MINISTERIO DE SALUD **No.030-2018-SA.....**

REPUBLICA DEL PERU

Decreto Supremo

DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 30795, LEY PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú señalan que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, estableciendo que el Estado determina la política nacional de salud y que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación y es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, los numerales I, II y V del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, y atender los problemas de salud mental de la población, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social;

Que, el artículo 11 de la precitada Ley, modificado por la Ley N° 29889, señala que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que, el artículo 123 de la Ley General de Salud, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional, teniendo a su cargo, como Organismo del Poder Ejecutivo, la formulación, dirección y gestión de la política de salud, actuando como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el literal b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161 dispone como una de las funciones rectoras del Ministerio de Salud, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector, así como el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, mediante la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, se establece el marco legal para la protección integral del paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, considerando medidas para la prevención, la evaluación, el diagnóstico y la promoción de un sistema de atención integral de salud, servicios sociales e investigación básica que permita afrontar el tratamiento de las personas que padecen dichas enfermedades;

Que, la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, establece que el Poder Ejecutivo debe aprobar el reglamento de la Ley;

Que, en virtud de ello, es necesario establecer una normativa reglamentaria que permita operativizar la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, a través de la coordinación y articulación de políticas sectoriales, mediante estrategias intersectoriales que privilegien el envejecimiento activo, así como, en el marco de la corresponsabilidad, las instancias competentes implementen y desarrollen estrategias para la prestación de servicios en Salud Mental, orientadas a la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias;

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, y en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación

Apruébase el Reglamento de la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, que consta de ocho (8) capítulos, veinte (20) artículos, y nueve (9) disposiciones complementarias finales, el cual forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Financiamiento

La implementación de lo dispuesto en la presente norma se financia con cargo al presupuesto institucional de los pliegos involucrados.

Artículo 3.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por la Ministra de Salud, la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministro de Defensa, el Ministro del Interior, y el Ministro de Educación.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintisiete días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho.

MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO
Presidente de la República

SILVIA ESTER PESSAH EL JAY
Ministra de Salud

JOSÉ HUERTA TORRES
Ministro de Defensa

SYLVIA CÁCERES PIZARRO
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

DANIEL ALFARO PAREDES
Ministro de Educación

CARLOS MORÁN SOTO
Ministro del Interior

REGLAMENTO DE LA LEY N° 30795, LEY PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto

El presente Reglamento tiene como objeto establecer disposiciones técnicas y normativas para la implementación de la Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, en adelante la Ley.

Articulo 2.- Ámbito de aplicación

El presente Reglamento es de aplicación en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como Instituciones que intervienen en la investigación, prevención, evaluación, diagnóstico y atención integral de salud de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Artículo 3.- Definiciones

Para efectos de la aplicación de la Ley N° 30795 y del presente Reglamento, se entiende como:

a) **Atención Integral de la Salud:** Son las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS: públicas, privadas o mixtas) con calidad, equidad e igualdad, teniendo como eje de intervención a la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, su familia y su comunidad.

b) **Cuidador/a:** Es la persona natural que acompaña y presta atención a título gratuito al paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, de quien no es familiar directo ni su cuidador domiciliario de salud.

   Su acreditación como cuidador se efectúa mediante designación vía notarial, informe médico, constancia policial o certificado domiciliario.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

c) **Cuidador/a Domiciliario De Salud**: Persona que desempeña la prestación de Cuidado Domiciliario de Salud a la persona con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, para lo cual debe tener como mínimo el Título de Técnico de Enfermería y estar debidamente capacitado y acreditado por el ente correspondiente.

d) **Demencia:** Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la

enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras situaciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

e) **Enfermedad de Alzheimer (EA):** Es una demencia neurodegenerativa primaria, de inicio insidioso y curso progresivo, relacionada frecuentemente a edades tardías, caracterizada por un compromiso severo de la memoria, incapacidad para comprender o formular el lenguaje (afasias), incapacidad para realizar movimientos en ausencia de parálisis física (apraxia) y pérdida de capacidad para reconocer objetos, personas, sonidos, formas u olores, mientras que el sentido específico no es defectuoso ni existe una pérdida significativa de memoria (agnosia), que paulatinamente deterioran el desempeño personal, familiar, social y laboral, generando una discapacidad crónica.

f) **Familiar Directo:** Son los hijos, independientemente de su edad; padre o madre; cónyuge o conviviente del paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Conviviente es aquella persona que junto con el paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias conforma una unión de hecho, según lo establecido en el artículo 326 del Código Civil.

g) **Otras Demencias:** Son otras enfermedades degenerativas primarias (demencia: fronto temporal, con cuerpos de Lewy, asociada a enfermedad de Parkinson, por enfermedad de Huntington); secundarias (demencia: vascular, infecciosa, carencial, endocrino-metabólica, toxicológica o por otras patologías médicas); y las combinadas o mixtas (demencia de etiología múltiple); todas las cuales generan discapacidad crónica. Asimismo, se considera a la Enfermedad de Alzheimer de aparición temprana autosómica dominante y a la Enfermedad priónica familiar tipo Alzheimer".

MINISTERIO DE SALUD DG
V. Alarcón

CAPÍTULO II

DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Artículo 4.- De la protección de salud y el acceso universal al tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

4.1 El Ministerio de Salud en su calidad de rector del sector salud, formula, monitorea y evalúa el cumplimiento de la política pública para la atención integral de salud de las personas con enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

La Autoridad Regional en Salud elabora y ejecuta planes regionales para el abordaje integral de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, incluyendo la intervención de las IPRESS y las IAFAS que se encuentren en su ámbito geográfico.

4.2 Las personas diagnosticadas con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias tienen derecho a acceder a la atención de salud de manera oportuna y eficaz a través del sistema de aseguramiento que les corresponda según su condición, incluyendo el diagnóstico, tratamiento ambulatorio y/o de hospitalización, rehabilitación y seguimiento, en el marco de lo dispuesto en la normatividad nacional vigente, así como disposiciones normativas sectoriales en materia de salud mental.

4.3 Las personas que al momento del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias no cuenten con afiliación a un plan de aseguramiento en salud, tienen derecho a ser atendidas, de forma inmediata y efectiva, en una IPRESS pública a cargo del Ministerio de Salud, hasta que se defina su afiliación a una IAFAS. Cuando esté definida su afiliación, la IAFAS del paciente efectúa el reembolso a la IPRESS que corresponda por los gastos realizados en la atención del paciente, en el marco de su normatividad.

4.4 En casos de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias con discapacidad severa, certificadas por el médico tratante, procede la asignación, por parte de la IPRESS, de la prestación de salud de Cuidado Domiciliario de Salud, labor que cumple un personal de salud, denominado Cuidador/a Domiciliario de Salud, que cuente mínimamente con título de Técnico de Enfermería, debidamente capacitado y acreditado por el ente correspondiente.

Artículo 5.- De las actividades vinculadas a la prevención, atención, rehabilitación e investigación de la persona con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

5.1 Las actividades vinculadas a la detección temprana, la prevención del riesgo, atención y rehabilitación de la persona con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias se desarrollan en el marco de las disposiciones establecidas en la normatividad nacional vigente, así como disposiciones normativas sectoriales en materia de salud mental.

5.2 El Ministerio de Salud aprueba los Lineamientos de atención integral para las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, brindando asistencia técnica para su implementación.

5.3 La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) supervisa en el marco de sus competencias a las Instituciones encargadas de brindar servicios de salud de calidad, confiables, seguros y sostenibles para las personas con estas patologías.

5.4 El Instituto Nacional de Salud (INS), en coordinación con el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN), establecen prioridades, gestionan y fomentan la investigación en Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. El INS en coordinación con el INCN, instauran el Premio a la Investigación sobre la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

5.5 El Ministerio de Salud promueve la investigación básica y aplicada a través del INS, del INCN, de las universidades, de los centros de investigación e instituciones vinculadas con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Las investigaciones destacadas reciben públicamente un reconocimiento en fecha conmemorativa por el Día Internacional del Alzheimer.

Artículo 6.- Del Registro Nacional de Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

El Ministerio de Salud garantiza la protección de datos de las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Con ese fin, el Registro Nacional de Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias mantiene en el nivel nacional y regional, información actualizada de los pacientes afectados por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, de forma estadística y anonimizada, y no nominal.

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información, diseña el soporte informático que permita el acceso a la información individual de los pacientes, a partir de las historias clínicas a cargo del establecimiento de salud público o privado donde se atiende, y este es responsable de reportar al nivel de red y de la Autoridad Regional de Salud, los casos que atienda, basado en el uso del identificador de datos en salud correspondientes.

El tratamiento de la información se rige por la normativa que regula la materia.

CAPÍTULO III

DE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Artículo 7.- De la Familia y Personal de Salud de Cuidados Domiciliarios de Salud de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

7.1 Las IPRESS sujetas al presente Reglamento, como parte de los servicios que brinda al paciente, incluye información para los familiares directos y cuidadores de las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, dentro de los servicios brindados, que les permita tener claridad de las manifestaciones de la enfermedad, de las expectativas sobre la evolución; así como los cuidados que requieren estas personas, en relación a las manifestaciones clínicas como olvidos de los hechos recientes cada vez más frecuentes, desorientación dentro de su domicilio, descuido de su persona en el aseo, en su alimentación y en su vestimenta, desconocimiento de sus familiares, entre otras características que presenta la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

7.2 Las IPRESS e instituciones sujetas al presente Reglamento informan, dentro de los servicios brindados a los familiares directos y cuidadores, sobre el derecho que tienen, para obtener facilidades laborales extraordinarias para la colaboración en la atención de la persona afectada.

7.3 Las IPRESS e instituciones sujetas al presente Reglamento informan, dentro de los servicios brindados a los familiares directos y cuidadores, el derecho de los pacientes a ser atendidos preferentemente de manera ambulatoria, conforme a lo señalado en el marco normativo vigente.

7.4 El Ministerio de Salud, en coordinación con los otros sectores públicos e instituciones públicas y privadas, así como con los Gobiernos Regionales y Municipales, de acuerdo a sus competencias, elaboran e implementan estrategias intersectoriales que privilegien la participación activa de la familia y la comunidad en el cuidado de las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, a través de programas de fortalecimiento de competencias, focalizándolas en instituciones activas de la comunidad como colegios y universidades.

7.5 Los Gobiernos Locales donde residen las personas afectadas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, sus familiares directos, cuidadores y Cuidador/a Domiciliario de Salud, generan los mecanismos de apoyo social, según sus competencias.

7.6 Los familiares directos y cuidadores a cargo de la atención de personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias son convocados a participar en programas y actividades que desarrollan las instituciones del sector público o

privado, para fortalecer sus recursos psíquicos que les permita acompañar eficazmente a su familiar afectado por la enfermedad.

7.7 Las agrupaciones de familiares y de personas usuarias de los servicios de salud, así como las organizaciones sociales de base tienen el derecho de solicitar a las entidades de la administración pública a ser incorporadas, en las redes de salud locales, regionales y/o nacionales dentro del ámbito de cumplimiento de la presente disposición, a fin de participar organizadamente en la formulación e implementación de políticas, planes y la vigilancia ciudadana en sus ámbitos correspondientes.

CAPÍTULO IV

DE LAS RESPONSABILIDADES DEL ESTADO

Artículo 8.- De las Responsabilidades del Estado

En concordancia con el marco normativo vigente, constituyen responsabilidades del Estado, a través del Ministerio de Salud:

8.1 Reconocer los derechos del paciente enfermo de Alzheimer y Otras Demencias, protegiendo la dignidad de la persona afectada y su familia.

8.2 Brindar servicios y atención de salud a las personas que padecen de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en los establecimientos de salud más cercanos al domicilio de la persona afectada, y en caso se requiera, ser referidas a los centros de salud mental comunitarios, garantizando de esta manera la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

8.3 Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, integrados en la red de servicios de atención reciben capacitación y asesoría en la aplicación de protocolos de evaluación y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, por parte de los Centros de Salud Mental Comunitarios, quienes establecen los criterios de referencia y contrarreferencia.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

8.4 El Ministerio de Salud coordina con los Gobiernos Regionales y Locales, principalmente en las localidades con mayor cantidad de población adulta mayor, la realización de actividades que permitan brindar información adecuada a la población que le favorezca mantener estilos de vida saludables y una probable identificación temprana de manifestaciones clínicas compatibles con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias para que estas personas estén orientadas para su pronta evaluación por personal de salud.

8.5 Los establecimientos de salud promueven la responsabilidad compartida entre mujeres y hombres que integran la familia, para el cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

8.6 En las localidades con mayor cantidad de población adulta mayor y en las que se hayan realizado la mayor cantidad de diagnósticos, se pone más énfasis en la capacitación al personal de salud y a familiares directos y/o cuidadores para lograr la detección precoz y su evaluación especializada, así como el apoyo necesario por parte de quienes asuman su cuidado.

8.7 Fomentar, en las redes de salud, la continuidad de cuidados que permita la articulación entre los establecimientos de salud, lo cual contribuye en la mejor atención a la persona afectada, así como a sus familiares directos o cuidadores.

CAPÍTULO V

DE LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Artículo 9.- De la formación y capacitación

Las actividades de formación y capacitación se realizan para lograr que la comunidad se sensibilice y comprenda la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, así como su participación como familiar o como miembro de la sociedad.

9.1 El Ministerio de Salud vela por la incorporación de temas de salud mental y de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, en la formación de los profesionales y técnicos en salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el marco normativo vigente.

9.2 El Ministerio de Salud promueve e implementa en articulación con las instancias competentes programas de capacitación dirigidos a los familiares directos de las personas usuarias y cuidadores, con el objeto de difundir entre ellos las herramientas necesarias que les permitan enfrentar la enfermedad y el cuidado que requieren sus familiares diagnosticados con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

9.3 El Ministerio de Salud elabora el documento normativo para la capacitación de los cuidadores y familiares directos de personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

9.4 El Ministerio de Salud promueve y organiza eventos de capacitación, así como campañas informativas que permitan brindar herramientas a la población, que coadyuven a la identificación y sensibilización sobre las enfermedades mentales como la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

9.5 El Ministerio de Salud, con el apoyo del Ministerio de Educación, promueve la capacitación e información respecto a la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en las Instituciones Educativas, distribuye material informativo básico sobre la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, así como difunde actividades educativas, recreativas y cívicas haciendo uso de los diferentes medios de comunicación.

9.6 El Ministerio de Salud, en coordinación con las entidades formadoras de recursos humanos en salud, propicia la inclusión de tópicos específicos en la formación de pre y post grado relacionados a la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, considerando las diferencias de género y culturales.

CAPÍTULO VI

DE LA COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN SECTORIAL, Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Artículo 10.- De la coordinación y articulación de políticas públicas sectoriales y Suscripción de convenios de cooperación interinstitucional

MINISTERIO DE SALUD DG
V. Alarcón

El Ministerio de Salud, al amparo del principio de participación y coordinación que establece la responsabilidad conjunta del Estado frente a la prevención de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, establecida en la Ley, coordina y articula con el sector público e instituciones públicas y privadas, la aplicación de estrategias intersectoriales que privilegien el cuidado de la salud y el envejecimiento activo, focalizando la educación a la comunidad y a los profesionales desde los colegios y universidades en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

El Ministerio de Salud en calidad de órgano rector en materia de salud mental, conduce y coordina la elaboración del Plan Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, orientado a la formulación, implementación, ejecución y evaluación de la política pública.

El Ministerio de Salud promueve la suscripción de convenios de cooperación interinstitucional entre las entidades de la administración pública y entidades privadas para establecer acciones de coordinación y articulación sectorial tendientes al cumplimiento de la Ley.

Articulo 11.- De la Incorporación de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

En el marco del Aseguramiento Universal en Salud, incorpórese al listado priorizado de condiciones asegurables del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Artículo 12.- De la corresponsabilidad del Estado frente a la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

El Ministerio de Salud como ente rector, articula la implementación de la norma con los Gobiernos Regionales, en el marco de las funciones en materia de salud de dichas entidades, para formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.

Asimismo, el Ministerio de Salud articula dicha implementación con los gobiernos locales, provinciales y distritales, para gestionar la atención primaria de la salud, y de acuerdo a sus competencias, desarrollar las intervenciones de promoción de estilos de vida saludable, detección precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias; así como con sus familiares directos, cuidadores y Cuidadores Domiciliarios de Salud.

V. Alarcón

Artículo 13.- De la Participación Ciudadana

El Ministerio de Salud promueve la participación ciudadana a fin de generar concientización pública, y a través de diversas estrategias, comunicacionales y sociales, difunde, educa y crea conciencia sobre la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en la comunidad.

Artículo 14.- De la cooperación internacional

14.1 El Ministerio de Salud, dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Endeudamiento Público, Decreto Legislativo N° 1437, en coordinación con los gobiernos regionales y locales, de las localidades donde existan estudios epidemiológicos que sustenten una mayor población de adultos mayores y donde predominen los diagnósticos de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, promueve y gestiona la cooperación internacional, priorizando la transferencia e intercambio de recursos, bienes, servicios,

conocimientos científicos y tecnológicos y buenas prácticas, que posibiliten el desarrollo de proyectos estratégicos.

14.2 El Ministerio de Salud, dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Endeudamiento Público, Decreto Legislativo N° 1437, a través de la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional, coordina con organismos internacionales acciones y proyectos que promuevan el bienestar de las personas con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, y gestiona el intercambio de experiencias exitosas con diferentes países.

14.3 El Ministerio de Salud gestiona la implementación del Observatorio para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias con apoyo internacional.

CAPÍTULO VII

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS

Artículo 15.- Infracciones administrativas

15.1 Se constituyen en sujetos infractores las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) frente al incumplimiento de sus obligaciones establecidas en la norma.

15.2 Constituyen infracciones administrativas leves aplicables a las IAFAS, las siguientes:

V. Alarcón

a) No poner a disposición de las Entidades Empleadoras o de los asegurados, por los medios adecuados, la información idónea y suficiente sobre el detalle de la cobertura, red prestacional, procedimiento para la atención de reclamos u otra información relevante, de conformidad a la normativa vigente, respecto de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

b) Ofertar o brindar atenciones de salud a las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias a través de IPRESS que no cuentan con registro en SUSALUD.

c) No informar oportunamente a la población afiliada, por los medios pertinentes, la interrupción del servicio que se brinda en alguna de sus instalaciones, sucursales o en las IPRESS que integran su red prestacional, afectando la atención de un asegurado por Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

d) No brindar información actualizada a las IPRESS con las que mantiene vínculo, para acreditar la afiliación o cobertura o condiciones para la atención de salud de sus asegurados o beneficiarios por Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

e) No contar con una Plataforma de Atención al Asegurado para la atención de reclamos, consultas y/o sugerencias, de acuerdo a la normatividad vigente sobre la Enfermedad del Alzheimer y Otras Demencias.

15.3 Constituyen infracciones administrativas graves aplicables a las IAFAS, las siguientes:

a) No brindar cobertura oportuna a la población afiliada o sus beneficiarios, de acuerdo a las condiciones pactadas y la normatividad vigente, de aquellas personas que padecen de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

b) No brindar la continuidad de cobertura de preexistencias a quienes tienen el legítimo derecho, de conformidad a la normativa vigente.

c) Exhibir o difundir imágenes del asegurado o de su información relacionada a su enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en contravención de la normativa vigente, salvo la requerida por SUSALUD.

d) No cumplir con las obligaciones estipuladas en el contrato o convenio suscrito con las IPRESS o UGIPRESS, o con otra IAFAS, afectando o poniendo en riesgo el acceso a los servicios de salud, o la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones a las personas usuarias que padecen de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

15.4 Constituyen infracciones administrativas leves aplicables a las IPRESS, las siguientes:

a) Emitir prescripciones farmacológicas respecto de la Enfermedad del Alzheimer y Otras Demencias sin atender a la denominación común internacional.

b) Emitir prescripciones farmacológicas respecto de la Enfermedad del Alzheimer y Otras Demencias por profesionales de la salud fuera del ámbito de su especialidad.

c) No contar o no cumplir oportunamente con el procedimiento de derivación, referencia o contrarreferencia de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias para garantizar la continuidad de la atención.

d) Retener al paciente de alta o al cadáver por motivo de deuda por parte de la IPRESS.

15.5 Constituyen infracciones administrativas graves aplicables a las IPRESS, las siguientes:

a) Postergar injustificadamente el acceso de las personas usuarias que padecen la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad o la generación de secuelas o complicaciones o poniendo en grave riesgo su vida.

b) Entregar al paciente que padece la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias productos farmacéuticos o dispositivos médicos vencidos o deteriorados o falsificados o sin registro sanitario.

V. Alarcón

15.6 Constituyen infracciones administrativas muy graves aplicables a las IPRESS, las siguientes:

a) Negar o condicionar la atención de salud de la persona usuaria que padece la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en situación de emergencia.

b) No brindar atención oportuna en situaciones de emergencia a las personas afectadas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, incluyendo en la atención a los productos farmacéuticos y/o dispositivos médicos críticos, de acuerdo a su nivel de Resolución.

c) Entregar un paciente de cualquier edad que padece de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, que no es capaz de tomar decisiones por sí mismo, a personas no autorizadas.

d) Muerte o lesión grave de un paciente que padece de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, asociada con errores en la medicación (fármaco equivocado, dosis equivocada, paciente equivocado, tiempo equivocado, frecuencia equivocada, preparación equivocada o vía de administración equivocada).

15.7 Constituyen infracciones administrativas leves aplicables a las UGIPRESS las siguientes:

a) Contratar con IPRESS que no cuentan con Registro en SUSALUD.

b) Ofertar u otorgar prestaciones de salud a través de IPRESS a las personas usuarias que padecen la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, sin mediar contrato o convenio alguno, salvo atenciones en casos de emergencia.

c) No cumplir con las obligaciones estipuladas en el contrato o convenio suscrito con las IAFAS o IPRESS afectando o poniendo en riesgo el acceso a los servicios de salud, o la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones a las personas usuarias que padecen de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

15.8 Constituyen infracciones administrativas graves aplicables a las UGIPRESS las siguientes:

a) Proporcionar a SUSALUD información falsa o adulterada.

b) No cumplir con las medidas correctivas dispuestas por SUSALUD.

15.9 Constituyen infracciones administrativas muy graves aplicables a las UGIPRESS las siguientes:

a) Resistir, obstruir, impedir u obstaculizar de cualquier forma la realización y/o desarrollo de la diligencia de supervisión, vigilancia, o investigación de quejas o denuncias de las personas usuarias que padecen de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. En el caso de visitas inopinadas se admite una demora razonable de hasta un (1) día hábil, cuando se sustente en causas de fuerza mayor.

b) Disponer de los recursos transferidos por las IAFAS de forma distinta a lo establecido en el contrato o convenio suscrito o a lo dispuesto normativamente.

15.10 La aplicación de las sanciones a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), frente a las infracciones establecidas se determinan de acuerdo a la gravedad de las mismas, en concordancia con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA.

15.11 En todo lo no contemplado en el presente Reglamento se aplican supletoriamente las disposiciones del procedimiento administrativo sancionador regulado en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

CAPÍTULO VIII

FACILIDADES EN MATERIA LABORAL PARA FAMILIARES DIRECTOS Y CUIDADORES A CARGO DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Artículo 16.- Permiso remunerado

16.1 El permiso remunerado regulado en el literal d) del artículo 8 de la Ley es otorgado hasta por una jornada laboral al año. Para tal efecto, la jornada laboral es aquella que corresponde al trabajador que solicita el permiso.

16.2 El permiso remunerado puede gozarse por horas, no necesariamente continuas, siempre que no supere el equivalente a una jornada laboral del trabajador dentro del año calendario respectivo.

16.3 Para el goce del permiso remunerado, el trabajador debe presentar a su empleador con una anticipación mínima de 72 horas al día que pedirá permiso, lo siguiente:

a) Una comunicación escrita por medio físico o correo electrónico dirigida al empleador solicitando el otorgamiento del permiso remunerado e indicando la fecha, cantidad de horas requeridas y los hechos que lo motivan.
b) En el caso de familiar directo, la documentación que acredita su vínculo con el paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
c) En el caso del cuidador, la designación vía notarial, certificado médico, informe médico, constancia policial o certificado domiciliario respectivo.

Artículo 17.- Facilidades laborales extraordinarias

17.1 Entre las facilidades laborales extraordinarias, reguladas en el literal b) del artículo 8 de la Ley, se consideran las siguientes:

a) Ajustes en la jornada, horario y/o turnos de trabajo.
b) Cambio de la modalidad presencial de trabajo a la de teletrabajo, total o parcial.
c) Permisos remunerados adicionales a la jomada de permiso prevista en el literal d) del artículo 8 de la Ley; y/o permisos sujetos a compensación o descuento.
d) Licencias con goce o sin goce de haber; o licencia a cuenta del periodo vacacional u otorgamiento de adelanto de vacaciones, en el marco de las normas aplicables al régimen laboral del respectivo trabajador.
e) Otras facilidades que se otorguen de común acuerdo con el empleador.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

17.2 Los trabajadores tienen derecho a solicitar facilidades laborales extraordinarias, quedando sujeto el otorgamiento de las mismas a la autorización del empleador.

17.3 Las reglas para la solicitud y otorgamiento de las facilidades laborales extraordinarias son establecidas por cada empleador, observando las normas generales que sean de aplicación según la materia.

Artículo 18.- Concurrencia de más de un familiar directo y/o cuidador

En caso de concurrencia de más de un familiar directo y/o cuidador respecto a un mismo paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, cada uno de ellos tendrá el derecho a solicitar el permiso remunerado y/o las facilidades laborales extraordinarias, incluso cuando concurran en un mismo centro de trabajo, no siendo excluyentes sus derechos.

Artículo 19.- Facultad de fiscalización

Los empleadores del sector público y privado tienen la facultad de fiscalizar el uso debido del permiso remunerado y las facilidades laborales extraordinarias previstas en la Ley y el presente Reglamento, para lo cual los trabajadores deben prestar la debida colaboración.

De acuerdo con las circunstancias de cada caso concreto, el uso del permiso remunerado y las facilidades laborales extraordinarias para fines distintos a los previstos en la Ley y el presente Reglamento puede ser calificado como una falta disciplinaria, aplicándose las consecuencias previstas para cada régimen laboral.

Artículo 20.- Beneficio más favorable
En caso existan o se establezcan beneficios similares por decisión del empleador, convenio colectivo o cualquier otra fuente, es aplicable el que resulte más favorable para el trabajador.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- Normas complementarias
El Ministerio de Salud, a través de Resolución Ministerial, aprueba las normas complementarias que sean necesarias y pertinentes para la aplicación de lo dispuesto en el presente Reglamento.

Segunda.- Monitoreo, Supervisión y Evaluación
El Ministerio de Salud, en un plazo de noventa (90) días hábiles, elabora los Lineamientos para el monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de lo establecido en la Ley y el presente Reglamento.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

Tercera.- Inclusión en el PEAS
El Ministerio de Salud incluye en un plazo de ciento ochenta (180) días hábiles en el listado de condiciones asegurables del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud a la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Cuarta.- Creación de la Prestación de Cuidado Domiciliario
Créase la prestación de salud de Cuidado Domiciliario de salud de personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, la misma que será considerada como una prestación de salud de seguimiento a la persona con diagnóstico de Alzheimer y otras Demencias y es financiada por la IAFAS que corresponda.

Quinta.- Elaboración de Documento Normativo para la Capacitación de Familiares Directos y Cuidadores

El Ministerio de Salud en un plazo no mayor de noventa (90) días hábiles, elabora el documento normativo para la capacitación de familiares directos y cuidadores de personas afectadas

Sexta.- Lineamientos de atención integral para las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias
El Ministerio de Salud, en un plazo de noventa (90) días hábiles, elabora los Lineamientos de atención integral para las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Sétima.- Registro Nacional de Personas que Padecen Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias
El Ministerio de Salud, en un plazo de ciento veinte (120) días hábiles, implementa un aplicativo informático que contenga el Registro Nacional de Personas que Padecen

Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 6 del presente Reglamento.

Octava.- Plan Nacional para la Prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
El Ministerio de Salud, en un plazo de ciento ochenta (180) días hábiles elabora el Plan Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Novena.- Observatorio para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias
El Ministerio de Salud en un plazo de ciento veinte (120) días hábiles gestiona la creación e implementación del Observatorio para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

AYUDA MEMORIA

REGLAMENTO DE LA LEY N° 30795, LEY PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

- **El proyecto ya obtuvo el acuerdo consensuado de todos los sectores en el CCV, por lo que está listo para su aprobación**.

- Requiere el refrendo de los siguientes sectores: MINSA, TRABAJO, DEFENSA, INTERIOR y EDUCACIÓN.

- **Objeto del proyecto de Reglamento:** Tiene por objeto establecer disposiciones técnicas y normativas para la implementación de la Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

- **Principales disposiciones:**

1. Desarrolla aspectos de protección de la salud y el acceso universal al tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, puntualizando actividades vinculadas a la prevención, atención, rehabilitación e investigación; así como la participación de la familia y la comunidad, orientada a la información, capacitación y participación sobre el cuidado que requiere la persona afectada por la Enfermedad de Alzheimer u Otras Demencias.

2. Se establece que las personas que al momento del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias no cuenten con afiliación a un plan de aseguramiento en salud, tienen derecho a ser atendidas, de forma inmediata y efectiva, en una IPRESS pública a cargo del Ministerio de Salud, hasta que se defina su afiliación a una IAFAS.

3. Refiere la responsabilidad del Estado reconociendo el derecho integral de todas las personas que padecen de la Enfermedad de Alzheimer u Otras Demencias, para lo cual articula esfuerzos multisectoriales y de los diferentes niveles de gobierno para el logro de su objetivo a través de la coordinación sectorial, la participación ciudadana y la cooperación internacional para la sostenibilidad de las políticas públicas en materia de Alzheimer y Otras Demencias.

4. Se incorpora al Listado priorizado de condiciones asegurables del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

5. Dispone la formación y capacitación de los profesionales de la salud, del personal de la salud, de la familia y comunidad en general, para la sensibilización, reconocimiento temprano y el adecuado manejo y atención de las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

6. Establece las infracciones en las que pueden incurrir las instancias involucradas en el servicio que brinda a las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

7. La innovación propuesta en la norma es la figura de los "Cuidadores Domiciliarios de Salud", con la finalidad de coadyuvar en el cuidado y atención de la persona con Alzheimer, a fin de reducir los costos sanitarios y los costos sociales que representa la enfermedad, como pueden ser entre otros: la pérdida de productividad laboral del cuidador familiar; los costos afines a la atención médica del familiar cuidador; los costos relacionados a los servicios de hospitalización y asilos para ancianos; los costos de bolsillo en la familia para complicaciones no coberturadas.

8. Se reconoce, para familiares directos y cuidadores a cargo de la atención de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, el permiso remunerado hasta por una jornada laboral por año, así como facilidades laborales extraordinarias como: ajustes en la jornada, horarios y/o turnos, cambio de modalidad presencial a teletrabajo, permisos remunerados, licencias con goce de o sin goce de haber.

****

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

REGLAMENTO DE LA LEY N° 30795, LEY PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

I. JUSTIFICACIÓN TÉCNICO LEGAL

1.1 Sustento técnico

Según la X Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud – OMS, en el capítulo de los Trastornos Mentales Orgánicos incluidos los trastornos sintomáticos, la demencia se encuentra considerada como parte de los trastornos mentales y del comportamiento, siendo un síndrome generalmente crónico y progresivo que implica fundamentalmente un deterioro de la memoria, del pensamiento, del lenguaje, del control emocional y del comportamiento individual y social que interfieren en la vida cotidiana del enfermo, afectando principalmente a las personas mayores de sesenta (60) años y que genera en ellos una alta discapacidad y dependencia con un gran impacto físico, psicológico, social y económico en el propio paciente, su familia y la sociedad.

Existen diferentes tipos de demencia, entre los cuales, la demencia en la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente (60 a 70 % de todos los casos), siendo otras, la demencia vascular, la multi-infártica, la demencia en la enfermedad de Pick, la demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la demencia en la enfermedad de Huntington, la demencia en la enfermedad de Parkinson, entre otras. Sin embargo, los límites entre estos distintos tipos de demencias son difusos y frecuentemente coexisten en formas mixtas.

La ciencia médica reconoce que la demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

Se calcula que alrededor del 6.7% de la población general de sesenta (60) o más años presenta demencia en un determinado momento, por lo que, considerando las características epidemiológicas y socio económicas de nuestra población, con una esperanza de vida cada vez mayor y de escasos recursos económicos, se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada veinte (20) años.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

Según la OMS, el Alzheimer y otras demencias se encuentran dentro de las diez (10) primeras causas de años perdidos discapacidad (APD). Asimismo, a nivel mundial se ha descrito un proceso de transición demográfica por el cual la proporción de adultos mayores es cada vez mayor con respecto a los jóvenes, el Perú no es ajeno a este fenómeno, es así que, de acuerdo con el INEI, la población adulta mayor de sesenta (60) años comprende un 9.1% y se calcula que llegaría al 12% en el 2025. Aunado al envejecimiento poblacional, existe una proyección creciente de la esperanza de vida en nuestro país, por lo cual es necesario fortalecer estrategias dentro de este grupo poblacional, dentro de las que se incluyen acciones en salud mental, a través de la detección oportuna de patologías mentales, entre las que se encuentra la demencia.

Si bien la OMS especifica que no hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva, sí existen en cambio, intervenciones que pueden apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia, sus familiares, sus cuidadores y su comunidad, tales como: la identificación y actuación sobre los factores de riesgo modificables, diagnóstico precoz, optimización de la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar de los enfermos, la identificación y tratamiento de sus enfermedades físicas concomitantes, de sus síntomas psicológicos y conductuales, así como proporcionar información y apoyo a largo plazo a sus familias y sus cuidadores.

De otro lado, los factores de riesgo que se pueden modificar en la demencia, no han sido aún bien investigados; por lo que resulta importante identificarlos a través de investigaciones locales, a fin de poder controlarlos, tal como se viene haciendo con la diabetes, la obesidad, el tabaquismo, la hipertensión, las enfermedades vasculares, entre otras.

Además, existen herramientas para la identificación temprana de la demencia, por lo cual resulta imperativo que éstas se implementen en la población del primer nivel de atención a fin de una identificación temprana y toma de decisiones oportuna.

1.2 Sustento Constitucional y Legal

El artículo 7 de la Constitución Política del Perú dispone que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. Asimismo, el artículo 9 contempla que el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, los accesos equitativos a los servicios de salud.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, aprobada mediante Resolución Legislativa N° 29127 y ratificada mediante Decreto Supremo N° 073-2007-RE, es un instrumento internacional de derechos humanos, que obliga_ a los Estados Parte a adoptar las medidas legislativas o administrativas que conlleven a garantizar los derechos contenidos en la Convención, que permitan la inclusión plena y efectiva de las personas con discapacidad en el contexto social, económico, cultural y político del país.

El artículo 25 del mencionado instrumento legal internacional, dispone que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivo de discapacidad. Lo señalado es concordante con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, que ha previsto que: "*La persona con discapacidad tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación. (...)*"; y, con el artículo 25 del Reglamento de la precitada Ley, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, que establece que el Ministerio de Salud diseña, norma, evalúa y mejora continuamente el proceso de protección, recuperación, habilitación y rehabilitación de la salud de las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad y accesibilidad.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

El numeral 1 del artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobado por el Decreto Ley N° 22231, dispone que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud. En ese mismo sentido, el numeral V del Título Preliminar de dicha Ley, modificado por la Quinta Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N°

29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, dispone que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social.

En ese contexto, la promulgación de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA, constituyen los instrumentos más trascendentes en materia de salud mental en nuestro país, por cuanto apuntan como propósito fundamental a favorecer la oferta de servicios del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, reestructurar la atención psiquiátrica ligándola a la atención primaria de salud, primordialmente en los primeros niveles de atención, regular la atención a las personas con trastornos mentales en el marco de sus derechos humanos entre ellos su internamiento permitiendo la implementación de normas técnicas que ofrezcan garantías a las personas que requieren este tipo de tratamiento, así como su debida vigilancia, y establecer responsabilidades en los roles de la familia, la sociedad civil, los gobiernos locales y regionales con la finalidad de mejorar la salud mental de la población, afianzando con ello la rectoría del Ministerio de Salud.

La precitada Ley incorpora nuevas estructuras a la clasificación de establecimientos de salud de la red de servicios de salud existentes en el país establecidos en los artículos 45, 52 y 85 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, estructuras que han sido desarrolladas como es de verse de su Reglamento, las que constituyen en conjunto la red de atención comunitaria de salud mental, como parte integrante de la red de atención de salud y tienen como finalidad vincular directamente los servicios de atención médica con la comunidad a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado con servicios de salud mental, centros de salud mental comunitarios, que funcionan directamente en ella; las unidades de hospitalización y las unidades de hospitales de día de salud mental y adicciones de los hospitales generales, así como los servicios médicos de apoyo (hogares protegidos, residencias protegidas y centros de rehabilitación psicosocial), teniendo como beneficio el centrar la atención en la propia comunidad con su directa participación colectiva y de las familias de los pacientes y no en los hospitales especializados en psiquiatría que terminan institucionalizando a los pacientes, alejándolos de sus familias y de su entorno social.

En ese orden de ideas, tenemos que el Seguro Social de Salud – EsSalud ha identificado en el Estudio de carga de Enfermedad del año 2014 a las enfermedades neuropsiquiátricas, como el tercer grupo de daños que causa mayor carga de enfermedad por años discapacidad (AVAD) por lo que viene formulando las líneas de acción en el Plan de Salud Mental para la institución al 2021, considerando las características de la población asegurada que se constituye en su gran mayoría de población adulta y adulta mayor, la cual requiere una especial atención a través de acciones concretas en salud mental.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

Es así que, en el marco de las normas antes glosadas, se aprueba la Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, que en su artículo 4 establece que el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, y en coordinación con los sectores que lo conforman, desarrolla políticas de prevención de las enfermedades señaladas en la ley a través de estrategias intersectoriales que privilegien el envejecimiento activo, focalizando la atención en la educación a la comunidad y a los profesionales desde los colegios y universidades.

De otro lado, la Primera Disposición Complementaria Final de la precitada Ley establece que el Poder Ejecutivo reglamenta la misma.

Teniendo en cuenta el mandato conferido en la Ley acotada, el Ministerio de Salud, como organismo rector del Sector Salud, de acuerdo a lo señalado en el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, ha elaborado el Reglamento de la Ley N° 30795, que tiene por objeto establecer disposiciones técnicas y normativas para la implementación de la Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, en adelante la Ley.

Cabe precisar que el Reglamento es de aplicación para todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como Instituciones que intervienen en la investigación, prevención, evaluación, diagnóstico y atención integral de salud de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

1.3 Ministerio de Salud como organismo rector

Es importante recalcar en este punto que el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva. Siendo ello así, el Ministerio de Salud, en su rol rector, faculta la participación de las instituciones públicas y privadas en la difusión de la promoción de estilos de vida saludable, así como las actividades vinculadas a la prevención, atención y rehabilitación del paciente con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, dada la importancia de la sensibilización e información sobre las necesidades que pueden y deben ser atendidas por los familiares y comunidad en general.

1.4 Propuesta de Reglamento

El Capítulo I desarrolla el objetivo, el ámbito de aplicación y las definiciones pertinentes, puntualizando que la norma tiene por objeto establecer disposiciones técnicas y normativas para la implementación de la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

El Capítulo II desarrolla la protección de la salud y el acceso universal al tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, puntualizando actividades vinculadas a la prevención, atención, rehabilitación e investigación.

Establece de igual forma la creación del Registro Nacional de Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, con la finalidad de tomar decisiones para afrontar las diferentes necesidades que requieren ser atendidas tanto en la persona que presenta esta enfermedad como de sus familiares y/o personal de cuidado domiciliario de salud.

El Capítulo III desarrolla la participación de la familia y la comunidad, orientada a la información, capacitación y participación sobre el cuidado que requiere la persona afectada por la Enfermedad de Alzheimer u Otras Demencias.

El Capítulo IV desarrolla la responsabilidad del Estado frente a la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, reconociendo el derecho integral de todas las personas a la salud, y en especial el de las personas que padecen de la Enfermedad de Alzheimer u Otras Demencias, para lo cual articula esfuerzos multisectoriales y de los diferentes niveles de gobierno para el logro de su objetivo.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

El Capítulo V desarrolla la formación y capacitación de los profesionales de la salud, del personal de la salud, de familia y comunidad en general, para la sensibilización y reconocimiento temprano y el adecuado manejo y atención de las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

El Capítulo VI desarrolla la coordinación sectorial, la participación ciudadana y la cooperación internacional para la sostenibilidad de las políticas públicas en materia de Alzheimer y Otras Demencias.

El Capítulo VII establece como sujetos infractores a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) y desarrolla la aplicación de las sanciones frente a las infracciones establecidas que se determinan de acuerdo a la gravedad de las mismas, en concordancia con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA.

El Capítulo VIII desarrolla el aspecto referido a las facilidades en materia laboral para familiares directos y cuidadores a cargo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, puntualizando aspectos relacionados con el permiso remunerado, las facilidades laborales extraordinarias en favor de los familiares directos y cuidadores a cargo del paciente con Alzheimer y Otras Demencias, determinándose de la misma manera la facultad de fiscalización por parte de los empleadores respecto al uso debido de los permisos remunerados otorgados al trabajador.

Las Disposiciones Complementarias Finales están orientadas a la emisión de normas que complementen la aplicación del presente reglamento, así como el monitoreo, evaluación y supervisión de la misma.

Por otro lado, con relación a las infracciones administrativas, la Ley establece que constituyen infracciones administrativas el incumplimiento de las obligaciones contenidas en la misma, precisando que el reglamento de la Ley contiene la tipificación de la infracción y la aplicación de las sanciones previstas en el Capítulo II del Título VI de la Ley 26842, Ley General de Salud.

V. Alarcón

En este contexto, la Ley General de Salud dispone que, sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar, las infracciones a las disposiciones contenidas en dicha ley y su reglamento, serán pasibles a una o más de las siguientes sanciones administrativas:

a) Amonestación;
b) Multa;
c) Cierre temporal o clausura del establecimiento; y,
d) Suspensión o cancelación de la habilitación sanitaria o de la autorización sanitaria de importación, según corresponda."

Para imponer una sanción, la Autoridad correspondiente debe tener en cuenta los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas, la gravedad de la infracción; y, la condición de reincidencia o reiteración del infractor.

Asimismo, el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA, establece que la Infracción es toda acción u omisión que afecta: el derecho a la vida, la salud, la información de

las personas usuarias de los servicios de salud y la cobertura prestacional o financiera de su aseguramiento, y los estándares de acceso, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas.

De esta manera, clasifica las infracciones en leves, graves y muy graves, sin embargo, en razón a la naturaleza de la infracción también dispone que se podrá aplicar las medidas de carácter provisional y correctivas, dando así a las instancias infractoras la oportunidad de reconocer y resarcir la infracción cometida, considerando que las medidas que se adopten deben ajustarse a la intensidad, proporcionalidad, razonabilidad y necesidades de los objetivos que se pretende garantizar en cada caso concreto.

En tal sentido, corresponde señalar que el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, establece las normas procedimentales específicas, la tipología de infracciones y los criterios para la determinación de las sanciones aplicables a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas, privadas y mixtas, en el marco de la potestad sancionadora otorgada a la Superintendencia Nacional de Salud, aplicables a las infracciones dispuestas en el presente reglamento.

1.5 Cuidadores Domiciliarios de Salud de las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

La innovación propuesta en la norma respecto a los Cuidadores Domiciliarios de Salud, busca coadyuvar en la solución del problema referido a la falta de cuidado exclusivo y especializado de la persona con Alzheimer y Otras Demencias.

Uno de los problemas identificados respecto al Alzheimer y Otras Demencias es el costo de la enfermedad y de los cuidados integrales en el ámbito hospitalario que requiere toda persona con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, la misma que se expresa en términos de costos sanitarios y costos sociales.

Costos Sanitarios	Costos Sociales
• Servicios de consulta externa • Servicios de hospitalización • Servicios de emergencia • Servicios de cuidados intermedios e intensivos • Servicios de exámenes de apoyo al diagnóstico • Productos farmacológicos	• Costos por trabajo no remunerado de familiar cuidador, quien generalmente es una mujer de la familia. • Costos de productividad del propio paciente, quien con actividades de prevención y promoción puede seguir una vida autónoma. • Costos de traslado de paciente para la atención. • Costos del tiempo de la familia durante la atención sanitaria. • Deterioro de la calidad de vida de los pacientes

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

La innovación propuesta en este reglamento, está respaldada por la evidencia científica, la misma que señala que para el manejo del paciente con Alzheimer y otras demencias se dispone de dos alternativas de solución:

1. Adjudicación de un cuidador(a) en domicilio por parte del proveedor de servicios para los cuidados integrales y apoyo a los familiares de la persona con Alzheimer y otras Demencias.

2. Cuidados usuales en los servicios ambulatorios y hospitalarios.

Estas alternativas fueron comparadas y se evidenció que

1. El trabajo de un cuidador domiciliario de salud en el cuidado integral de la persona con Alzheimer y otras demencias, es fundamental para prevenir el deterioro progresivo propio de estas enfermedades, y sobre todo en las etapas más severas, permitiendo la reducción de costos afines, como tratamientos ambulatorios y hospitalarios, los cuales aumentan con la severidad del cuadro.

2. Una revisión sistemática exploró los efectos de las intervenciones de cuidado en el domicilio para el bienestar de los familiares cuidadores y la sintomatología y tasas de institucionalización de las personas con demencia cuidadas. Se encontró que diversas intervenciones domiciliarias, como psicoeducativas, de alivio, de apoyo, psicoterapéuticas y multimodales, así como el asesoramiento y la gestión de casos y cuidados para los miembros de la familia, tienen efectos significativos en parámetros como la sobrecarga familiar, el nivel de depresión, el bienestar subjetivo, habilidades / conocimientos, así como los síntomas y la institucionalización de la persona que necesita atención.[1]

3. En otra revisión sistemática se exploró el efecto de las intervenciones de cuidados de relevo (respite care: cuidados brindados de manera integral en modalidad de hospital de día, estancias transicionales o cuidados domiciliarios) en la sobrecarga de los familiares y los síntomas conductuales en personas con demencia. Los servicios de cuidado diurno fueron efectivos para disminuir la carga de los cuidadores y los problemas de comportamiento en personas con demencia, pero también aceleraron el tiempo de ingreso al hogar de ancianos. Los resultados de la admisión residencial temporal son bastante variados y muestran efectos adversos inesperados tanto para los cuidadores como para los receptores de atención. Son necesarias más evidencias comparativas de la calidad sobre el cuidado de relevo basado en la comunidad, aunque pruebas previas cualitativas indicaron resultados prometedores.[2]

4. Una revisión sistemática de 14 evaluaciones económicas totales y parciales sobre intervenciones domiciliarias para personas con demencia encontró que la terapia ocupacional, los ejercicios en casa y las estrategias de coping con los familiares, intervenciones que usaron modificadores ambientales, manejo conductual, actividad física,

MINISTERIO DE SALUD DG
V. Alarcón

[1] (Revisión Sistemática)
Mantovan F, Ausserhofer D, Huber M, Schulc E, Them C. Interventions and their effects on informal caregivers of people with dementia: a systematic literature review. Pflege. 2010 Aug;23(4):223–39.

[2] (Revisión Sistemática)
Vandepitte S, Van Den Noortgate N, Putman K, et al. Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(12):1277–88.

y soporte emocional como componentes activos, fueron intervenciones costo efectivas. Cinco estudios expresaron índices de costo-efectividad incrementados como costo por año de vida ajustado por calidad (£ 6,696 - £ 207,942 por año de vida ajustado por calidad).[3]

Las evidencias anteriormente descritas, favorecen las intervenciones domiciliarias y de soporte al familiar, constituyen estudios de alto nivel (revisiones sistemáticas) en los que las intervenciones mencionadas fueron comparadas con la aplicación de las intervenciones ambulatorias y hospitalarias usuales (usual care) para los objetivos descritos (sintomatología conductual, tasas de hospitalización, calidad de vida del usuario con demencia y de los familiares, costo-efectividad).

A modo de resumen, se puede señalar que la innovación propuesta es la alternativa más costo efectiva para este tipo de enfermedades.

Beneficios en el paciente con Alzheimer y otras demencias
- Menor sintomatología cognoscitiva - Menor sintomatología depresiva - Menores complicaciones médicas - Menor institucionalización - Menores tasas de polifarmacia
Beneficios en el familiar cuidador
- Menor sobrecarga y estrés familiar* - Menores niveles de depresión en el familiar* - Mejora en el bienestar subjetivo* - Mejora en las habilidades y conocimientos para el cuidado
Beneficios para el sistema de salud
- Menores tasas de hospitalización - Menor necesidad de atenciones ambulatorias - Menores costos en el cuidado de la salud de las personas con Alzheimer
* vinculados con costos adicionales evitados (ver tabla siguiente)

MINISTERIO DE SALUD DG
V. Alarcón

Del mismo modo, podemos expresar que los costos evitados serían los siguientes:

- Pérdidas de productividad laboral del cuidador familiar
- Costos afines a la atención médica del familiar cuidador
- Costos relacionados a los servicios de hospitalización y asilos para ancianos
- Costos de bolsillo en la familia para complicaciones no coberturadas

Dadas las evidencias científicas disponibles, que figuran en el análisis de las alternativas de solución, queda sustentada la necesidad de la incorporación de estrategias de cuidado domiciliario en salud para la persona con Alzheimer y otras demencias, particularmente en

[3] (Revisión Sistemática)
Clarkson P, Davies L, Jasper R, et al, Home Support in Dementia (HoSt-D) Programme Management Group. A Systematic Review of the Economic Evidence for Home Support Interventions in Dementia. Value Health. 2017;20(8):1198–209.

casos de mayor severidad, con fines de mejora de la sintomatología conductual, tasas de hospitalización, bienestar del cuidador, costo efectividad, entre otros indicadores. Si bien es cierto puede haber incrementos transitorios en los costos de la enfermedad al implementar modificaciones a los sistemas de atención en salud, las intervenciones costo efectivas ulteriormente, los sopesan en los efectos que generan: menos hospitalizaciones, menos descompensaciones, menos necesidad de cuidados ambulatorios y hospitalarios en general.

Para el sustento de esta medida es importante también recalcar que los enfoques y características del modelo comunitario de atención en salud mental que se desarrolla en nuestro país a través del proceso de reforma, contempla la necesidad de realizar atenciones territorializadas en el entorno de los usuario, y que se desarrollen sobre el individuo, familia y comunidad; esto sobre la base de derechos humanos en la que se sostiene el modelo, que considera a la salud mental de una población un derecho fundamental y un capital social para el desarrollo humano y su sostenimiento (Ley 29889).

Por lo tanto, teniendo en cuenta el análisis descrito, la asignación de cuidadores domiciliarios en salud para el cuidado integral de la salud y apoyo a los familiares de la persona con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, sobre todo en el caso de personas con mayor severidad del cuadro, tiene sustento técnico basado en la evidencia y económico de costo efectividad para su implementación.

II. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Los estudios de carga de enfermedad se han convertido en una fuente valiosa de información para determinar prioridades, evaluar el impacto de los factores de riesgo y de las intervenciones en salud pública. Estos estudios han generado las evidencias necesarias para la formulación y sustento técnico de varias iniciativas de reforma del sector salud en nuestra región y en el mundo. Los marcos conceptual y metodológico de estos estudios han sido desarrollados bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial.

Es importante destacar que midiendo el nivel de discapacidad que producen las enfermedades y lesiones se modifica el concepto tradicional de salud vinculado a la "no enfermedad", al enfocar la medición en las consecuencias de las enfermedades y lesiones que afectan las funciones físicas, sociales y mentales, se introduce el concepto de bienestar en los criterios para definir prioridades de salud.

MINISTERIO DE SALUD DG
V. Alarcón

A nivel internacional, a fines de la década de los 90 se iniciaron estudios que evaluaban la repercusión de muertes y enfermedades incapacitantes en las sociedades. Para ello, se consideró el criterio denominado la esperanza de vida, de acuerdo a cada país, basado en estudios estadísticos y otros, considerándose años de vida saludables perdidos cuando la persona no logra desempeñarse en forma esperada estadísticamente para su edad.

En nuestro medio, en los estudios realizados por el Ministerio de Salud en el 2004 y 2008, la esperanza se estimó en 72 años como promedio, de tal forma que si la persona muere antes podríamos considerarlo como años de vida sanos perdidos por muerte prematura, y se hacen las estimaciones de acuerdo si muere de niño o de adulto.

Si la persona no logra asumir alguna responsabilidad estadísticamente probable en su medio, es decir, por alguna enfermedad no logra cumplir alguna actividad laboral, se considera que nos encontramos frente a años de vida perdidos por discapacidad. La suma de los años de vida

perdidos por muerte prematura, más los años de vida perdidos por discapacidad conforman los años de vida sana perdidos.

De esta forma, aparecen estudios que permiten cuantificar las pérdidas, entre ellas las económicas. No obstante, en nuestro país aún nos encontramos en la elaboración de estándares de evaluación propios; y, al igual que en el resto del mundo las enfermedades neuropsiquiátricas aparecen como las principales causas de años de vida saludables perdidos, con una mayor carga en años de vida perdidos por discapacidad.

Las demencias tienen importantes repercusiones sociales y económicas en costos médicos y sociales. La OMS ha considerado a nivel mundial un costo social total de 604,000 millones de dólares para el año 2010, equivalente al 1% del Producto Bruto Interno (0.24% a los países de ingresos bajos y 1.24 % a los de ingresos altos), así como que el 57.7% de las personas que padecen estas enfermedades viven en países de bajos y medianos recursos, como el nuestro.

Asimismo, es conocido que las demencias afectan intensamente, no solo a las personas que las padecen, sino también a sus familias, sus cuidadores y su comunidad, ocasionando una impresionable cadena de eventos en sus vidas cotidianas que repercuten en aspectos sociales y financieros a todo nivel. Teniendo en consideración que la enfermedad del Alzheimer es una enfermedad que genera discapacidad, generando problemas de salud inmediatos, (como escaras, infecciones en general, traumatismos), que conlleva al internamiento o atención hospitalaria de la persona afectada con mayor frecuencia, situación que genera mayores costos de salud (atención médica, hospitalaria, cuidados intensivos), costos sociales (horas de trabajo perdidos de los familiares); por ello la intervención del cuidador, si bien repercute sobre el costo de los planes de aseguramiento, dada la naturaleza del servicio brindado por el cuidador que contribuye a brindar un servicio de atención especializado del paciente, que mejora la calidad de vida del paciente y la productividad de los familiares, resulta constituyendo un costo inferior a todo el gasto que implicaría para el Estado y la Familia la intervención en el tratamiento, la recuperación y rehabilitación de un paciente con Alzheimer no tratado oportunamente o cuidado diligentemente, por tanto el servicio del cuidador es un aspecto costo efectivo favorable en todo sentido.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

Asimismo, lo señalado esta relacionados con aspectos de atención y cuidados personales, nutricionales, médicos, laborales, de soporte y otros del paciente con demencia, sus familiares y cuidadores, repercutiendo directamente en el funcionamiento social de una comunidad, siendo que, los familiares y cuidadores sufren mucho estrés, al extremo que en algún momento necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes. En este sentido, existen manifestaciones clínicas comprendidas en el Seguro Integral de Salud, por lo que, que desde el Estado y desde el sector privado deben acatarse las disposiciones del ente rector de salud, en beneficio de la salud de la comunidad.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), publicó un estudio (Colombo, F; Liena-Nozal, A, et. Al., 2011), donde se señala que "*el cuidado de las personas mayores dependientes, generan devastadoras repercusiones sociales, sanitarias y son un reto complicado para la economía y mercado laboral...*".

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública, de tal manera que en su informe "Dementia: a public health priority" publicado en el 2012, especifica entre sus metas más concretas, la de velar por que se intensifiquen los esfuerzos públicos y privados en pro de la mejora de la atención y el apoyo prestados a las personas con demencia y sus cuidadores, para lo cual, entre otros, la ha incluido entre las afecciones prioritarias del Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental (mhGAP), cuyo objetivo es mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Las personas que presentan demencia no sólo deben sufrir por las implicancias propias de su enfermedad, sino que también se les suele denegar libertades y derechos básicos de los que las personas en general disfrutan sin problema, dándose incluso el caso de recluirlos e inmovilizarlos físicamente en ambientes para adultos mayores, con personal sin ninguna capacitación ni entrenamiento para atenderlos, donde no reciben los cuidados que necesitan y merecen como seres humanos y son privados de su libertad y de tomar sus propias decisiones, aún con las limitaciones que su enfermedad les depara.

Por lo expuesto, el Reglamento de la Ley N° 30795 permitirá la implementación de intervenciones en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, así como la coordinación entre diferentes sectores e instituciones públicas y privadas, regionales y distritales, para que las personas con la Enfermedad de Alzheimer u Otras Demencias, sus familias y los Cuidadores Domiciliarios de Salud, cuenten con la protección de su salud, educación integral y reinserción familiar y social, basado en normas internacionales de atención y derechos humanos, a fin de garantizarles la máxima calidad de vida en beneficio de la comunidad y sociedad en aplicación a lo previsto en la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 033-2015-SA.

El impacto sobre la población objetivo implica que, actuando sobre los factores de riesgo modificables, se pueda incidir en la aparición de las demencias, disminuyéndolas y que, en todo caso a partir de un diagnóstico precoz, los pacientes con demencias, sus familiares y cuidadores puedan enfrentar con éxito las discapacidades propias de la misma y optimicen al máximo su nivel de funcionamiento para mejorar su calidad de vida en beneficio de la comunidad en la que viven.

En cuanto al ámbito privado no existe ninguna carga relacionada con la implementación de la propuesta, en razón de que, en el marco de la Ley de aseguramiento universal al ser incluida la enfermedad de Alzheimer como una condición asegurable en el PEAS, significaría que la IAFAS a la cual pertenece el paciente debe asumir el financiamiento de las prestaciones que están contempladas para dicha enfermedad.

En el marco de esta ley, el paciente puede estar asegurado en una IAFAS pública y/o privada. En relación al contrato que se tenga con las IAFAS privadas, ésta es una relación contractual entre la empresa aseguradora y el beneficiario, en concordancia con la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

Con relación a los costos que podrían originar la creación del Registro Nacional de Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, se debe señalar que no generaría ningún costo para la IPRESS puesto que la información se extraería de los documentos que serán reportados periódicamente por las IPRESS a la Oficina General de Tecnologías de la Información para la actualización del registro y en caso de las historias clínicas electrónicas a través de los sistemas de información que posea cada IPRESS bajo un sistema tecnológico, al amparo de la Ley de Protección de Datos Personales, Ley N° 29733 y modificatorias.

Al respecto cabe puntualizar que de acuerdo a los artículo 24 y 29 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), publicas privadas y mixtas, brindar los servicios que correspondan a su nivel resolutivo a los afiliados y derecho habientes, servicios que deben brindarse con calidad y oportunidad, siendo derechos del paciente el conocer la información sobre el padecimiento, diagnóstico, tratamiento y alternativas de curación, y estar comunicado, en todo momento, con sus familiares, de acuerdo a la naturaleza del servicio que recibe.

Asimismo, el artículo 15 del Reglamento de la N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias en los Servicios de Salud, dispone que son derechos del paciente, el recibir información sobre su propia enfermedad y a decidir su retiro voluntario de la IPRESS, a recibir del médico tratante en términos comprensibles, la información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias sobre las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se le prescriban y administren; tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta. En caso que la persona se niegue, voluntariamente, a recibir dicha información, el médico tratante dejará constancia del hecho en la historia clínica.

Por otro lado se reconoce el derechos de toda persona a decidir su retiro voluntario del servicio o de la IPRESS, por propia voluntad o la de su representante, para tal efecto, deberá expresar al médico tratante por escrito esta decisión, dejando constancia que la misma se ejerce voluntariamente, sin presión alguna y que ha sido informado de los riesgos que asume por tal decisión, consignándose en la historia clínica haber recibido la información, que será firmada por el paciente o su representante y el médico tratante, eximiendo de responsabilidad a este último y a la IPRESS.

En tal sentido, respecto de los costos de implementación del servicio de información para los familiares y cuidadores domiciliarios de salud, no implican ningún costo adicional para las IPRESS, puesto que se incluye la información como parte de los servicios que se brinda al paciente, en cumplimiento de la normativa vigente.

Finalmente, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud, el paciente puede estar asegurado en una IAFAS pública y/o privada. La inclusión de esta enfermedad en el PEAS implicará un reto para las IAFAS, puesto que, dada su naturaleza de captación de fondos y mancomunación del mismo, deberán procurar intervenciones para la prevención del Alzheimer y otras demencias en sus afiliados, mediante intervenciones de promoción y prevención, intervenciones que han demostrado ser costo efectivas con respecto a las de intervenciones de recuperación y rehabilitación de la salud.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

En el Perú, para el año 2018 se estima que la población de adultos de 60 años a más, es de 3,497,576 (proyección INEI 2018), si estimamos que aproximadamente el 6.7% presenta demencia en un determinado momento, resulta que es posible que anualmente se tenga 234,338 adultos mayores con algún tipo de demencia. De la población de adultos de 60 años a más, el 38.9% está afiliado al Seguro Integral de Salud, 34.4% al Seguro Social de Salud y 3.3% a seguros privados, 2.4% a la IAFAS de las Fuerzas Armadas y 21% no cuenta con algún seguro. Esto indica que son los seguros públicos los responsables de la mayor carga de financiamiento de estos pacientes (75% aproximadamente); correspondiendo a los seguros privados el financiamiento del 3.3% de los pacientes (2,308 aproximadamente). Desde este enfoque, el MINSA debe coberturar al 59.9% (SIS y población sin seguro) de las personas mayores de 60 años, lo que corresponde a 140,368 personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

En el Reglamento se señala que el Ministerio de Salud en un plazo de 180 días hábiles incorporará la enfermedad del Alzheimer y Otras Demencias en el PEAS. Una vez incorporado, se iniciará las intervenciones y prestaciones mínimas para la atención del paciente con Alzheimer, para lo cual sigue el procedimiento establecido en la normatividad vigente.

En el caso del Seguro Público Seguro Integral de Salud, según sus normas vigentes, el financiamiento que brindan por prestaciones de salud que se brindan a su población asegurada en las IPRESS MINSA y Gobiernos Regionales, está directamente relacionado con el costo variable de la prestación; es decir, gastos en medicamentos, insumos, entre otros. Siendo el caso que el manejo de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias requieren cuidados generales de su salud, desarrollo de habilidades mentales y sociales; así como el manejo de otras comorbilidades.

Las evidencias señalan que los pacientes con enfermedad severa (los que no tienen cuidados domiciliarios) sufren de otras enfermedades producto del limitado cuidado en su salud o el desarrollo de habilidades mentales y motrices, que hacen que requieran demandar servicios de salud de alta complejidad, tal es el caso de las fracturas múltiples por caídas. Si consideramos que un paciente tiene solo una fractura en el año (y solo esa enfermedad; situación que no es real), obtenemos que el gasto que se debe efectuar en promedio es de S/. 35,000,00 aproximadamente, esto según cálculo efectuado con costos de un Hospital público, siendo el costo total anual por la atención del total de pacientes con enfermedad severa de S/ 231,364,652.40.

En ese sentido, el hecho que se incluya a la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias como una condición asegurable PEAS, significaría a la larga un ahorro para el Seguro Público, tanto desde la perspectiva de tener a su población asegurada saludable, como por los gastos que ahorraría por priorizar financiamiento de prestaciones de prevención secundaria. Por el contrario, el no considerárselo a dicha Enfermedad como PEAS y no financiarse el servicio de cuidados domiciliarios en salud, sí significaría gastos para el Seguro Publico, tal como lo vienen efectuando a la fecha bajo otros diagnósticos como el de fractura en el adulto mayor.

La finalidad de la propuesta es mantener un enfoque prevención secundaria en este grupo de pacientes, de modo tal que se mantengan saludables en el periodo de vida según su esperanza de vida que le corresponda; ello tiene como consecuencia menor demanda de servicios hospitalarios de alto costo.

MINISTERIO DE SALUD DG V. Alarcón

Se ha efectuado el análisis de cuántas horas de cuidados domiciliarios en salud aproximadamente se requeriría para la implementación de esta propuesta, para ello, se ha identificado que durante el año 2017, según el Sistema HIS – MINSA se atendieron a 167 casos severos de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en las IPRESS a nivel nacional. Lo cual significa que para dichos pacientes se requeriría disponer de 289,441 horas de cuidados domiciliarios en salud para las cuales, los recursos humanos serían programados por cada Unidad Ejecutora de la DIRESA, GERESA o DIRIS, según corresponda (Anexo 01), que en total es de 161 técnicos de enfermería, lo cual multiplicado por el costo per cápita anual (el costo per cápita fue calculado considerando el equivalente a la valorización principal de un técnico de enfermería en su nivel de inicio, guardias hospitalarias, aguinaldos, SCTR y cargas sociales.) indica que el presupuesto requerido para implementar la norma cada año asciende a S/ 4,934,357. La modalidad de contratación de los cuidadores domiciliarios en salud será establecida por cada IPRESS en el marco de la normativa vigente (Decreto Legislativo N° 1057) y considerando las funciones que desempeñará el personal de salud.

IPRESS	N° Pac. Con Dx. Alzheimer Severo	N° Horas de Cuidado Domiciliar	N° RRHH Requeridos	Costo per cápita anual	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10
I-3 - 00001248 - ALTO LIBERTAD	1	1478	1	S/ 36,282.14	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611
I-3 - 00002012 - VILLA PRIMAVERA	1	2365	1	S/ 36,282.14	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378
I-3 - 00003060 - SAN JOAQUIN	1	1168	1	S/ 36,282.14	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689
I-3 - 00005807 - CARLOS CUETO FERNANDINI	1	2365	1	S/ 36,282.14	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378
I-3 - 00006155 - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SAN G	1	1183	1	S/ 33,282.14	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689
I-3 - 00006185 - CHACRA COLORADA	1	1774	1	S/ 33,282.14	32,796.5533	32,799.5533	32,799.5533	32,799.5533	32,799.5538	32,799.5533	32,799.5533	32,799.5533	32,799.5533	32,799.5533
I-3 - 00006195 - LINCE	1	1168	1	S/ 36,282.14	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3688
I-3 - 00021104 - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CARABA	1	2078	1	S/ 36,282.14	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455	38,266.1455
I-3 - 00021228 - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA TRUJIL	1	1478	1	S/ 36,282.14	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611
I-4 - 68081259 - CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA - HUNT	1	2365	1	S/ 36,282.14	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378
I-4 - 68082001 - BELLAVISTA	1	1478	1	S/ 36,282.14	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611
I-4 - 68082065 - LOS ALGARROBOS	1	1168	1	S/ 36,282.14	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689	21,866.3689
I-4 - 00002100 - E.S. I-4 CASTILLA	1	2365	1	S/ 36,282.14	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378	43,732.7378
I-4 - 00006799 - CLAS JUAN PABLO II	1	3252	2	S/ 36,282.14	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144	60,132.5144
I-4 - 00006196 - MAGDALENA	1	1478	1	S/ 33,282.14	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611	27,332.9611
II-1 - 00000365 - HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA	1	1478	1	S/ 30,413.66	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203
II-1 - 68081382 - HOSPITAL APLAO	1	1183	1	S/ 36,413.66	19,981.7762	19,981.7762	18,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	18,681.7762	19,981.7762	19,981.7762	18,981.7762	19,981.7762
II-1 - 00001908 - SAUL GARRIDO ROSILLO	1	1478	1	S/ 36,413.66	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203
II-1 - 00003398 - SANTA MARIA DEL SOCORRO	1	1774	1	S/ 36,413.66	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643
II-1 - 00004210 - GRAL. JAEN	2	3843	2	S/ 36,413.66	64,949.7727	64,940.7727	64,940.7727	64,940.7727	64,940.7727	64,940.7727	64,940.7727	64,940.7727	64,940.7727	64,940.7727
II-1 - 00004511 - DE APOYO CAJABAMBA	1	1478	1	S/ 36,413.66	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203
II-2 - 00000001 - HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"	1	1478	1	S/ 36,413.66	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203
II-2 - 00000054 - HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN	1	3252	2	S/ 30,413.66	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846
II-2 - 68081543 - VICTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ	1	2978	1	S/ 30,413.66	34,968.1084	34,958.1084	34,968.1084	34,968.1884	34,968.1084	34,968.1084	34,968.1884	34,958.1084	34,968.1084	34,968.1694
II-2 - 00001652 - LA GALETA	1	2365	1	S/ 30,413.66	38,968.5524	38,963.5524	39,963.5524	38,968.5524	38,963.5524	39,963.5524	39,963.5524	38,963.5524	38,963.5524	39,963.5524
II-2 - 00001703 - ELEAZAR GUZMAN BARRON	2	4139	2	S/ 36,413.66	69,936.2168	69,968.2169	69,936.2169	69,936.2168	68,936.2188	69,936.2188	69,968.2168	69,936.2168	69,936.2168	68,936.2168
II-2 - 00001918 - HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	2	4139	2	S/ 36,413.66	68,936.2168	88,936.2168	69,936.2168	68,936.2168	68,936.2168	69,936.2168	69,936.2169	69,936.2168	69,936.2168	68,936.2168
II-2 - 00002084 - HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU - COREA SANTA R	1	1774	1	S/ 36,413.66	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.8843	29,972.6643	29,972.6643	29,972.8843	29,972.6643	29,972.6643
II-2 - 68082864 - HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	1	2970	1	S/ 36,413.66	34,968.1684	34,958.1084	34,968.1084	34,968.1084	34,968.1084	34,958.1084	34,968.1084	34,968.1084	34,968.1084	34,968.1084
II-2 - 68083251 - MANUEL NUÑEZ BUTRON	2	3548	2	S/ 36,413.66	98,945.3267	59,945.3267	59,945.3267	59,945.3287	59,945.3267	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287
II-2 - 68083299 - CARLOS MONJE MEDRANO	3	5913	3	S/ 36,413.66	98,906.6811	98,906.6811	88,906.6911	98,906.8811	98,968.6811	88,906.6811	98,906.6911	98,906.6911	98,906.6811	99,906.8811
II-2 - 00003358 - REGIONAL DE ICA	3	7391	4	S/ 30,413.66	124,866.1814	124,886.1814	124,886.1814	124,886.1814	124,886.1814	124,866.1814	124,886.1814	124,886.1814	124,866.1814	124,886.1014
II-2 - 00003543 - HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ANG	1	3252	2	S/ 30,413.66	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846
II-2 - 00003853 - HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA	1	2365	1	S/ 30,413.66	36,963.5524	38,968.5524	36,963.5524	36,963.5524	39,963.5524	39,963.5524	39,963.5524	36,963.5524	39,963.5524	38,963.5524
II-2 - 00004131 - HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	1	1774	1	S/ 36,413.88	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.8843	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643	29,972.6643
II-2 - 68084317 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES	4	7687	4	S/ 36,413.88	129,881.5455	129,681.5455	129,681.5455	129,681.5455	129,881.5455	129,681.5455	129,881.5455	129,681.5455	129,881.5455	129,881.5456
II-2 - 00005576 - HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	1	1169	1	S/ 36,413.66	19,981.7762	19,981.7762	18,881.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	18,981.7762	19,981.7762	19,981.7762
II-2 - 00005577 - HOSPITAL AMAZONICO - YARINACOCHA	1	1478	1	S/ 36,413.66	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2283
II-2 - 00005517 - HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	2	3548	2	S/ 36,413.66	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3267	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287	59,945.3287
II-2 - 00005947 - HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD JOSE AGUR	3	7086	4	S/ 36,413.66	119,890.6573	119,890.6573	119,890.6673	118,886.6673	119,890.6673	119,890.6573	119,890.6573	118,886.9673	118,890.6673	119,890.8573
II-2 - 00006219 - HOSPITAL SAN JOSE	6	11235	6	S/ 36,413.66	188,826.6741	189,826.6741	189,866.9741	189,866.8741	188,826.8741	188,826.8741	189,826.6741	188,826.9741	189,826.6741	189,826.8741
II-2 - 00003518 - HOSPITAL TARAPOTO	2	5322	3	S/ 36,413.66	69,917.9930	69,917.9930	88,917.9930	68,917.9930	68,912.9930	69,917.9930	69,917.9930	68,917.9930	89,917.9930	99,917.9930
II-2 - 68087632 - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	4	9166	5	S/ 30,413.66	154,858.7657	154,958.7657	154,858.7657	154,858.7657	154,858.7657	154,858.7657	154,958.7657	154,858.7657	154,858.7657	154,858.7657
II-2 - 00007637 - HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	1	1478	1	S/ 36,413.66	24,977.2203	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,877.2203	24,977.2203	24,977.2203	24,977.2203
II-2 - 00007639 - HOSPITAL GENERAL DE HUACHO	3	5617	3	S/ 36,413.66	94,913.4371	94,913.4371	94,813.4371	94,913.4371	94,913.4371	94,913.4371	94,913.4371	84,913.4371	94,913.4371	94,913.4371
II-2 - 00007686 - REGIONAL CAJAMARCA	1	1100	1	S/ 30,413.66	19,981.7762	18,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7769	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762
II-2 - 00007732 - HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA	1	2365	1	S/ 36,413.66	38,963.5524	38,968.5524	38,963.5524	38,963.5524	39,963.5524	38,963.5524	39,963.5524	38,968.5524	38,963.5524	39,963.5524
II-2 - 00017877 - HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OL	3	5617	3	S/ 36,413.66	94,813.4371	94,913.4371	94,913.4371	94,913.4371	94,913.4371	94,813.4371	94,913.4371	94,913.4371	94,913.4371	94,913.4371
II-E - 00000756 - CARLOS SHOWING FERRARI	1	2070	1	S/ 36,413.66	34,968.1084	34,968.1084	34,886.1084	34,958.1084	34,968.1084	34,968.1084	34,968.1684	34,958.1084	34,968.1084	34,968.1684
III-1 - 00000003 - HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAG	2	5322	3	S/ 30,413.66	68,917.9930	69,917.9930	69,917.9930	68,817.9930	69,917.9930	68,917.9930	89,817.9930	68,917.9930	69,917.9930	89,917.9930
III-1 - 00002289 - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	1	2661	1	S/ 36,413.66	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965	44,958.9965
III-1 - 00002305 - ANTONIO LORENA DEL CUSCO	1	1188	1	S/ 30,413.66	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	18,881.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,981.7762	19,881.7762
III-1 - 00006196 - HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	2	4435	2	S/ 30,413.66	74,981.6608	74,931.6608	74,931.6608	74,981.6608	74,931.6608	74,981.6608	74,931.6608	74,931.6608	74,931.6608	74,981.6608
III-1 - 00005946 - HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	6	13304	7	S/ 30,413.66	224,794.9625	224,784.9625	224,794.9625	224,794.9625	224,784.8825	224,794.9625	224,794.9625	224,794.9625	224,794.9625	224,794.9625
III-1 - 00005948 - HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	9	19217	11	S/ 36,413.66	324,703.8636	324,703.8636	324,703.8636	324,703.8636	324,703.8636	324,703.8636	324,703.8636	324,703.8636	324,703.8636	324,783.8636
III-1 - 00005967 - HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	5	11530	6	S/ 36,413.66	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182	194,822.3182
III-1 - 00006207 - NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	18	21267	12	S/ 36,413.66	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720	359,671.9720
III-1 - 00006211 - HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	3	6504	4	S/ 36,413.66	189,899.7692	109,899.7692	169,899.7692	169,899.7692	109,899.7692	109,899.7692	109,899.7692	168,899.7692	168,899.7692	109,899.7692
III-1 - 00006214 - HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA	2	5026	3	S/ 36,413.66	84,922.5489	84,922.5489	84,922.5489	84,922.5456	84,922.5489	84,922.5489	84,922.5489	84,922.5489	84,922.5489	84,922.5456
III-1 - 00006216 - NAC. DANIEL A. CARRION	3	6504	4	S/ 36,413.66	168,886.7692	169,899.7692	168,886.7692	169,899.7899	168,899.7692	168,899.7692	169,886.7692	168,886.7692	109,899.7692	109,899.7692
III-1 - 00007686 - HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	7	15078	8	S/ 36,413.66	254,767.5468	254,767.5468	254,767.5468	254,767.6468	254,767.5468	254,767.5468	254,767.5468	254,767.5468	254,767.5489	26,4,767.6458
III-1 - 89011470 - HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE	7	15974	8	S/ 30,413.66	259,763.0909	259,753.6608	259,763.0909	259,763.6608	259,763.6608	259,763.0909	259,763.6608	259,753.0909	259,763.0000	259,763.6608
III-2 - 00006209 - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICA	4	9461	5	S/ 36,413.66	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098	159,854.2098
III-E - 00000753 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURG	1	3252	2	S/ 36,413.66	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846	54,949.8846
TOTAL GENERAL	**167**	**2891.66**	**161**		**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**	**S/14,928,890**

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Aseguramiento en Salud
DG
V. Alarcón

La norma es de implementación progresiva e inicia posterior a la aprobación de los dispositivos legales necesarios para la implementación de la estrategia, tal como está dispuesto en la Tercera Disposición Complementaria Final, la cual establece que existe un plazo de 180 días hábiles para incorporar a la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias al listado de condiciones asegurables del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

El presupuesto requerido para la contratación de cuidadores domiciliarios será sustentado en la etapa de formulación y programación presupuestal de los respectivos presupuestos de cada pliego. Asimismo, se sujetará al presupuesto aprobado de los respectivos pliegos.

Cabe señalar que, si bien en los primeros años se requerirá gestionar horas de trabajo de personal de salud técnico de enfermería, en los años posteriores se visualizaría reducción en la demanda de servicios hospitalarios, lo que conllevará a menores costos para el sistema de salud y para el Seguros Público. Esta propuesta es coherente con lo señalado en la segunda disposición complementaria final de la Ley N° 30795, que a la letra dice: "Declárase de interés nacional y preferente atención la implementación integral de las disposiciones contenidas en la

presente ley, **así como la dotación de los recursos presupuestales necesarios, los cuales se incorporarán en las leyes anuales de presupuesto del sector público, de acuerdo a los parámetros y necesidades que determine el Ministerio de Salud.**" Sin perjuicio de esto, en el numeral 1.5 de este documento, se ha desarrollado de manera extensa la evidencia que existe sobre lo costo efectiva que es la intervención. Ese análisis es de tipo cualitativo y cuantitativo, según lo establecido en los literales c) y d) del artículo 3 de la Ley N° 30694, Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público para el Año Fiscal 2018.

En el caso de los seguros privados, tal como lo señala el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 020-2014-SA, estas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) podrán ofrecer planes complementarios; es decir, planes que brindan cobertura de prestaciones vinculadas al Alzheimer por encima del PEAS.

Estos planes complementarios son estructurados por las IAFAS respetando las condiciones del PEAS, el valor de los mismos es determinado en función de la extensión y características de la cobertura ofertada. Les corresponde a las IAFAS fijar las exclusiones de cada plan complementario. Los afiliados que libre y voluntariamente así lo decidan podrán contratar dichos planes complementarios, los mismos que también se encuentran regulados en la Ley de Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

MINISTERIO DE SALUD
DG
V. Alarcón

III. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE

El presente Decreto Supremo se enmarca en lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, que establece que: "*El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley (...)*"; y, no implica la derogación ni modificación de norma alguna.