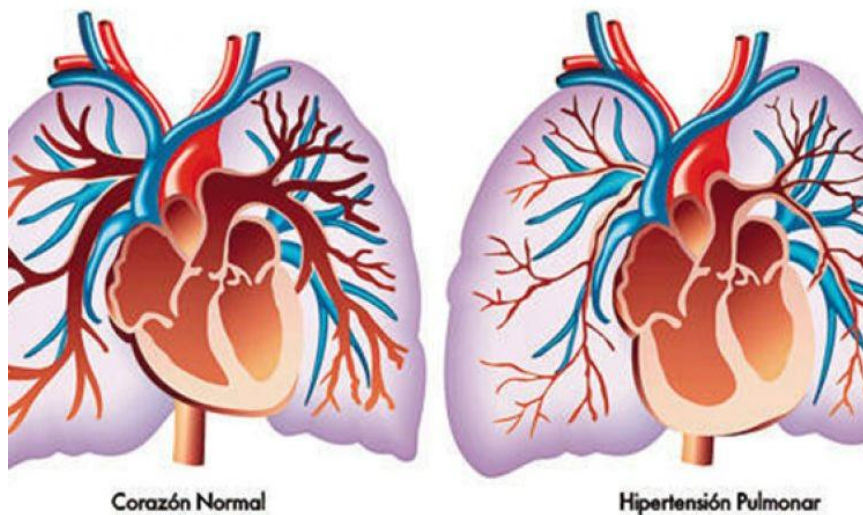
La presente iniciativa legislativa se sustenta en el imperativo constitucional de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad y dignidad para todos los peruanos. En el ámbito de la salud pública, existen patologías que, por su baja prevalencia, suelen quedar relegadas de las prioridades de atención, generando una vulnerabilidad crítica en quienes las padecen. La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) es una de esas condiciones, cuya naturaleza progresiva y potencialmente mortal exige que el Estado no solo la reconozca como un desafío clínico, sino como una prioridad de necesidad pública nacional. Es así, como la declaración de interés nacional, podría configurarse como un instrumento jurídico fundamental para articular una respuesta institucional que garantice el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento especializado que esta población requiere.

A. Antecedentes:

La Hipertensión Arterial Pulmonar se define como una enfermedad rara y crónica que afecta las arterias de los pulmones, provocando un aumento anormal de la presión sanguínea en dicho órgano. Esta elevación tensional no es una condición aislada; conlleva una sobrecarga severa en el ventrículo derecho del corazón que, de no ser tratada, deriva inevitablemente en una insuficiencia cardíaca:

"(...)

La HAP en el individuo adulto y en situación de reposo se define como una elevación de la presión arterial pulmonar media (PAPm) mayor de 25 mmHg, siendo la presión 1.1 Hpt precapilar pulmonar normal (PCP<15 mmHg). Durante el ejercicio, la PAPm se incrementa levemente, pero habitualmente no supera los 30 mmHg" (Jareño, De Granda y Villegas 2010, p. 28)¹



Fuente: Prensa Médica

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica dentro de las enfermedades poco frecuentes, estimando su presencia en apenas 15 a 50 casos por cada millón de habitantes:

¹ Jareño, J., De Granda, J. y Villegas, J. (2010). Definición, Clasificación, Epidemiología y Generalidades de la Hipertensión Arterial Pulmonar. Neuromadrid, 14, pp. 27-35.

“(…)

*Cuando se celebró en Ginebra la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre «hipertensión pulmonar primaria» en 1973, esta entidad se consideraba una enfermedad huérfana y, al no haber tratamientos médicos eficaces, su diagnóstico constituía una sentencia de muerte para la mayoría de los pacientes. Actualmente se reconoce de manera general que la hipertensión pulmonar (HP) es un trastorno frecuente, que afecta a alrededor del 1% de la población mundial y hasta un 10% de los mayores de 65 años. Sin embargo, la mayor parte de los casos de HP se asocian a enfermedades crónicas pulmonares o del corazón izquierdo, y la hipertensión arterial pulmonar (HAP), que corresponde al grupo 1 de la clasificación clínica actual, continúa siendo una entidad bastante infrecuente. **La prevalencia descrita de la HAP idiopática (HAPI), que equivale a la «hipertensión pulmonar primaria» de la época inicial, es actualmente de entre 15 y 26 casos por millón de habitantes**” (Rosenkranz y Dumitrescu 2017, p. 901)²*

En el contexto peruano, la HAP ha sido históricamente una enfermedad invisibilizada, generando que en la actualidad, no exista registro oficial nacional ni programas específicos que aseguren la continuidad del cuidado. Esta carencia de datos y de estructura administrativa ha facilitado que la brecha de atención de esta afección sea considerablemente superior a otras patologías cardiovasculares, contraviniendo el principio de equidad sanitaria.

B. Problemática

La situación de los pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) en el Perú no representa solo una crisis de salud individual, sino un fallo sistémico que afecta la estructura socioeconómica de las familias y la eficiencia del gasto público. A continuación, se describen los alcances principales de esta problemática:

- **Brecha Diagnóstica y Retraso Clínico:** Existe una alarmante invisibilidad clínica de la HAP, lo que está directamente relacionado a que sus síntomas iniciales (disnea, fatiga, síncope) suelen confundirse con otras patologías respiratorias o cardíacas comunes, el personal de salud de primer nivel no cuenta con las herramientas ni la capacitación para una sospecha diagnóstica temprana. Estudios y registros internacionales, evidencian que el 21% de los pacientes sufren un retraso superior a los dos años desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación diagnóstica³. En el Perú, esta demora es crítica, pues cuando el paciente finalmente llega al especialista, la enfermedad suele encontrarse en estadios avanzados con daño irreversible en el ventrículo derecho.
- **Barreras Económicas y Farmacológicas:** La HAP es una enfermedad de “alto costo”, es decir, el tratamiento farmacológico más efectivo, no se encuentra íntegramente incorporado en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME). Ello genera una exclusión de facto para los pacientes atendidos mediante los servicios públicos, quienes dependen de los procesos de adquisición excepcionales que suelen ser lentos e intermitentes, rompiendo la continuidad del tratamiento y elevando el riesgo de mortalidad, el cual puede superar el 10% anual en casos de falla orgánica secundaria (Xu et al., 2021, p. 1-2)⁴.

² Rosenkranz, S. y Dumitrescu, D. (2017). Hipertensión Pulmonar. Regreso al futuro. *Rev Esp Cardiol.*, 70(11), pp. 901-904.

³ Federación Española de Enfermedades Raras (2023). El Proyecto “DetERminantes del retraso diagnóstico” identifica las causas y consecuencias de la odisea diagnóstica en enfermedades raras. Recuperado de: <https://www.enfermedades-raras.org/actualidad/noticias/el-proyecto-determinantes-del-retraso-diagnostico-identifica-las-causas-y-consecuencias-de-la-odisea-diagnostica-en-enfermedades-raras>

⁴ Xu, B., Xu, G., Yu., Y. y Lin, J. (2021). The role of TGF- β or BMPR2 signaling pathway-related miRNA in pulmonary arterial hypertension and systemic sclerosis. *Arthritis Research & Therapy*, 23(288), pp. 1-19.

- **Impacto Socioeconómico Nocivo:** La HAP golpea a la población en edad productiva, generando un impacto financiero considerable, ya que las tasas de desempleo entre los pacientes diagnosticado con esta patología pueden superar en promedio el 50% del total⁵. Esto sumerge a las familias en un ciclo de pobreza, donde la reducción de los ingresos del hogar se sitúa significativamente por debajo del promedio nacional, mientras que los gastos por cuidados y traslados aumentan exponencialmente.
- **Impacto y Cargas Familiares:** La problemática trasciende al paciente, pues se traslada a su entorno más cercano, el cual no solo ve mermada su estabilidad económica sino mental debido a las demandas de cuidado constante que exige un paciente con insuficiencia respiratoria. Esta presión sobre el núcleo familiar no recibe ningún tipo de soporte o reconocimiento por parte de los servicios sociales del Estado.
- **Centralismo y Vacío Epidemiológico:** La atención especializada está gravemente centrada en Lima, propiciando que la capacidad de atención en las regiones sea sumamente limitada. A lo que se suma, la ausencia de un registro nacional de pacientes con HAP. Actualmente, el Estado gestiona esta problemática de salud pública, con un presupuesto reactivo que no planifica intervenciones en relación a la incidencia identificada en cada localidad.
- **Alta Tasa de Mortalidad por Falta de Seguimiento:** Sin una ley que declare la atención integral como una necesidad pública, el seguimiento de los pacientes es fragmentado. La HAP, de no ser tratada de forma multidisciplinaria, conduce inevitablemente a una muerte prematura por falla pulmonar.

C. Sustento Científico:

La Hipertensión Arterial Pulmonar cumple estrictamente con los parámetros internacionales y nacionales para ser catalogada como una enfermedad rara de alta prioridad debido a su complejidad técnica y social:

- 1) **Severidad y Riesgo Vital:** Es una condición altamente progresiva que compromete la vida mediante el estrechamiento del lumen de las arterias pulmonares, lo que limita drásticamente la capacidad funcional del paciente. En ese sentido, investigaciones como la de Zagolin y Llancaqueo (2015), destacan que la severidad de la enfermedad está directamente ligada a una alta carga clínica:

"(...)

En etapas iniciales la HAP puede ser asintomática. Cuando están presentes los síntomas son inespecíficos y a menudo son difíciles de diferenciar de otras enfermedades pulmonares o cardiovasculares" (p. 349)⁶.

El riesgo de muerte oscila entre un 5% anual en etapas iniciales hasta más de un 10% anual en pacientes con disfunción severa del ventrículo derecho o falla orgánica secundaria. Asimismo, tomando como referencia un estudio de caso a nivel local realizado por el Hospital Edgardo Rebagliati en colaboración con la Universidad de Piura, registra que el número de hospitalizaciones es una variable a considerar:

"(...)

La HAP es una enfermedad que ocasiona múltiples hospitalizaciones. En nuestro registro, la tercera parte de los pacientes tuvo dos o más ingresos al nosocomio. Con respecto a mortalidad, el valor encontrado en este trabajo es menor al reportado por otras series (8,11,15), lo cual podría explicarse por la alta proporción de pacientes prevalentes y, además, porque el tipo más frecuente fue el asociado a CC; es conocido

⁵ Sanidad (2024). El 85% de los pacientes con hipertensión pulmonar abandona su empleo debido al impacto de la enfermedad. Recuperado de: <https://isanidad.com/312884/el-85-de-los-pacientes-con-hipertension-pulmonar-abandona-su-empleo-debido-al-impacto-de-la-enfermedad/>

⁶ Zagolin, B. y Llancaqueo, M. (2015). Hipertensión Pulmonar: Importancia de un Diagnóstico precoz y tratamiento específico. *Rev. Med. Clin. Condes*, 26(3), pp. 344-356.

que ambos factores mejoran el pronóstico en esta patología" (Pariona, Velezmoro-Ojeda y Díaz Sarasa, 2022, p. 5)⁷.

- 2) **Baja Prevalencia:** Estudios internacionales señalan una prevalencia de 6.6 casos por millón de adultos, lo que equivale a 0.66 por cada 100,000 habitantes, cumpliendo con creces el criterios de enfermedad rara (menor de 1 por cada 100,000):

"(...)

Una enfermedad rara se define como aquella que afecta a menos de una de cada 2000 personas en Europa, o a menos de 200,000 en los EE. UU. La hipertensión pulmonar es una de estas condiciones, la cual afecta a entre seis y siete mil personas en el Reino Unido" [Traducción Propia⁸] (Hoepfer et al. 2016, p. 241)⁹.

Asimismo, tomando como referencia la trayectoria y evolución de esta enfermedad desde el siglo pasado, colaboradores del **Global Burden Disease**¹⁰ han documentado las siguientes cifras:

	Prevalence			Mortality		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
1990	1.75 (1.42-2.13)	2.81 (2.29-3.46)	2.30 (1.87-2.82)	0.37 (0.29-0.46)	0.34 (0.23-0.45)	0.35 (0.29-0.42)
1995	1.75 (1.42-2.12)	2.81 (2.29-3.46)	2.29 (1.86-2.82)	0.36 (0.29-0.45)	0.33 (0.25-0.46)	0.35 (0.29-0.41)
2000	1.75 (1.42-2.13)	2.78 (2.26-3.42)	2.28 (1.85-2.80)	0.33 (0.28-0.41)	0.33 (0.26-0.44)	0.33 (0.29-0.39)
2005	1.79 (1.45-2.18)	2.81 (2.29-3.46)	2.31 (1.88-2.84)	0.32 (0.27-0.38)	0.32 (0.26-0.42)	0.32 (0.28-0.37)
2010	1.80 (1.46-2.19)	2.81 (2.29-3.44)	2.32 (1.88-2.83)	0.35 (0.27-0.41)	0.34 (0.26-0.41)	0.34 (0.28-0.39)
2015	1.82 (1.47-2.21)	2.81 (2.28-3.45)	2.32 (1.88-2.84)	0.32 (0.24-0.38)	0.31 (0.25-0.38)	0.32 (0.26-0.36)
2020	1.80 (1.46-2.19)	2.77 (2.25-3.41)	2.29 (1.86-2.81)	0.27 (0.21-0.33)	0.28 (0.22-0.35)	0.28 (0.23-0.32)
2021	1.78 (1.44-2.17)	2.75 (2.24-3.39)	2.28 (1.85-2.80)	0.27 (0.21-0.33)	0.28 (0.22-0.34)	0.27 (0.23-0.32)

Data are number of cases or number of deaths per 100 000 population, with 95% uncertainty intervals in parentheses.

Table 1: Global age-standardised prevalence of pulmonary arterial hypertension per 100 000 population and age-standardised mortality attributed to pulmonary arterial hypertension per 100 000 population from 1990 to 2021

Fuente: GBD (2024, p. 72)

⁷ Pariona, M., Velezmoro-Ojeda, W. y Díaz-Sarasa, P. (2022). Características clínicas, evolución y tratamiento de hipertensión arterial pulmonar en un Hospital peruano de referencia. Horiz Med, 22(1), pp. 1-6.

⁸ Texto Original:

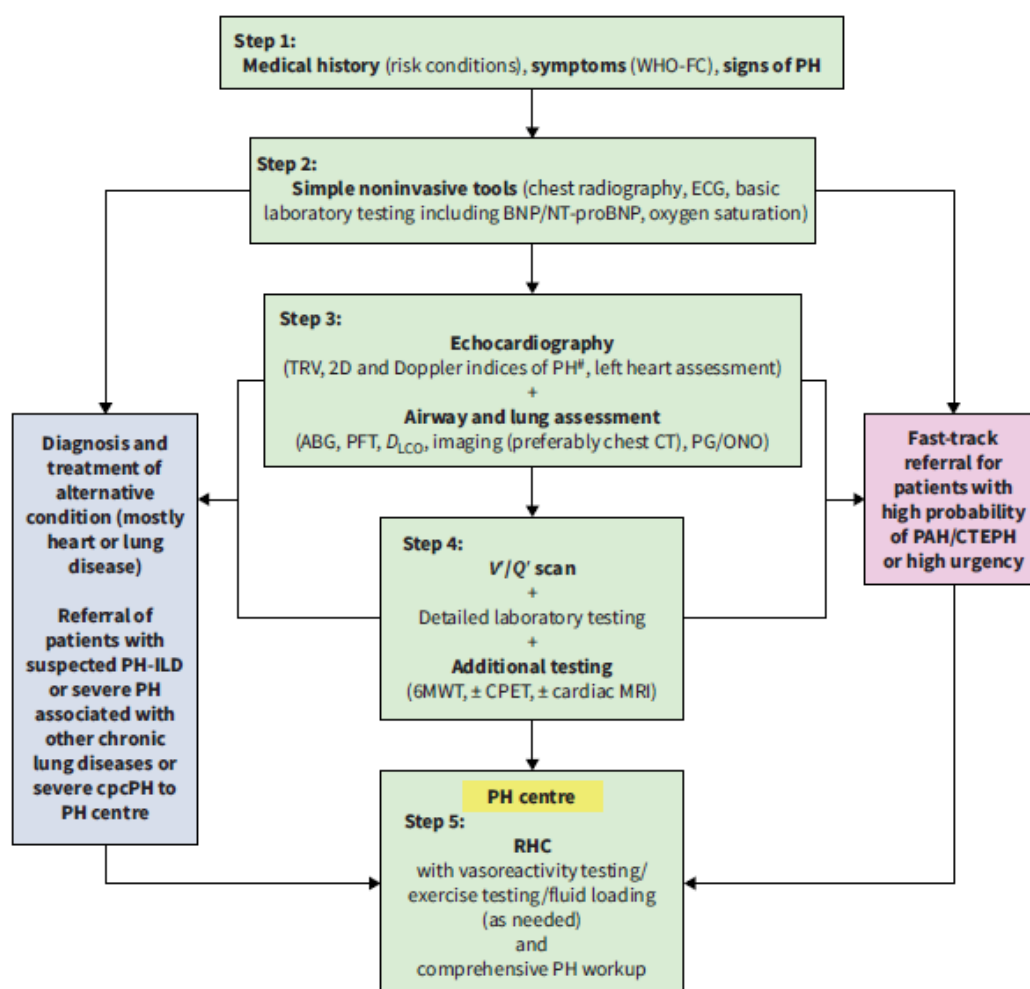
"(...)

A rare disease is defined as one that affects less than one in 2000 people in Europe, or less than 200 000 in the USA. Pulmonary hypertension is one such condition affecting six to seven thousand people in the UK".

⁹ Hoepfer, M., Humbert, M., Souza, R., Idrees, M., Kawut, S., Silwa-Hahnle, K., Jing, C. y Gibbs, S. (2016). A global view of pulmonary hypertension. The Lancet Respiratory Medicine, 4(4), pp. 240-322.

¹⁰ GBD (2024). Global, regional and national burden of pulmonary arterial hypertension, 1900-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Respir Med., 13, pp. 69-79.

- 3) **Complejidad Diagnóstica:** El diagnóstico requiere algoritmos complejos y pruebas invasivas como el cateterismo cardiaco derecho, que idealmente deben realizarse en centros especializados. En ese sentido, Kovacs et al. (2024)¹¹, puntualizan que la exploración diagnóstica consta de varios pasos desde métodos iniciales hasta tratamientos alternativos:



Fuente: Kovacs et al. (2024, p. 10)

- 4) **Incertidumbre Etiológica y Genética:** Persiste una gran incertidumbre sobre las causas de la HAP, especialmente en países en desarrollo, donde el impacto de factores como enfermedades reumáticas, VIH o infecciones parasitarias aún no se conoce con exactitud. En 2020, datos del Registro Científico de Hipertensión Arterial de EE. UU., identificaron variantes genéticas patogénicas en el 13% de los participantes, permitiendo

¹¹ Kovacs, G., Bartolome, S., Denton, C., Gatzoulis, M., Gu, S., Khana, D., Badesch, D. y Montani, D. (2024). Definition, classification and diagnosis of pulmonary hypertension. *European Respiratory Journal Task Force Report*, 64, pp. 1-21.

la reclasificación del 18% de los casos antes considerados idiopáticos (Badlam et al. 2021)¹².

El sustento expuesto demuestra que la Hipertensión Arterial Pulmonar no es solo un problema de salud individual, sino un desafío de salud pública que combina alta mortalidad, complejidad diagnóstica y un impacto socioeconómico profundo en las familias peruanas. La falta de un registro nacional y de una estrategia integral constituye una omisión que el Estado debe corregir. Por lo tanto, la aprobación de esta propuesta es necesaria para dotar al sistema de salud de las herramientas legales que permitan salvar vidas mediante una intervención oportuna y especializada.

II. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú
- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente la atención y tratamiento de Personas que padecen Enfermedades Raras o Huérfanas.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS 3 (Salud y Bienestar)

III. EFECTO DE VIGENCIA DE LA NORMA

La aprobación de la presente iniciativa legislativa, por su naturaleza declarativa, no contraviene ni colisiona con el ordenamiento jurídico vigente. Por el contrario, su incorporación en el sistema legal produce los siguientes efectos:

- **Consolidación del mandato Constitucional:** la norma materializa el principio de cuidado y protección estipulado el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, transformando un derecho abstracto en una acción concreta de tutela estatal para pacientes con patologías de alta complejidad y riesgo vital.
- **Fortalecimiento de la Ley General de Salud:** La vigencia de la norma optimiza la aplicación de la Ley N° 26842, al garantizar que los principios de equidad y universalidad no sean retóricos ni meramente discursivos, sino que se traduzcan en el acceso efectivo a diagnósticos especializados y tratamiento continuos para la HAP.
- **Especialización de la Ley N° 29698:** Al declarar de interés nacional la atención de la Hipertensión Arterial Pulmonar, se dota de contenido específico a la Ley que declara de interés nacional la atención de Personas con Enfermedades Raras o Huérfanas. Esto permite que la HAP se posicione fuera de la invisibilidad administrativa y técnica, priorizando su tratamiento dentro del marco de "Atención Preferente" que ya establece la norma citada.
- **Cumplimiento de Estándares Internacionales:** La norma alinea la legislación nacional con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y Bienestar) de las Naciones Unidas, específicamente en la meta de lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a medicamentos esenciales, asequibles para enfermedades no transmisibles y de baja prevalencia.
- **Articulación Institucional:** Su vigencia genera un efecto vinculante que conmina al Ministerio de Salud y a los órganos prestadores a romper la fragmentación actual, impulsando

¹² Badlam, J., Badesch, D., Austin, E., Benza, R., Chung, W., Farber, H., Feldkircher, K., Frost, A., Porris, A., Lutz, K., Pauciulo, M., Yu, C., Nichols, W y Elliott, G. (2024). United States Pulmonary Hypertension Scientific Registry, Pulmonary and Cardiovascular Original Research, pp. 331 – 327.

la creación de registros unificados y protocolos nacionales de atención que hoy el sistema legal peruano requiere con urgencia.

En conclusión, la vigencia de la presente iniciativa no genera antinomias ni conflictos normativos; por el contrario, actúa como un eslabón jurídico necesario para cerrar las brechas de atención en salud cardiovascular. Al integrar de manera coherentes los mandados constitucionales con las políticas en funcionamiento y los estándares internacionales, la norma materializa el compromiso del Estado con la protección de la vida y la dignidad humana.

IV. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

El presente análisis determina que la iniciativa es técnica y financieramente viable, puesto que no demanda recursos adicionales al Tesoro Público, cumpliendo con lo estipulado en el artículo 79° de la Constitución Política del Perú. En ese sentido, su implementación se basa en la optimización de los recursos ya asignados al sector salud y en la generación de ahorros significativos a largo plazo mediante la prevención de complicaciones severas.

La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) representa una carga económica sustancial para el Estado. Según estudios especializados en el contexto nacional como el realizado por Hernández et al., en 2021¹³, demuestran que el costo de tratamiento anual por paciente en el Perú se estima en \$ 14,842 USD:

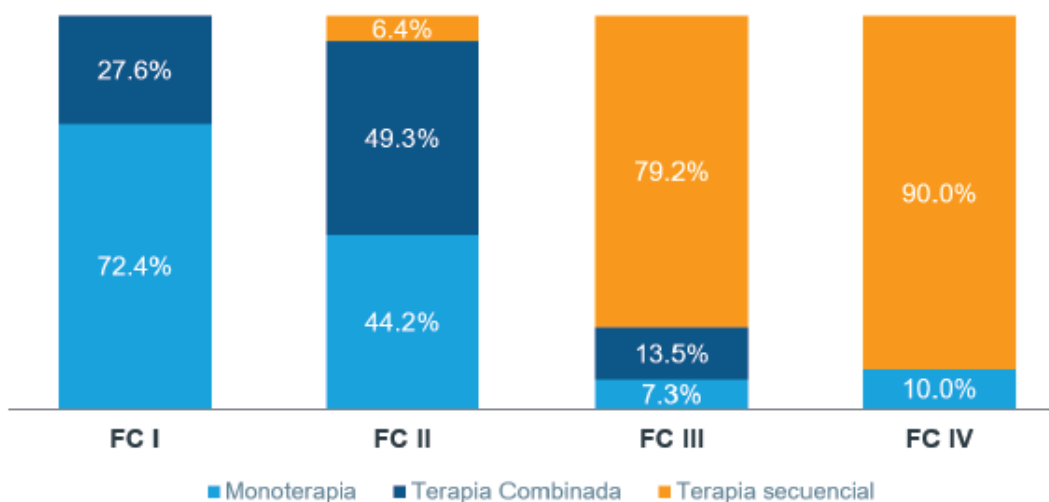
DISTRIBUCIÓN DEL COSTO DE TRATAMIENTO ANUAL POR PACIENTE DE LA HAP EN EL PERÚ EN USD		
Rubro	Costo Total	Porcentaje
Diagnóstico	\$ 1.329,9	8,96%
Seguimiento ambulatorio	\$ 852,9	5,75%
Otros seguimientos y tratamientos ambulatorios	\$ 276,4	1,86%
Tratamiento Adyuvante	\$ 148,8	1,00%
Tratamiento Intrahospitalario	\$ 91,0	0,61%
Trasplante	\$ 12,7	0,09%
Eventos adversos	\$ 1,1	0,01%
Tratamiento farmacológico	\$ 12.128,9	81,72%
Total	\$ 14.841,7	100,0%

Fuente: Hernández et al. (2021, p. 584)

Por supuesto, esta cifra se incrementa exponencialmente a medida que la enfermedad progresa hacia estadios avanzados (Clase Funcional III y IV), donde el uso de terapia combinada secuencial y las hospitalizaciones por falla cardíaca son predominantes:

¹³ Hernández, F., Larrosa, J., Nacazume, J., Aguirre, O., Larrea, N., Franco-Watanabe, S., Álvarez, J. y Morais, A. (2021). Costo de la Hipertensión Arterial Pulmonar en el Perú. Rev. Fac. Med. Hum., 21(3), pp. 580-587.

Distribución de regímenes de tratamiento a través de los estados funcionales



Fuente: Hernández et al. (2021, p. 584)

Asimismo, la evidencia internacional proporcionada por la plataforma Weber en el año 2023, destaca que la “dimensión social” de esta enfermedad representa aproximadamente un tercio de los costos totales. Debido a que, al no contar con un diagnóstico oportuno, el Estado asume no solo el costo médico, sino también el costo social de la pérdida de productividad y el empobrecimiento de las familias.

A continuación, se presenta la matriz de impacto que sustenta la rentabilidad social de la propuesta.

Impacto Económico y Social de la Atención Integral de la HAP			
Dimensión	Escenario Actual	Beneficio Proyectado	Impacto en el Erario
Costo Directo de Atención	Elevado gasto en hospitalizaciones y UCI por diagnóstico tardío.	Inversión en diagnóstico precoz y control ambulatorio especializado.	Ahorro significativo al evitar complicaciones de alta complejidad.
Gasto Farmacológico	Compras fragmentadas y por excepción	Optimización de la gestión de medicamentos y compras corporativas.	Eficiencia presupuestaria y mayor cobertura de pacientes.
Productividad Laboral	Tasa de desempleo del paciente de hasta el 85% por incapacidad física.	Mantenimiento de la Población Económicamente Activa y reinserción laboral.	Mitigación de la pobreza familiar y menor demanda de subsidios.
Carga del Cuidador	Impacto negativo en el empleo del 29% de familiares directos.	Reducción de la dependencia del paciente mediante tratamiento oportuno.	Mitigación de la pobreza familiar y menor demanda de subsidios.
Gestión de Datos	Vacío epidemiológico que impide una planificación eficiente.	Registro Nacional de HAP para asignación de recursos públicos basada en evidencia.	Optimización del gasto público orientado a necesidades reales.

Fuente: Realización Propia.



En conclusión, el beneficio de la norma trasciende lo asistencial, pues al inversión que podría devenir de introducir un tema tan relevante en la agenda pública permitiría al Estado peruano transitar de un modelo de “gasto reactivo” a uno de “eficiencia por diagnóstico”, donde la mejora de la calidad de vida de los pacientes se traduce directamente en una reducción de la carga económica para el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto.

V. LA RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO EXPRESADAS EN EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa se alinea con el Objetivo II, Equidad y Justicia de la Agenda Legislativa 2024-2025, respondiendo específicamente a los temas 46,49 y 52 referidos al acceso, modernización del sistema de salud y atención de enfermedades, además de enmarcarse en la Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional sobre el acceso universal a los servicios de salud y seguridad social. Al declarar de necesidad pública interés nacional, la atención integral de la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP), se materializa el deber del Estado de garantizar un diagnóstico oportuno, tratamiento continuo y seguimiento especializado, asegurando que el soporte sanitario sea equitativo y proteja la dignidad de los pacientes frente a enfermedades de baja prevalencia y alta complejidad.

Lima, 30 de abril de 2026.