



LUIS HUMBERTO LÓPEZ VILELA

"Decenio de las personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año de la consolidación del mar de Grau"



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.

A iniciativa del Congresista LUIS HUMBERTO LÓPEZ VILELA del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, y en virtud de las facultades previstas en el artículo 107° de la Constitución Política del Estado en concordancia con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de Ley.

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República  
Ha dado la siguiente Ley.

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.

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene como objeto promover 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.

### **Artículo 2.- Comisión Especial**

Créase la Comisión Especial que tendrá como objetivos específicos establecer las políticas para la elaboración del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para pacientes adultos y pediátricos con enfermedades oncológicas y no oncológicas.

### **Artículo 3.- Conformación de la Comisión Especial**

La Comisión Especial está integrada por:

- Un representante del Ministerio de Salud.
- Un representante de Essalud.
- Un representante de la Sanidad de las FFAA del Perú.
- Un representante de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- Un representante del Colegio Médico del Perú.
- Un representante de una Organización del Adulto Mayor.
- Un representante de los Institutos de Salud del Perú.

La Comisión Especial es presidida por el representante del Ministerio de Salud y tiene un plazo de 120 días para el cumplimiento de sus objetivos específicos, señalados en el artículo 2°. Informa cada 30 días a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República sobre los avances, metas y logros.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

PRIMERA. REGLAMENTACIÓN

El Poder Ejecutivo dentro de los 30 días de su entrada en vigencia, dictará las normas reglamentarias y complementarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en esta ley.

Lima, octubre de 2017.



DR. LUIS H. LÓPEZ VILELA  
Congresista de la República

*[Handwritten signature]*  
E. Bustos.

*[Handwritten signature]*  
Maia Pizarro

*[Handwritten signature]*  
María Herrera A.

Daniel Salaverry Villa  
Portavoz  
Grupo Parlamentario Fuerza Popular

*[Handwritten signature]*  
Lizapa Sintes

*[Handwritten signature]*  
S. ECHEVARRIA.

*[Handwritten signature]*  
AVILA

*[Handwritten signature]*  
NEZLAN

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Nuestra Constitución Política consagra el derecho a la salud en su Artículo 7° en el cual señala que todos tienen derecho a la protección de la salud, por tanto cumplir con este derecho y garantizar el acceso de toda la población a los servicios básicos de salud, constituye una obligación fundamental del Estado. Este artículo ligado directamente al artículo 2.1 de la Constitución Política que consagra el derecho fundamental a la vida, en efecto, el derecho a la vida es el derecho primordial para toda persona; pero está entendida no solo como el acto físico de realizar funciones vitales sino de *vivir con dignidad y respeto a su integridad física y psicológica. A esa integridad se llama salud.*

Así mismo la Declaración Universal de los Derechos Humanos precisa en su Artículo 25 inc. 1. Que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...).

Al respecto la Ley general de salud N° 26842 establece en su título preliminar que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. *La protección de la salud es de interés público.* Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable. Así mismo señala que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. *Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que*

*garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.* Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.

El Tribunal Constitucional ha definido a la salud como el funcionamiento armónico del organismo tanto físico como psicológico del ser humano por tanto es evidente que como tal, constituye una condición indispensable para el desarrollo y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. (Exp. N° 2945 – 2003 –AA 20/04/04), por ello, este colegiado ha señalado que toda persona tiene el derecho de que se le asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, correspondiente al nivel que le permitan los recursos públicos y la solidaridad de la comunidad<sup>1</sup>.

El mismo Tribunal con relación a la función del Estado en cuanto a la protección a este derecho, declarado como fundamental por la doctrina y la jurisprudencia ha señalado lo siguiente:

"Dentro de los componentes del Estado Social queda claro que el conocimiento y la promoción del derecho a la salud ocupa un papel trascendental, en tanto dicho atributo representa parte del conglomerado de derechos sociales que bajo la forma de

---

<sup>1</sup> EXP. N.º 2945-2003-AA/TC LIMA – CASO: AZANCA ALHELÍ MEZA GARCÍA

obligaciones se imponen al Estado a efectos de ser promovido en condiciones materiales, fuentes de acceso y las acciones de conservación y restablecimiento de la salud cuyo cumplimiento corresponde al Estado, el cual debe garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido. Los servicios de salud cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentra en juego la vida y la integridad de los pacientes<sup>2</sup>.

En ese orden de ideas, queda clara la obligación que tiene el Estado de poder articular esfuerzos y no solo eso, sino también brindar todas las facilidades tendientes a lograr que el ejercicio integral del derecho a la salud sea adecuado y pleno para todas las personas.

Por lo que es en ese sentido mediante la presente propuesta legislativa se tiene como objetivo promover la creación de una comisión especial encargada de elaborar de un plan nacional de cuidados paliativos para pacientes adultos y pediátricos con enfermedades oncológicas y no oncológicas, ya que por su condición, ameritan

---

<sup>2</sup> EXP. N° 3208 – 2004 – AA, 30/05/05 TC.

preferentemente y de manera urgente un cuidado especial de su salud, como derecho fundamental para su bienestar integral tanto físico como psicológico.

### EN QUE CONSISTEN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

#### **Sus Antecedentes**

Los Cuidados Paliativos se vienen ejerciendo activamente desde antes de la Edad Media, pero es hasta las últimas décadas del siglo XX, cuando surge en Inglaterra la Medicina Paliativa, como respuesta a la inminente necesidad de atención que demandan los enfermos terminales. Progresivamente se sumó el resto de Europa y Norteamérica. Hacia el final de la década de los 80's la comunidad médica de los países desarrollados reconoció que la Medicina Paliativa se había convertido más que en un lujo, en una nueva especialidad, que venía a cubrir los enormes vacíos que en la atención médica existen. A partir de esta fecha se establece el diagnóstico de terminalidad.

#### **Definición de Cuidados Paliativos**

Según la Organización Mundial de la Salud 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 temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Están reconocidos expresamente en el contexto del*

*derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.*

Y entre sus características encontramos las siguientes:



Una amplia gama de enfermedades requieren cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos<sup>3</sup>.

Según el *Dr. Robert Twycross*, define a los cuidados paliativos de la siguiente manera:

"Los cuidados paliativos consisten en la asistencia total y activa a los pacientes y a su entorno, por un equipo multiprofesional, cuando no hay esperanza de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida. El objetivo de los cuidados paliativos consiste en asegurar la máxima calidad de vida posible tanto para el paciente como para su familia".

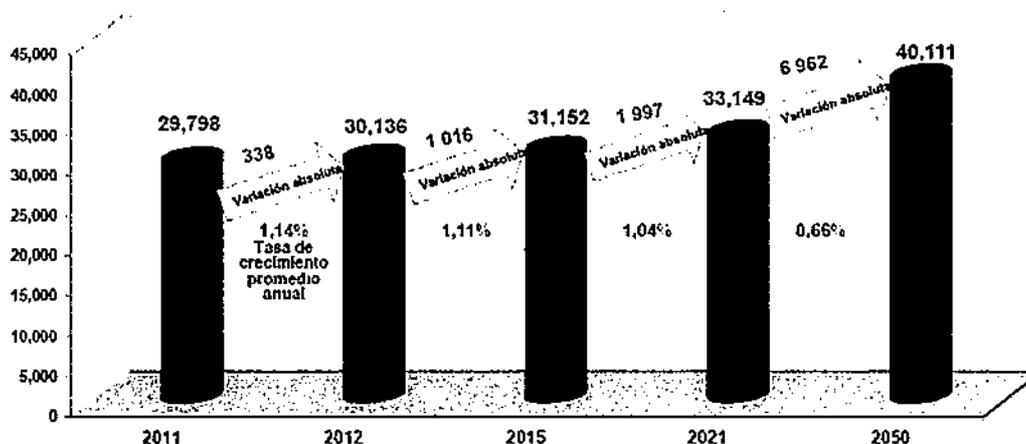
Se estima que anualmente 40 millones de personas el 78% de las cuales viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano necesitan cuidados paliativos.

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud - Nota descriptiva: "Cuidados Paliativos"  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>  
Fecha de publicación: agosto de 2017

En el Perú se estima que al 2050 habrá un incremento poblacional de 45 millones de habitantes, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

**Perú: Población 2011, 2012, 2015, 2021 y 2050 (Miles)**



Fuente: INEI - Perú: Estimaciones de Población, 1950 - 2050.

De los cuales según los indicadores de envejecimiento demográfico al 2021 según INEI habrá un incremento del 8,8% al 11,2% en la población adulta mayor. Sobre la cual también necesitamos actuar.

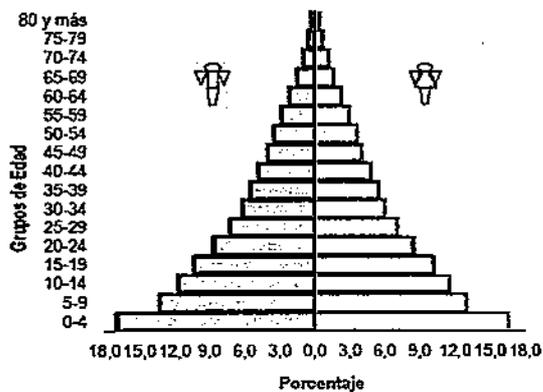
**Perú: Indicadores del envejecimiento demográfico, 2012 y 2021**

	2012	2021
<b>Población adulta mayor</b>	2 620 460 (8,8%)	3 726 534 (11,2%)
<b>Magnitud del cambio</b>	1 106 074 (42,2%)	
<b>Tasa de crecimiento 2012-2021</b>	3,6%	
<b>Índice de envejecimiento (%)</b>	29,8	43,9
<b>Relación de dependencia de vejez (%)</b>	14,3	17,8

Fuente: INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total por Área Geográfica y Estructura por Sexo, 1950-2050 - Datos Específicos, N° 11

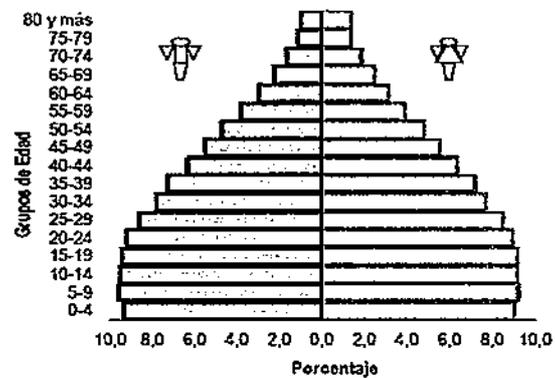
Incluso hay una inversión de la pirámide poblacional en cuanto a la proporción de la población adulta mayor que ha ido en aumento desde 1950 que era de 5.7% a 9.5% al 2015.

Gráfico N° 01  
 Perú, Pirámide de la población en 1950



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Gráfico N° 02  
 Perú, Pirámide de la población en 2016



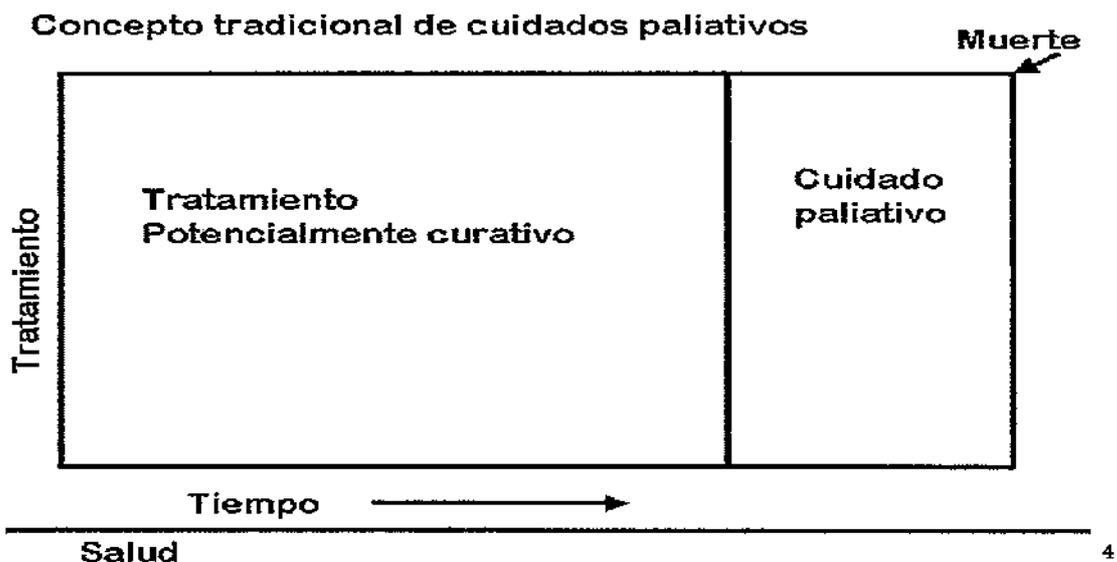
**La Proporción de la población adulta Mayor en el año 1950 era de 5.7% para el año 2015 es de 9.5 % ( INEI Informe técnico marzo 2016)**

Por lo que con esos índices de aumento poblacional, tendremos como consecuencia una mayor saturación de hospitales, y sobre todo de pacientes en edad adulta que por lo general sufren de enfermedades crónica y por tanto es menester elaborar planes de salud que nos permitan darles una mejor calidad de vida, ya que son una parte propensa, al igual que los pacientes pediátricos en padecer este tipo de enfermedades.

### Enfermedad terminal

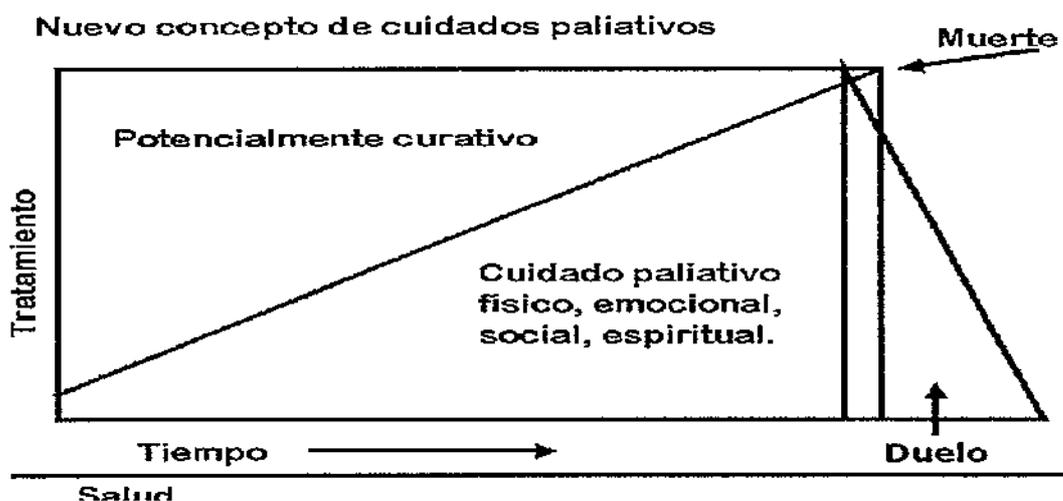
Se define enfermedad terminal como "aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la existencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación".

En cuanto a los cuidados paliativos existe un **concepto tradicional**



<sup>4</sup>Fuente: Informe Técnico: Hechos insólitos en cuidados paliativos. Adaptado de Lynn & Adamson. 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.

En el modelo tradicional, los cuidados paliativos han sido ofrecidos a los enfermos de cáncer, quizás por lo previsible del desarrollo de la enfermedad. De hecho el planteamiento actual es ofrecer una serie de cuidados en un momento definido justo antes del final de la vida. Este concepto ha cambiado, por otro donde los pacientes se benefician de los cuidados paliativos después del diagnóstico, sin perjuicio del beneficio de tratamientos, que modifiquen el progreso de la enfermedad hasta el final de la vida. Tal y como podemos observar en el siguiente gráfico.



El concepto de cuidados paliativos debe ser desarrollado y aplicado como una intervención que puede ser ofrecida junto a los tratamientos curativos potenciales. De esta forma, se pueden satisfacer mejor las necesidades asociadas a las enfermedades crónicas previsibles en un proceso de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos a una población envejecida con enfermedades crónicas de curso impredecible así como a otras de curso más predecible como las enfermedades oncológicas y a otros grupos de edad (como jóvenes y niños con enfermedades terminales).

## Situación actual de los cuidados paliativos en el Perú

### SITUACION DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERU

En el Perú se empezó a desarrollar de la siguiente manera.

- 1989. Creación de la primera Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital de la Policía Nacional del Perú.
- 1999. Se abre el primer Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
- 2003. Creación de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos
- 2004. Creación de la Coalición contra el cáncer y colaboración del Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y el Control del cáncer.
- 2007. Aprobación de la Norma Técnica de Dolor por el Ministerio de Salud.
- 2008. Perú es la sede del Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos.
- 2010. Taller de estrategias para mantener la disponibilidad de opioides en Latinoamérica con apoyo de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).
- 2010-2017. Implementación de áreas de cuidados paliativos en diversas instituciones como Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, Instituto de Salud del Niño, Hospital Central FAP, Hospital Naval.

Sin embargo, en nuestro país hasta la fecha no existen normas o guías de cuidados paliativos.

En relación a lo anteriormente descrito, solo tenemos por ejemplo que un equipo de gestión desarrolló un estudio piloto de diagnóstico situacional desarrollado los días 27,28 de febrero y 01 de marzo del 2013 sobre la **SITUACION DE CUIDADOS PALIATIVOS ESSALUD – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS** en un **ESTUDIO PILOTO FEBRERO–MARZO**.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins identificó la sobre demanda en los servicios de Emergencia y hospitalización donde también se atiende a Pacientes con criterios de terminalidad, establecieron las prioridades y necesidades de la atención a esta población y tras ello, emprender las mejores medidas posibles destinadas a la atención de estos pacientes. 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 también en el momento en el que no existe tratamiento curativo posible. Es entonces cuando el paciente y la familia pueden llegar al mayor sufrimiento y en contraposición, a menudo, es cuando llegan a sentirse más desamparados.

Además, 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 como

muchos trabajos de investigación lo avalan. Este hecho se atribuye a las dificultades para obtener en el domicilio una atención adecuada, y de la máxima calidad, para estos enfermos.

Con el objetivo de dar respuesta a estas necesidades se ha elaborado este Proyecto con la intención de procurar la mejor calidad y confort posible al propio paciente y su familia, sin pretender alargar su supervivencia, atendiendo a sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales, con respeto a su dignidad, autonomía y a su capacidad de decisión, en todos los niveles de atención de la Red, con repercusión Nacional.

#### Los Cuidados Paliativos en el DERECHO COMPARADO,

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 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*<sup>5</sup>

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

---

<sup>5</sup> Plan Nacional de Cuidados Paliativos – Ministerio de Salud Pública – República Oriental del Uruguay

vida limitado y sus familias, el Ministerio de Salud Pública decidió elaborar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos<sup>6</sup>.

En Chile su Ministerio de Salud desde 1985 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 disponer<sup>7</sup>.

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, en su sesión celebrada el día 14 de septiembre de 1999, aprobó una moción del Grupo

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Norma programa nacional alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos Ministerio de Salud del Gobierno de Chile 2007.

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 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.

Se dispone de experiencias de todo tipo, consolidadas, y con excelentes resultados medibles en efectividad. Muchos profesionales han desarrollado servicios y programas de cuidados paliativos, así como 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 paliativos<sup>8</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud, existe un proyecto plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles al 2020, en el cual las opciones de políticas para los estados miembros es que se elabore un plan nacional y se asignen recursos presupuestarios.

---

<sup>8</sup> Plan nacional de Cuidados Paliativos, bases para su desarrollo – Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.

**Proyecto de plan de acción para la prevención  
 y el control de las enfermedades no transmisibles  
 2013-2020**

**Principios y enfoques generales :**

Consideración de todo el ciclo de vida:

- *Envejecimiento saludable y la atención dispensada a las personas con enfermedades no transmisibles al final de su vida.*

**Opciones de política para los Estados Miembros:**

Elaborar un plan nacional y asignar recursos presupuestarios:

- *Asignaciones presupuestarias para la vigilancia, la prevención y la detección y tratamiento precoces de las enfermedades no transmisibles y para atención y apoyo conexos, incluidos cuidados paliativos.*

Por lo que con los antecedentes antes expuestos al no brindar la atención al paciente crónico oncológico y no oncológico incluido los servicios conexos de cuidados paliativos, se corre el riesgo de continuar realizando tratamientos que causan un mayor perjuicio en la vida del paciente y su familia, 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.

**PATOLOGIAS MAS FRECUENTES**

**Medicina Interna**



PATOLOGÍAS	
Oncológicas	15 23.81%
Crónicas no Oncológicas	33 52.38%
Agudos	15 23.81%
<b>TOTAL</b>	<b>63 100.00%</b>

**Medicina Oncológica**



PATOLOGÍAS	
Oncológicas	15 24%
Crónicas no Oncológicas	33 52.38%
Agudos	15 24%
<b>TOTAL</b>	<b>63 100.00%</b>

Por otro lado, los sistemas de salud pública que tienen incorporado redes de atención a pacientes crónicos incluidos los servicios convexos 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.

Sobre lo señalado, existe evidencia suficiente como para corroborar lo suscrito tanto en relación a los beneficios de este modelo de atención para la salud pública como también para implementarlo exitosamente en los tres niveles de atención del sistema Nacional de salud.

Por lo que los OBJETIVOS de la presente propuesta son los siguientes.

Brindar una atención descentralizada con redes de atención al paciente crónico oncológico y no oncológico coberturado en los tres niveles de atención.

Mejorar la Gestión de Salud a nivel nacional en los tres niveles de atención; optimizar el uso de recursos públicos; elevar la satisfacción del paciente y familia; manejar la sobre demanda en hospitales de alta y mediana complejidad; fortalecer la atención primaria y disminuir el incremento de costos causados por la ineficiencia pública.

Dar un enfoque de manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles fortaleciendo la atención primaria con complejos ambulatorios de atención integral.

**Además también se pretende**

1. Asegurar la atención integral del paciente crónico incluido los servicios convexos de cuidados paliativos a paciente y familia con patologías crónicas oncológica y no oncológicas avanzadas, con el fin de mejorar su calidad de vida, fortaleciendo la atención primaria con énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Contribuir en la Inclusión los cuidados paliativos al modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud.
3. Promover la formación integral de los profesionales de salud en el manejo de la patología crónica, incluyendo los cuidados paliativos.
4. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención del paciente crónico incluyendo los cuidados paliativos.
5. Fomentar la investigación en las diferentes áreas clínica, epidemiológica y social en cuidados paliativos a través de un sistema de gestión del conocimiento

**Los principios fundamentales, que impulsan este proyecto son:**

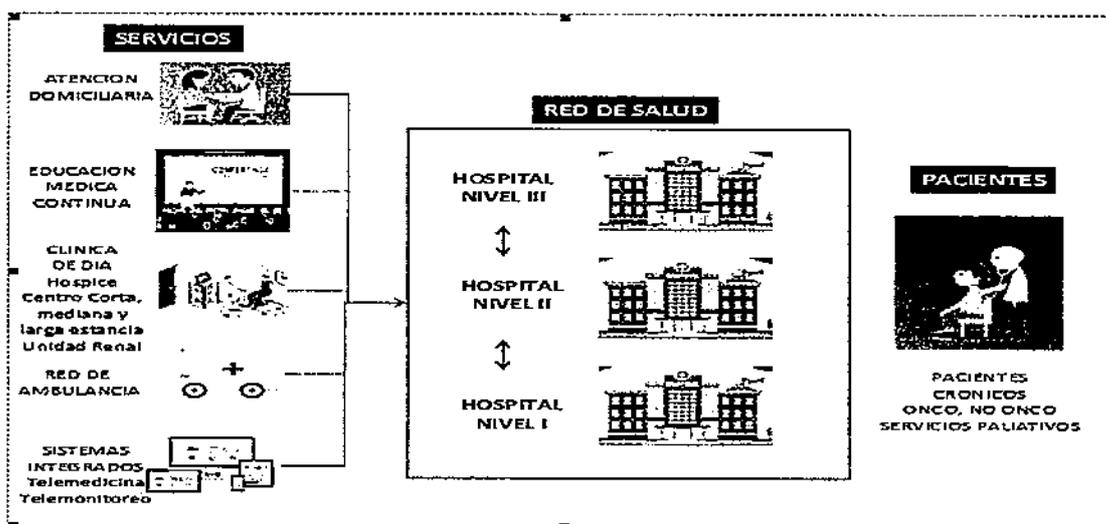
DIGNIDAD, valor intrínseco de todo ser humano, el respeto a su autonomía, a los derechos humanos con el fin de mejorar la calidad de vida.

CALIDEZ, cordialidad en la atención, que genera bienestar en las personas.

A manera de propuesta la forma en la que se llevarían a cabo los cuidados paliativos, serían de la siguiente manera:

1. Atención domiciliaria para pacientes crónicos oncológicos y no oncológicos, incluyendo servicios de radiodiagnóstico, farmacia, bioquímica sanguínea, otros.
2. Red de transporte Asistido Vía Terrestre urgente y no urgente con soporte tecnológico y asistencia de ruta
3. Diseño, implementación, equipamiento de Hospitales de Día.
4. Diseño, implementación, equipamiento de Centros de corta, mediana y larga estancia del paciente crónico incluido los servicios convexos de cuidados paliativos.
5. Diseño, implementación, equipamiento de Hospice (tratamiento a los pacientes con enfermedades potencialmente mortales).
6. Implementación del Sistema de Gestión del conocimiento para manejo de paciente crónico.
7. Sistemas integrados de comunicación, telemedicina. Telemonitoreo domiciliario.
8. Diseño, implementación, equipamiento de Complejo Ambulatorio de atención Integral de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Salud Renal.

En ese sentido, y por el sustento antes expuesto, con el fin de contribuir con la salud de los pacientes con enfermedades potencialmente mortales, se propone la presente ley de creación de una comisión especial encargada de promover la elaboración de un plan nacional de cuidados paliativos para pacientes adultos y pediátricos con enfermedades oncológicas y no oncológicas.



## II. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa de convertirse en ley se enmarca dentro de los alcances de nuestra Constitución Política, no vulnera normatividad alguna, muy por el contrario la refuerza en materia de protección de la salud, por tanto cumplir con este derecho y garantizar el acceso a este tipo de cuidados, ya que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar paciente, familia y equipo de salud.

### III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente propuesta no irroga gasto alguno al erario nacional, por el contrario según los resultados obtenidos en la aplicación de cuidados paliativos en el mundo, en Latinoamérica, y en estudios realizados en hospitales nacionales de referencia, como el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, existe un costo liberado aproximado de un ahorro 139 millones al año en la atención de 2.951 a pacientes, articulando los tres niveles de atención en salud. Por lo que en cuanto a:

- **Impacto económico**, mediante la presente propuesta se pretende optimizar el uso de los recursos.

### IMPACTO EN COSTOS

Cálculo del Ingreso Generado por Ahorros		
	Montos	%
Costo Directo - HNERM por el Paciente Paliativo ajustados a 2,951 pacientes	S/. 159,552,443	100%
Costo Directo - HCPSM por el Paciente Paliativo a capacidad plena 144 camas	<u>S/. 15,341,537</u>	10%
Ahorro por Recursos Liberados	<u>S/. 144,210,906</u>	90%
menos		
Costos de Mantenimiento Anual a plena capacidad	S/. 2,287,000	
Costos de Administración Anual a plena capacidad	<u>S/. 2,209,181</u>	
<b>Total de Ingresos Generados</b>	<b>S/. 139,714,724</b>	<b>88%</b>

Luis Humberto López Vilela  
 Consultor Externo, Lic. Jorge Ramírez Rivas  
 Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
 Hospital Nacional de Control, Bazombas 4, Dpto. Moquegua, Arequipa, Perú  
 Lima, julio 2015

Muestra de aplicación de cuidados paliativos en el HNERM

- **Impacto social.** Atención a población vulnerable adulta pediátrica con enfermedad crónica, progresiva e irreversible.
- **Impacto político.** Fortalecimiento de políticas de salud públicas.
- **Impacto sanitario.** Atención en redes de salud con desembalse de la demanda en alta, mediana y baja complejidad.