



DICTAMEN RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY 2033/2017-CR, MEDIANTE EL CUAL SE PROPONE LA LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS.

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2017-2018

Dictamen 15-2017-2018/CSP-CR

Señor presidente:

Ha sido remitido para estudio y dictamen de la Comisión de Salud y Población el **Proyecto** de Ley 2033/2017-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Fuerza Popular, a iniciativa del Congresista Luis Humberto López Vilela, por el que se propone la Ley que promueve la creación de una comisión especial para la elaboración de un plan nacional de cuidados paliativos para pacientes adultos y pediátricos con enfermedades oncológicas y no oncológicas.



El presente dictamen fue aprobado, con el voto unánime de los presentes, en la Séptima sesión ordinaria de la comisión, celebrada el 7 de marzo de 2018. Votaron a favor los congresistas Becerril Rodríguez, Bustos Espinoza, Cevallos Flores, López Vilela, Ramírez Tandazo, Saavedra Vela, Salazar De la Torre, Sánchez Alva, Tapia Bernal, Vásquez Sánchez, Villanueva Mercado y Narváez Soto.

I. SITUACIÓN PROCESAL

a) Antecedentes

El proyecto de Ley ingresó al Área de Trámite Documentario el 19 de octubre de 2017, y fue derivado a la Comisión de Salud y Población mediante Decreto de envío del 23 de octubre de 2017.

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

b) Vinculación con la Agenda Legislativa:

El proyecto de ley se enmarca en la Agenda Legislativa 2017-2018, aprobada por Resolución Legislativa del Congreso 004-2017-2018-CR, que prioriza la aprobación de leyes que promuevan el acceso a la salud.

c) Contenido de la iniciativa

El proyecto de Ley tiene por objeto formar una comisión especial para elaborar un Plan Nacional de cuidados paliativos para los pacientes, tanto adultos como pediátricos, con enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, a fin de



normar y estandarizar estos cuidados en los diferentes niveles de atención, tanto públicos como privados, según corresponda.

II. OPINIONES E INFORMACIÓN

2.1 Opiniones solicitadas: Se solicitó opinión a las siguientes instituciones:

Proyecto de Ley 2033/2017-CR			
Institución	Nº de oficio	icio Recepción	
Ministerio de Salud	339-2017-2018-CSP/CR	02.11.17	
Presidencia del Consejo de Ministros	340-2017-2018-CSP/CR	31.10.17	
EsSalud	341-2017-2018-CSP/CR	02.11.17	
Ministerio de Defensa	342-2017-2018-CSP/CR	02.11.17	
Ministerio del Interior	343-2017-2018-CSP/CR	02.11.17	
Colegio Médico del Perú	344-2017-2018-CSP/CR	10.11.17	



2.2 Opiniones recibidas:

- Ministerio de Salud. Mediante Oficio 3426-2017-DM/MINSA, recibido el 13 de diciembre, señala que considera viable el proyecto de Ley siempre y cuando se revalúe la pertinencia de la única disposición complementaria, ya que no se requiere un reglamento por cuanto de aprobarse la Ley sería autoaplicativa.
- EsSalud. Mediante Oficio 5234-2017-MTPE/4, remitido por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y recibido el 26 de diciembre de 2017, considera importante toda norma que proponga regular los cuidados paliativos de los pacientes adultos y pediátricos con enfermedades oncológicas; sin embargo, para la creación de las comisiones en el Poder Ejecutivo no se requiere de una Ley, sino que, lo conveniente sería a través de una resolución ministerial, resolución suprema o decreto supremo, dependiendo de tipo de comisión.
- Ministerio de Defensa. Con oficio 149-2018-MINDEF/DM, recibido el 8 de febrero de 2018, recomienda incorporar en la Comisión a las sociedades científicas médicas relacionadas con la materia. Agrega, no obstante, que la Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo contiene disposiciones específicas sobre la conformación de comisiones que hacen inviable la propuesta.



- Organización Panamericana de la Salud. Con carta de referencia NMH/01/0120-2018, recibida el 14 de febrero de 2018, señalan que los cuidados paliativos son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, y para atender los problemas físicos, psicosociales y espirituales asociados con las enfermedades que amenazan sus vidas... y consideran que estos conceptos están adecuadamente definidos. La propuesta corresponde a la implementación de la Resolución Mundial de la Salud 2014, de la cual Perú ha participado y apoyado en su aprobación. Están de acuerdo.
- Opiniones ciudadanas. Al 7 de marzo de 2018 no se han registrado opiniones ciudadanas en el Portal institucional del Congreso de la República.

III. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú.
- Ley 26842, Ley General de Salud.
- Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de Ministerio de Salud.

IV. ANÁLISIS DE LA PROPUESTA

4.1 ¿Qué son los cuidados paliativos?

De acuerdo con el National Cancer Institute de los Estados Unidos de América, los cuidados paliativos son "los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes. El objetivo no es curar la enfermedad. Los cuidados paliativos también se llaman cuidados de alivio, cuidados médicos de apoyo y control de síntomas."

La Organización Mundial de la Salud señala que los **cuidados paliativos** "constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación

¹ En: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos#q1. Consulta del 13 de febrero de 2018.



temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual."²

La OMS reconoce que frente a una enfermedad grave o terminal no solo se presenta el sufrimiento físico propio de la dolencia sino que también se debe afrontar, desde un enfoque multidisciplinario, programas de asistencia a las "necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora del duelo. La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte"³, y con ello también brindar soporte a los familiares y cuidadores.

Como puede apreciarse, los **cuidados paliativos** son multi dimensión, por cuanto, estos "empiezan por comprender que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura, y merece el respeto a su dignidad como un individuo único. Este respeto incluye el dar el mejor cuidado médico posible y hacer que los avances de las recientes décadas estén completamente disponibles para que todos tengan la oportunidad de tener una mejor calidad de vida."⁴

4.2 Necesidades al final de la vida:5



La gente que vive con enfermedades crónicas importantes, y con enfermedades terminales, enfrentan diversos problemas. Cada enfermedad tiene síntomas específicos⁶, por ejemplo: "La enfermedad ischemica del corazón puede causar el dolor de angina de pecho, o falta de aire y fatiga por la insuficiencia cardiaca. El ataque cerebral por la enfermedad cerebro-vascular puede causar las dificultades de movimiento o habla mientras la enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede restringir la actividad por la falta de aire. Las enfermedades crónicas a menudo vienen juntas y se suman para causar problemas que afectan a la calidad de vida de las personas. Las infecciones de VIH y SIDA tienen las etapas de recaída y remisión y a menudo producen múltiples síntomas y problemas que necesitan mitigarse. Aunque la esperanza de vida ha mejorado significativamente para muchos, todavía es muy baja en algunos para algunos grupos de población en algunos países. Aunque hay algunas diferencias entre las enfermedades individuales, los estudios epidemiológicos demuestran que muchos síntomas y problemas en los últimos años de la vida son similares. La intensidad de estos síntomas puede variar mucho y eso exige nuevas investigaciones."7

² En: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/. Consulta del 13 de febrero de 2018.

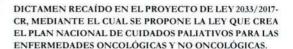
³ Íbid.

⁴ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Paliación y cáncer. Bogotá – Colombia, diciembre de 2012. Página 5.

⁵ Higginson I. Epidemiologically based needs assessment for palliative and terminal care. Abingdon, Radeliffe Medical Press, 1997. 2. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Arlington, VA, Rand Health, 2003, used with permission.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - EUROPA: Hechos sólidos Cuidados paliativos. Ginebra 2004.

⁷ Íbid.





Otro punto de atención que cobra mayor relevancia es que el envejecimiento poblacional y la preminencia de las enfermedades no trasmisibles, demandan que los estados tomen medidas para implantar en los sistemas de salud la visión de los cuidados paliativos. Ello demanda de los políticos considerar que⁸:

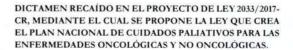
- Se debe invertir en proveer los servicios públicos de los cuidados paliativos como parte principal del sistema sanitario.
- Deben asegurar que necesidades no satisfechas para cuidados sean identificadas para todas las enfermedades importantes, incluyendo el cáncer, enfermedades cerebro-vasculares, las enfermedades infecciosas, demencia, cirrosis hepática, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, entre otras.
- Las políticas tienen que identificar a la gente con las enfermedades crónicas importantes en distintos ámbitos, como la comunidad, residencias y hospitales, incluyendo los cuidados intensivos.
- Las estrategias tienen que reconocer el trabajo de las familias y cuidadores y apoyarles para ayudar a cuidar del paciente y hacer frente a la sensación de la perdida que la enfermedad supone. Eso puede incluir asistencia parecida a la que frecuentemente se ofrece a la gente con las responsabilidades de maternidad y paternidad.

Los antecedentes reseñados, permiten concluir que si no se brinda la atención al paciente crónico oncológico y no oncológico incluido los servicios convexos de cuidados paliativos, se corre el riesgo de continuar realizando tratamientos que causan un mayor perjuicio en la vida del paciente y su familia, y por ende un inadecuado uso de recursos públicos, ineficiente incremento de costos, atención insatisfecha, y abandono de pacientes durante la evolución natural de la enfermedad.

Por otro lado, los sistemas de salud pública que tienen incorporado redes de atención a pacientes crónicos, incluidos los servicios de cuidados paliativos han demostrado efectividad, eficiencia y satisfacción en la atención de pacientes con patología crónica oncológica y no oncológica hospitalaria y extra hospitalaria, en el manejo de costos sanitarios, en la satisfacción del paciente, en la utilización de recursos públicos, en el manejo de la sobredemanda de atención en hospitales de alta, mediana complejidad, y el fortalecimiento de la atención primaria.

Esta línea de acción ha sido relevada por la Organización Mundial de la Salud. Así, en 2014, "en la que fue la primera resolución de ámbito mundial sobre cuidados paliativos (resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud) se instó a la organización y a sus Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central de los sistemas de salud, haciendo hincapié en la atención

⁸ Íbid.





primaria y la atención comunitaria y domiciliaria." Se planteó que "la labor de la OMS tendiente a fortalecer los cuidados paliativos se centrará en las siguientes esferas:

- integración de los cuidados paliativos en todos los planes mundiales pertinentes de control de enfermedades y fortalecimiento de los sistemas de salud;
- elaboración de directrices e instrumentos sobre cuidados paliativos integrados en todos los grupos de enfermedades y niveles de atención, que aborden los problemas éticos relacionados con el suministro de cuidados paliativos integrales;
- respaldo a los Estados Miembros a fin de que mejoren el acceso a medicamentos para cuidados paliativos, mediante el mejoramiento de los reglamentos y sistemas de suministro nacionales;
- promoción de un acceso más amplio a cuidados paliativos para los niños (en colaboración con el UNICEF);
- seguimiento mundial del acceso a los cuidados paliativos y evaluación del avance logrado en los programas de asistencia paliativa;
- promoción del suministro de recursos adecuados para programas e investigaciones sobre cuidados paliativos, especialmente en países dotados de recursos escasos;
- creación de modelos basados en pruebas sobre cuidados paliativos que sean eficaces en contextos de ingreso bajo e ingreso mediano."9

4.3 Antecedentes legislativos:

a) En Uruguay existe una diversidad de leyes y normas que rigen la asistencia paliativa a los pacientes, como la Ley 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud que plantea como uno de sus objetivos en el capítulo 1, artículo 4, inciso B "Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articulada, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos".

La Ley 18335 de Derechos y Deberes de los Usuarios, dice en su artículo 6° "Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública"¹⁰.



⁹ En: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/. Consulta del 13 de febrero de 2018.

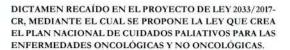
¹⁰ Plan Nacional de Cuidados Paliativos - Ministerio de Salud Pública - República Oriental del Uruguay



- b) En **Ecuador** la Ley Orgánica de Salud, en su Artículo 6, dispone que: "Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. (...). Por lo que en dicho marco constitucional y legal, la Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador, expidió el Acuerdo Ministerial número 101, publicado en el Registro Oficial número 415 de 29 de marzo de 2011, con la finalidad de: "Organizar en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que contribuyan a garantizar el derecho de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento; a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; a incluir a los familiares cuando sea necesario y, para ello, establezcan el lugar idóneo para cada una de dichas prestaciones. Basados en la voluntad política expresada por el Estado Ecuatoriano en los mandatos e instrumentos constitucionales y legales aprobados y para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado y sus familias, el Ministerio de Salud Pública decidió elaborar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos "11.
- c) En Chile, el Ministerio de Salud ha impulsado a través de la Comisión Nacional Asesora de Cáncer, el desarrollo de estrategias de atención integral, teniendo como base el Programa de Lucha contra el Cáncer auspiciado por OPS/OMS. En abril de 1994 el MINSAL, a través de la Unidad de Cáncer decide abordar la situación del Dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos asesorado en una Comisión Nacional de expertos en el tema. La primera tarea de esta Comisión Nacional para el Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, fue su composición interdisciplinaria, luego, la capacitación de los profesionales, seguida de la elaboración de la normativa nacional. Luego de dos años de arduo trabajo, la deserción de algunos integrantes, se logró consenso en los protocolos que se deberían implementar y en las orientaciones programáticas técnicas que debería contener el Programa Nacional y el arsenal terapéutico básico que debía disponer¹².
- d) En **España** existen, desde marzo del año 2001, doscientos cuarenta y un dispositivos asistenciales de cuidados paliativos, la mitad de ellos, domiciliarios. El Pleno del Senado aprobó una moción del Grupo Parlamentario Popular (publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado, Serie I, número 731, de fecha 13 de septiembre de 1999), instando al Gobierno a que en el marco

¹¹ Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017- Ministerio de Salud Pública de Ecuador- Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud. Dirección Nacional de Normatización. Enero 2015.

¹² Norma programa nacional alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos Ministerio de Salud del Gobierno de Chile 2007.





del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y desde el respeto a las competencias autonómicas establecidas y a las medidas puestas en marcha por las diferentes Comunidades Autónomas, elaborase un Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

Muchos profesionales han desarrollado servicios y programas de cuidados paliativos: la Asociación Española Contra el Cáncer, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, los Hospitales de San Juan de Dios, y otras Organizaciones No Gubernamentales y diferentes Comunidades Autónomas han diseñado programas de cuidados paliativos¹³.

4.4 Situación de los Cuidados Paliativos en el Perú y necesidad de aprobación de la iniciativa:



De acuerdo con estimados de la OMS¹⁴, anualmente unos 40 millones de personas, en su mayoría provenientes de países de ingreso bajo e ingreso medio, requieren de cuidados paliativos. Y si de niños se trata, el 98% de los que necesitan cuidados paliativos viven en países de ingreso bajo e ingreso medo; casi la mitad de ellos, en África.

La OMS identifica que a nivel mundial, existen obstáculos para atender la necesidad de asistencia paliativa: i) políticas y sistemas nacionales de salud que no los contemplan; ii) escasa o nula formación profesional en este tipo de cuidados; iii) acceso a analgésicos opiáceos insuficiente; y iv) no se cumple las convenciones internacionales sobre acceso a medicamentos esenciales.

El Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, elaborado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), la European Association for Palliative Care (EAPC), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Universidad de Navarra (España), que data de 2012¹⁵, muestra en el cuadro que se consigna a continuación, la situación en el país respecto a los cuidados paliativos.

¹³ Plan nacional de Cuidados Paliativos, bases para su desarrollo - Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.

¹⁴ En: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/. Consulta del 13 de febrero de 2018.

¹⁵ En: http://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latinoamerica/. Consulta del 13 de febrero de 2018.

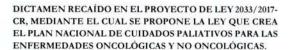


Nivel de atención socio sanitaria	Servicios de Cuidados Paliativos			Recursos de Cuidados Paliativos	
Sanitaria Primer nivel	Servicios exclusivos en primer nivel: Residencia tipo hospicio: No existen. Atención domiciliaria: No existen equipos de atención domiciliaria que presten el servicio de cuidados paliativos de manera exclusiva.	Servicios / Equipos multinivel (4): Hospital de la Fuerza Aérea Peruana, Oncosalud – Total Care (Lima), Hospital Nacional Edgardo Rebagliati y Hospital Naval.		Centros de día (0).	Voluntarios tipo hospicio (1): Centro de salud de los hermanos Camilos.
Segundo nivel	Centro comunitario: No existen. Servicios / unidades		Servicios /		
	exclusivas en hospitales de segundo nivel (1): Unidad de cuidados paliativos del Hospital Regional de Trujillo EsSalud.		Equipos de apoyo hospitalario (0).		
Tercer nivel (Hospital general o especializado)	Servicios / Unidades exclusivas en hospitales de tercer nivel (7): Hospital Guillermo Almenara, Hospital Militar Central, Hospital de la Policía Nacional,				
	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Sabogal, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo				
	y el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Arequipa.				

Tomado de: Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica.

Adaptación: Comisión de Salud y Población.



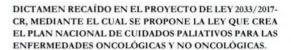




Para una cabal comprensión del cuadro, es preciso referirnos a las denominaciones básicas del estudio señalado¹⁶, que entiende por:

- a) Servicios Exclusivos en primer nivel de atención:
 - Residencia tipo hospicio: son instituciones independientes dedicadas a
 pacientes de media y larga estancia y/o cuidados hasta el fallecimiento y
 algunas veces el duelo. Tienen un sistema de referencia y contra referencia
 con hospitales de segundo y/o tercer nivel.
 - Atención domiciliaria: proporcionan cuidados paliativos a pacientes y apoyas a sus familiares y/o cuidadores en la casa del paciente. Tienen un sistema de referencia y contra referencia con hospitales de segundo y/o tercer nivel.
 - Centro comunitario o consultorio: proporcionan cuidados paliativos a
 pacientes y apoyas a sus familiares y/o cuidadores en centros comunitarios
 o consultorios. Tienen un sistema de referencia y contra referencia con
 hospitales de segundo y/o tercer nivel.
- b) Servicios / unidades exclusivas en hospitales de segundo nivel: Asisten pacientes de media y larga estancia o pacientes crónicos de mediana a baja complejidad. Tienen facultad de hospitalizar pacientes y servicio de consulta externa.
- c) Servicios / unidades exclusivos en hospitales de tercer nivel: Asisten pacientes con problemas agudos y síntomas complejos en hospitales de tercer nivel. Tienen facultad de hospitalizar pacientes y servicio de consulta externa.
- d) Servicios / equipos multinivel: Asisten pacientes con problemas agudos y síntomas complejos dentro y fuera del hospital. Tienen facultad de hospitalizar pacientes y servicio de consulta externa. Pueden ofrecer servicios en todos los niveles de atención.
- e) Servicios / equipos de apoyo hospitalario: También denominados equipos móviles. Prestan apoyo y asesoramiento a otros profesionales sanitarios, pacientes, familiares y cuidadores dentro del hospital Sirven de enlace con otros servicios dentro del hospital. Tienen servicio de consulta externa pero no tienen facultad de hospitalizar pacientes.
- f) Centros de día: son recursos diseñados para desarrollar actividades terapéuticas y recreativas destinadas a pacientes de cuidados paliativos y sus familiares en cualquier nivel de atención.

¹⁶ Basadas en la clasificación y definiciones del White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe (Radbruch et al. 2009, 2010).





g) Voluntarios: ofrecen apoyo o soporte a pacientes de cuidados paliativos y a sus familias en momentos de enfermedad, dolor, pena y duelo, Pueden trabajar independientemente, ser parte de una red integral de apoyo o colaborar estrechamente con otros servicios profesionales de cuidados paliativos en cualquier nivel.

Conforme se aprecia, nuestro país carece de servicios suficientes que provean cuidados paliativos, y los pocos existentes, se encuentran principalmente en Lima.

En este orden de ideas, el proyecto de ley en estudio plantea que el Poder Ejecutivo apruebe dispositivos normativos, en el marco de sus competencias, para el correcto, humano y ético manejo de las personas que requieran cuidados paliativos, como producto de su estado de salud. La relevancia de la iniciativa radica en que promueve legislar en una materia en la que la ausencia de normas genera problemas de carácter médico legal, dilemas éticos, incremento en los costos de atención para las familias y para las instituciones, así como congestión en los servicios de emergencia, hospitalización y en las unidades de cuidados intensivos – UCI, a falta de servicios especializados.

W W

Asimismo, la ausencia de protocolo, así como la visión netamente hospitalaria, hacen que el manejo de este tipo de pacientes sea disperso, diferente en cada nosocomio, y exacerba la cultura de la "aparatología", es decir el uso exagerado de medios artificiales para prolongar la vida, sin evaluar correctamente la calidad de la misma, las necesidades y voluntad del paciente y de la familia. El correcto entendimiento del proceso vital, es decir del ciclo de vida y de muerte debe ser adecuadamente abordado por el sistema de salud para que pueda ser considerado integral.

En efecto, de acuerdo con la exposición de motivos del proyecto¹⁷, en el Perú no hay publicaciones de estándares, normas o guías de cuidados paliativos. No obstante, cabe precisar que un equipo de gestión desarrolló un estudio piloto de diagnóstico situacional (27 y 28 de febrero y 1 de marzo de 2013 - SITUACION DE CUIDADOS PALIATIVOS ESSALUD – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS). El estudio identificó la sobre demanda en los servicios de Emergencia y Hospitalización, donde se atiende con criterios de terminalidad. Se establecieron las prioridades y necesidades de la atención a esta población, a fin de emprender las mejores medidas posibles destinadas a la atención de estos pacientes.

¹⁷ Proyecto de ley 2033/2017-CR, que propone la Ley que promueve la creación de una comisión especial para la elaboración de un plan nacional de cuidados paliativos para pacientes adultos y pediátricos con enfermedades oncológicas y no oncológicas.

DICTAMEN RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY 2033/2017-CR, MEDIANTE EL CUAL SE PROPONE LA LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS.



Contando con una población de asegurados que se dirige al envejecimiento, y sin abandonar el desarrollo de medidas innovadoras y eficaces para el estudio y la curación de la enfermedad, se hace absolutamente necesario facilitar una respuesta integral que permita a nuestra población la mejor de las atenciones, aun cuando no exista tratamiento curativo posible, ya que en este momento es cuando el paciente y la familia pueden llegar al mayor sufrimiento y en contraposición, a menudo, es cuando llegan a sentirse más desamparados.

El proyecto de ley señala también que el proceso de morir se ha desplazado gradualmente desde el hogar hacia los hospitales, no siendo estos el lugar deseado por la mayoría de los pacientes. Este hecho se atribuye a las dificultades para obtener en el domicilio una atención adecuada, y de máxima calidad para estos enfermos.

4.5 Análisis sobre la propuesta de creación de la Comisión Especial y propuesta de texto sustitutorio:

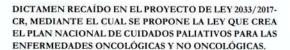
La iniciativa legislativa que se analiza plantea la conformación de una Comisión Especial, de naturaleza multisectorial y con participación del sector privado, que se encargue de elaborar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para pacientes adultos y pediátricos con enfermedades oncológicas y no oncológicas.

Sin embargo, a fin de evaluar la viabilidad de la propuesta, es necesario referirnos a las disposiciones que sobre la conformación de comisiones contiene la Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, específicamente en su capítulo II del TÍTULO IV LAS ENTIDADES PÚBLICAS DEL PODER EJECUTIVO (artículos 35 y siguientes). Se establece que las Comisiones del Poder Ejecutivo son órganos que se crean para cumplir con las funciones de seguimiento, fiscalización, **propuesta** o emisión de informes, que deben servir de base para las decisiones de otras entidades. Estas comisiones carecen de personería jurídica y administración propia y están integradas a una entidad pública.

La propia Ley 29158 clasifica a las comisiones en Sectoriales y Multisectoriales: Las Sectoriales son de naturaleza temporal, creadas con fines específicos para cumplir funciones de fiscalización, **propuesta** o emisión de informes técnicos. Se crean formalmente por resolución ministerial del titular a cuyo ámbito de competencia corresponden.

Las Multisectoriales de naturaleza temporal, son creadas con fines específicos para cumplir funciones de fiscalización, **propuesta** o emisión de informes técnicos. <u>Se crean formalmente mediante resolución suprema refrendada por el Presidente del Consejo de Ministros y los titulares de los Sectores involucrados</u>.







Las Multisectoriales de naturaleza permanente: se crean con fines específicos para cumplir funciones de seguimiento, fiscalización, o emisión de informes técnicos, a través de decreto supremo refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y los titulares de los Sectores involucrados. Cuentan con Reglamento Interno aprobado por Resolución Ministerial del Sector al cual están adscritas.

Estas comisiones, que se crean convocando a órganos del Poder Ejecutivo, se sujetan consecuentemente a lo dispuesto por la Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y se sustentan en el principio de separación de poderes.

En tal virtud, y siendo el objetivo de la propuesta que se analiza que la comisión planteada apruebe el Plan Nacional de cuidados paliativos, el texto sustitutorio recomienda la aprobación del Plan Nacional, cuyo contenido será definido por las instancias competentes del Poder Ejecutivo.

Cabe precisar que como antecedente legislativo se encuentra la Ley 30020, Ley que crea el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, que consagra la aprobación de dicho Plan, cuya elaboración se encarga al Ministerio de Salud.

V. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

En el presente dictamen vamos a realizar un análisis cuantitativo que identifique los efectos sobre las personas o los grupos de personas en las que impactará la norma propuesta, es decir, los involucrados. 18 Los involucrados en la propuesta legislativa y los efectos que tendrían sobre estos, de aprobarse se detallan en el cuadro siguiente:

_

¹⁸ Cf. Guerra García, Gustavo y otro. Guía para la evaluación de proyectos de Ley. Segunda Edición. Lima Asociación Civil Transparencia, 2013, p 20



Cuadro 1 Efectos cualitativos de los involucrados de aprobarse la iniciativa legislativa

Involucrados	Efectos directos ¹⁹	Efectos indirectos ²⁰	
Los pacientes en cuidados paliativos	 Mejora su calidad de vida y optimiza su atención, mitiga el sufrimiento de las personas con enfermedades terminales. 	 El alivio para la familia. Hay un mayor confort y satisfacción en la atención Disminuye el impacto en la economía familiar. 	
Médicos especialistas y profesionales de la salud que manejan el tema.	 Mejor distribución en la atención de los pacientes según nivel de complejidad, descongestionando los servicios del UCI. 	 Disminuye el síndrome de Bournnot en el personal de salud. Reorienta a los Recursos Humanos en otras áreas críticas. 	
Instituciones públicas y privadas de salud.	 Descentraliza la atención y mejora la capacidad operativa de las instituciones. Estandariza los protocolos y las atenciones. 	 Mejora la gestión de salud y optimiza los recursos. 	
El Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Universidades.	 Ejerce rectoría sobre los demás sub sectores, dando normas claras sobre la materia. Habría educación médica continua en los servicios de alta especialización. 	 Recursos Humanos capacitados, además de disminuir la posibilidad de errores o excesos en estos pacientes. 	
La sociedad en general.	 Mejora en el entendimiento del ciclo vital (proceso de vida – muerte). 	 Mayor satisfacción y confianza en el servicio de salud. 	

Elaboración: Comisión de Salud y Población.



¹⁹ Son los impactos que se producen como consecuencia directa de la norma (tomado de la Guía para la evaluación de proyectos de ley, p 30).

²⁰ Son los impactos que se producen como consecuencia de los efectos directos o cambios producidos de forma inmediata por la norma (tomado de la Guía para la evaluación de proyectos de ley, p 30).



VI. CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, la Comisión de Salud y Población, de conformidad con el literal b) del artículo 70 del Reglamento del Congreso de la República, recomienda la **APROBACIÓN del Proyecto de Ley 2033/2017-CR** con el texto sustitutorio siguiente:

TEXTO SUSTITUTORIO

El Congreso de la República

Ha dado la ley siguiente:



LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS

Artículo 1. Creación del Plan Nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas

Créase el Plan Nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas.

Artículo 2. Responsable de elaboración del Plan Nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud en su condición de ente rector del Sistema Nacional de Salud, elabora el Plan Nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas.

En la elaboración del Plan Nacional, el Ministerio de Salud convoca necesariamente a las entidades públicas del sector, así como a las sociedades y asociaciones científicas relacionadas a la especialidad y a las entidades privadas especializadas que formulen aportes para la elaboración del Plan.

Artículo 3. Objetivos del Plan Nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas

El Plan Nacional de cuidados paliativos tiene como objetivo general asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores. El citado Plan atiende las enfermedades crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida y ha de contener apoyo espiritual y psicológico y las medidas



necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

PRIMERA. Reglamento de la Ley

El Poder Ejecutivo reglamenta la presenta ley en un plazo de noventa (90) días calendario, contado a partir de la fecha de su publicación.

SEGUNDA. Plazo para elaborar el Plan Nacional de cuidados paliativos.

El Plan Nacional de cuidados paliativos a que se refiere el artículo 1 es elaborado por el Ministerio de Salud en un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, contado a partir de la fecha de publicación de la presente ley.

Lima, 7 de marzo de 2018.

Presidente

Segundo Tapia Bernal

Vicepresidente

Esther Saavedra Vela

Secretaria

Bartra Barriga, Rosa María

Becerril Rodríguez, Héctor V.



DICTAMEN RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY 2033/2017-CR, MEDIANTE EL CUAL SE PROPONE LA LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS.

REPÚBLICA	
(Brulus)	
Bustos Espinoza, Estelita Sonia	Cevallos Flores, Hernando Ismael
	7
Chihuán Ramos, Leyla Felícita	López Vilela, Luis Humberto
	RESE/-
Oliva Corrales, Alberto Eugenio	Salazar De La Torre, Milagros
	Afternae)
Sánchez Alva, Janet Emilia	Vásquez Sánchez, César Henry
Ramírez Tandazo, Bienvenido	Villanueva Mercado, Armando

ACCESITARIOS

Aramayo Gaona, Alejandra

Arimborgo Guerra, Tamar



Castro Grández, Miguel Antonio

Curro López, Edilberto

Dipas Huamán, Joaquín

De Belaúnde De Cárdenas, Alberto

Domínguez Herrera, Carlos Alberto

Heresi Chicoma, Saleh Carlos S.

Lazo Julca, Israel Tito

Martorell Sobero, Guillermo H.

Melgarejo Paúcar, María Cristina

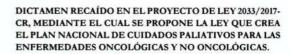
Petrozzi Franco, Francisco

Ponce Villarreal De Vargas, Yesenia

Robles Uribe, Lizbeth

Salazar Miranda, Octavio

Salgado Rubianes, Luz





Takayama Jiménez, Milagros

Ushñahua Huasanga, Glider Agustín



COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN

Período Anual de Sesiones 2017 - 2018

ASISTENCIA A LA SÉPTIMA SESIÓN ORDINARIA Lugar : "CARLOS TORRES Y TORRES LARA - SALA 1"

Día : 07 de marzo de 2018

Hora: 2:30 p.m.

MIEMBROS TITULARES

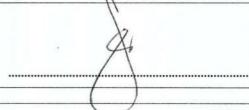


 NARVÁEZ SOTO, ELOY RICARDO Presidente
 Alianza Para el Progreso



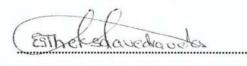


2. TAPIA BERNAL, SEGUNDO Vicepresidente Fuerza Popular



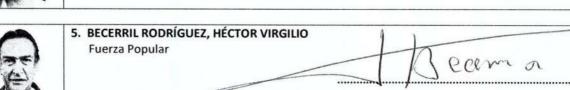


3. SAAVEDRA VELA, ESTHER Secretaria Fuerza Popular





4. BARTRA BARRIGA, ROSA MARÍA Fuerza Popular





 BUSTOS ESPINOZA, ESTELITA SONIA Fuerza Popular





CEVALLOS FLORES, HERNANDO ISMAEL
 Frente Amplio por Justicia, Vida y Libertad

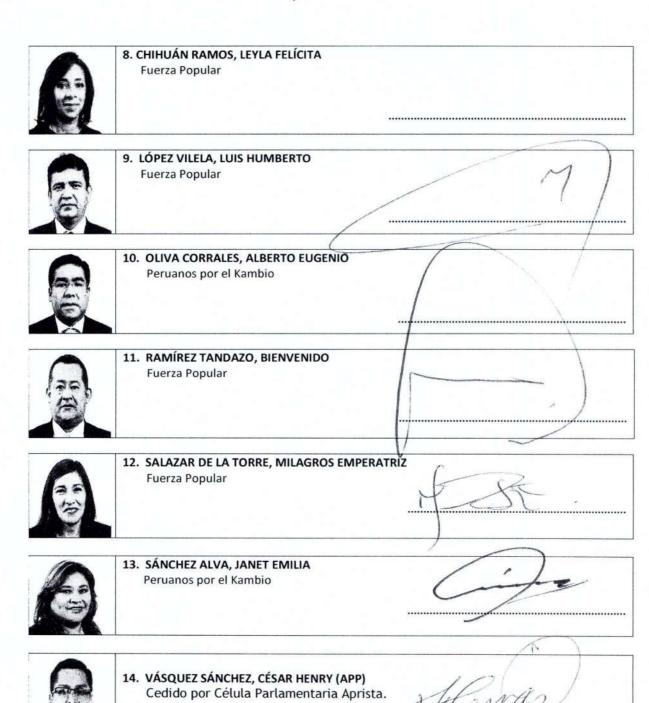


COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN Período Anual de Sesiones 2017 - 2018

ASISTENCIA A LA SÉPTIMA SESIÓN ORDINARIA Lugar : "CARLOS TORRES Y TORRES LARA - SALA 1"

Día : 07 de marzo de 2018

Hora: 2:30 p.m.





COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN Período Anual de Sesiones 2017 - 2018

ASISTENCIA A LA SÉPTIMA SESIÓN ORDINARIA Lugar : "CARLOS TORRES Y TORRES LARA - SALA 1"

Día : 07 de marzo de 2018

Hora: 2:30 p.m.



15. VILLANUEVA MERCADO, ARMANDO Acción Popular



MIEMBROS ACCESITARIOS



 ARAMAYO GAONA, ALEJANDRA Fuerza Popular

	1	n		À	
	Į.	-	-	٦	
		4	-	1	
	ķ	1	7	A	
- 1			4	■.	

2. ARIMBORGO GUERRA, TAMAR Fuerza Popular



3. CASTRO GRÁNDEZ, MIGUEL ANTONIO Fuerza Popular



4. CURRO LÓPEZ, EDILBERTO Frente Amplio por Justicia, Vida y Libertad



5. DE BELAÚNDE DE CÁRDENAS ALBERTO Peruanos Por El Kambio





COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN Período Anual de Sesiones 2017 - 2018

ASISTENCIA A LA SÉPTIMA SESIÓN ORDINARIA

Lugar : "CARLOS TORRES Y TORRES LARA - SALA 1"

Día : 07 de marzo de 2018

Hora: 2:30 p.m.



6. DIPAS HUAMÁN, JOAQUÍN	
Fuerza Popular	



 DOMÍNGUEZ HERRERA, CARLOS ALBERTO Fuerza Popular

4			
•		1	
16	3 4	3	
	-	139	
3			
4		~ 🔽	
		E	

8. HERESI CHICOMA, SALEH CARLOS SALVADOR Peruanos por el Kambio



LAZO JULCA, ISRAEL TITO Fuerza Popular



 MARTORELL SOBERO, GUILLERMO HERNÁN Fuerza Popular



11. MELGAREJO PAÚCAR, MARÍA CRISTINA Fuerza Popular



12. RÍOS OCSA, BENICIO
Alianza para el Progreso

1



COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN

Período Anual de Sesiones 2017 - 2018

ASISTENCIA A LA SÉPTIMA SESIÓN ORDINARIA Lugar : "CARLOS TORRES Y TORRES LARA - SALA 1"

Día : 07 de marzo de 2018

Hora: 2:30 p.m.



13.	ROBLES URIBE, LIZBETH	
	Fuerza Popular	



14. SALGADO RUBIANES, LUZ Fuerza Popular

ø		
-	1	l
-	1	1
10		
	1	1

15. PONCE VILLARREAL DE VARGAS, YESENIA Fuerza Popular



16. TAKAYAMA JIMÉNEZ, MILAGROS Fuerza Popular



17. USHÑAHUA HUASANGA, GLIDER AGUSTÍN Fuerza Popular



18. SALAZAR MIRANDA, OCTAVIO EDILVERTO Fuerza Popular



19. PETROZZI FRANCO, FRANCISCO ENRIQUE Fuerza Popular



Rep 1495

ALBERTO EUGENIO OLIVA CORRALES

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y homb "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Lima, 07 de marzo de 2018

Carta N° 0343-2017-2018/AEOC-CR.

Señor Congresista: ELOY RICARDO NARVÁEZ SOTO Presidente de la Comisión de Salud y Población

PRESENTE.



<u>Asunto</u>: Solicita se otorgue licencia al señor Congresista Alberto Eugenio Oliva Corrales

Es honroso dirigirme a Usted con la finalidad de expresarle mis saludos y a la vez, por especial encargo del señor Congresista Alberto Eugenio Oliva Corrales, solicitarle la licencia respectiva para la **Séptima Sesión Ordinaria de la Comisión de Salud y Población** del periodo anual de sesiones 2017-2018 que Usted preside, a realizarse el <u>día 07 de marzo de 2018 a las 14:30 horas</u>, debido a que el señor Congresista en mención se encuentra realizando labores propias de la función congresal que le imposibilitan acudir a la sesión convocada.

En razón de ello, solicito, la visación del <u>presente</u> de conformidad con el <u>Acuerdo</u> de Mesa N° 0044-2004-2005/mesa-CR.

Sin otro particular, sea propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

JOSÉ IVAN PEÑA RONCEROS ASESOR

Congresista: ALBERTO EUGENIO OLIVA CORRALES

Central Teléfono: 311-7777

www.congreso.gob.pe



Key 1497



"Gescano de la Ignaldad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Ano del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

Lima, 07 de marzo del 2018

Señor Congresista: **ELOY NARVAEZ SOTO**Presidente de la Comisión de Salud y Población
<u>Presente.-</u>



De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, por especial encargo de la Congresista Rosa María Bartra Barriga, para saludarlo y a la vez presentar su dispensa por no poder asistir a la SEPTIMA SESION ORDINARIA DE LA COMISION DE SALUD Y POBLACION, que se llevará a cabo el 07 de marzo, a partir de las 02:30 pm, en la Sala 1 - Edif. Víctor Raúl Haya de la Torre. por motivos de fuerza mayor.

Sin otro particular me despido.

Atentamente,

SOFIA TRÈCE GALLARDO

Asesora

Despacho de la Congresista Rosa María Bartra Barriga

Anexo: 7131



"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional



Lima, 07 de marzo de 2017

OFICIO N° 283-2017-2018-CR-LCHR

Señor **RICARDO NARVAEZ SOTO** Presidente Comisión de Salud y Población Presente.



De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y solicitar licencia a la séptima sesión ordinaria que se realizará el día de hoy miércoles 07 de marzo, por función de representación.

Aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y deferente estima.

Cordialmente,

LEYLA CHIHUÁN RAMOS Congresista de la República