

No. de trámite:

454252

Fecha recepción: **2024-08-13 10:36**

No. de referencia:

AN-SOCA-2024-0129-M

Fecha documento: **2024-08-13**

Remitente:

Camilo Aurelio Salinas Ochoa
camilo.salinas@asambleanacional.gob.ec

Revise el estado de su documento
con el usuario **1203857121** en:
<http://dts.asambleanacional.gob.ec>

*Memorando: Una hoja
Anexo: 42 hojas*

Memorando Nro. AN-SOCA-2024-0129-M

Quito, D.M., 13 de agosto de 2024

PARA: Sr. Mgtr. Henry Fabián Kronfle Kozhaya
Presidente de la Asamblea Nacional

ASUNTO: Entrega de Proyecto de Ley de Salud Renal y Nefroprevención

De mi consideración:

En virtud de las atribuciones establecidas en el numeral 1 del artículo 134 de Constitución de la República del Ecuador, respecto a las iniciativas de presentar proyectos de ley manifiesta:

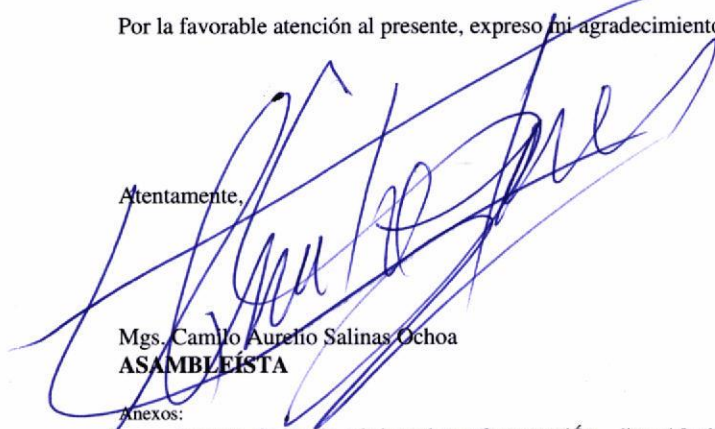
“Art. 134.- La iniciativa para presentar proyectos de ley corresponde:

1. A las asambleístas y los asambleístas, con el apoyo de una bancada legislativa o de al menos el cinco por ciento de los miembros de la Asamblea Nacional (...).”

En tal sentido, me permito remitir el proyecto de Ley de Salud Renal y Nefroprevención

Por la favorable atención al presente, expreso mi agradecimiento.

Atentamente,


Mgs. Camilo Aurelio Salinas Ochoa
ASAMBLEÍSTA

Anexos:

- proyecto_de_ley_de_salud_renal_y_nefroprevención_listov4.0.pdf
- ficha_de_verificación_de_cumplimiento_ods-20027163001723561266.pdf

Copia:

Sr. Mgs. Alejandro Xavier Muñoz Hidalgo
Secretario General

PROYECTO DE LEY DE SALUD RENAL Y NEFROPREVENCIÓN

**CAMILO SALINAS OCHOA
ASAMBLEÍSTA**

**SOCIEDAD ECUATORIANA DE
NEFROLOGIA**

2023-2025

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La FALLA renal es una consecuencia de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) o de la lesión renal aguda que provoca un rápido deterioro de la función renal. La ERC se produce cuando la función renal está disminuida durante más de 3 meses, caracterizada por una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o por la presencia de marcadores de daño renal, como albuminuria, anomalías en el sedimento urinario u otros trastornos electrolíticos ((KDIGO), 12). La Falla Renal o ERC Grado 5 que requiere algún tipo de terapia de sustitución renal es definida como TFG < 15 mL/min/1,73 m², los pacientes corren el riesgo de complicaciones potencialmente letales sin terapia de reemplazo renal (TRR).

La TRR se puede completar mediante hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante. La diálisis se puede utilizar como medida provisional a corto plazo si la causa del daño renal es reversible, como puente al trasplante o como tratamiento definitivo en pacientes que no pueden someterse a un trasplante. Independientemente de la modalidad de tratamiento utilizada, el manejo de la enfermedad renal puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente (Ryan & Karen, 2021).

La enfermedad renal en Fallo Renal o ERC Grado 5 es una afección altamente mórbida que requiere atención costosa y que requiere mucho tiempo. El manejo óptimo de ERC Grado 5 puede mejorar significativamente la calidad de vida y la supervivencia; sin embargo, las barreras, incluido el acceso a la atención, el tratamiento reactivo en lugar de proactivo y las disparidades en las poblaciones minoritarias, tienen un impacto negativo en la atención de estos pacientes ((KDIGO), 12).

La alta carga de enfermedad de la ERC, su distribución desigual, el alto costo del tratamiento, y el hecho de que las estrategias preventivas, aunque disponibles aún no están completamente en su lugar en muchos países y

comunidades califican la ERC como un problema de salud pública.
(Schoolwerth , Engelgau, & Hostetter , 2005).

En el mundo, el aumento en la prevalencia de la ERC y su carga desproporcionada en los países económicamente en desarrollo está siendo impulsado por un aumento de la prevalencia de los principales factores de riesgo de ERC, a saber, diabetes, hipertensión, obesidad, el aumento del crecimiento y el envejecimiento de la población (Alebiosu & Ayodele , 2005).

Debido a la escasez de registros renales nacionales hacer una estimación de la carga de ERC Grado 5 en países de medianos ingresos es difícil. En Ecuador desde el año 2020 existe el **REDT**: Registro Ecuatoriano de Diálisis y trasplante, misma que es una herramienta desarrollada en el país, que sirve como insumo para la investigación.

Con fecha corte 15 de mayo de 2022, se tiene registrado aproximadamente el 95% de los centros que acogen a pacientes con ERC Grado 5; sin embargo, la calidad de ingresos de datos depende del operador de cada centro. Con estos datos se trata de hacer un análisis de las características demográficas más representativas del registro, con la finalidad de poder caracterizar la población que en la actualidad que se encuentra sometida a estas modalidades dialíticas.

Con fecha de corte 15 de mayo de 2022, existe un total de 19,327 pacientes ingresados en el Registro Nacional de Diálisis y Trasplante. Del total de observaciones (19,327 pacientes en TRR) la edad promedio de los pacientes en diálisis es de 59,2 años con una desviación estándar de 15,12 años y una máxima de 99 años.

Según los datos obtenidos, y al agrupar las edades, se determina que el rango de edad comprendido entre los 46 años a 70 años es el grupo más representativo con un 59.65% casos (11,529 pacientes), así mismo el rango de edad comprendido entre 71 años a 99 años es el segundo grupo con mayor cantidad

de pacientes en terapia de remplazo renal representando el 22,83% de casos (4,413 pacientes), es importante mencionar que menores de 18 años representa un total 193 pacientes (1%).

Se estima que la prevalencia de la ERC en LATAM es de 650 pacientes por millón de habitantes. Para el año 2022 Ecuador tiene una población de 17'.989.912 (fuente INEC), por lo que se estima 1.798.000 pacientes tienen algún grado de ERC (E1- E5).

De acuerdo a la proyección de la población para el año 2022 es de 17'.989.912 habitantes en el Ecuador y se estima una tasa de incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de 206 casos por millón de habitantes y una tasa de prevalencia de 1.074 por millón de habitantes. Con fecha corte 15 de mayo 2022 en el territorio ecuatoriano se registra alrededor de 19.372 pacientes en terapias de reemplazo renal distribuidos en el Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo al censo del 2023 la población el Ecuador contó a 17.989.912 de personas en Ecuador. De acuerdo con las nuevas revelaciones, hay una mayoría de mujeres en el país, con 8,686,463, lo que representa el (51.3%), mientras que los hombres suman 8,252,523 (48.7%). Se estima una tasa de incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de 206 casos por millón de habitantes y una tasa de prevalencia de 1.074 por millón de habitantes. Con fecha corte 15 de mayo 2022 en el territorio ecuatoriano se registra alrededor de 19,372 pacientes en terapias de reemplazo renal distribuidos en el Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1, Comparación de prevalencia e incidencia por año

Incidencia y prevalencia 2019 al 2021					
Año	Total Pacientes	Proyección Población	Tasa de prevalencia (pacientes por millón)	Casos nuevos	Tasa de Incidencia (pacientes por millón)
2019	11.934,00	17.373.657,00	686,90	2.591	149,13
2020	14.807,00	17.643.060,00	839,25	2.873	162,84
2021	18.493,00	17.888.474,00	1.033,79	3.686	206,05
2022 *	19.327,00	17.989.912,00	1.074,32	999	55,53

Observamos que con fecha mayo de 2022 existen 4.520 pacientes más en terapia de reemplazo renal en comparación al año 2020, lo cual explica un incremento en 23,39 % en dos años. Al comparar la tasa de prevalencia se ha observado que a lo largo de los años se ha incrementado en nuestro país, es así que para el año 2022 se encuentra una tasa de prevalencia de 1.074 pacientes por millón de habitantes, esta cifra se encuentra muy por arriba de lo recomendado por la Sociedad Latino Americana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) quienes sugieren lograr una prevalencia mínima de Terapia de Reemplazo Renal de 700 pacientes por millón de población en todos los países. (Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, 2020).

La prevalencia de pacientes en Terapia de Reemplazo Renal (TRR) se viene incrementando de manera continua en las últimas décadas, causando una sobrecarga estructural y financiera que soportan con dificultad esta Cartera de

Estado.

Así mismo la tasa de incidencia esta incrementado a lo largo de los años, observándose que para el año 2021 encontramos una tasa de incidencia de 206,05 pacientes por millón de habitantes, siendo recomendado por la Sociedad Latino Americana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) de 140 por millón de habitantes. (Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, 2020).

Edad promedio del paciente, que ingresa a terapia de reemplazo renal

Para definir esta data se realiza un cálculo tomando en cuenta dos variables:

1. la fecha de nacimiento del paciente.
2. La fecha Inicio de la TRR. Mediante estos datos se pudo obtener la edad ingreso de cada paciente a TRR. El promedio de edad de ingreso a TRR de 55,6 años, con una desviación estándar de 15,2 años, la edad mínima de 0,1 años y máximo de edad de 95,9 años.

Tiempo promedio de permanencia en TRR:

El tiempo promedio de permanencia en TRR de los pacientes es de 4,02 años, con una desviación estándar de 3,67 años, con un tiempo mínimo de 0,1 años y máximo de 40,75 años.

Evento Final.

Del total de 19,327 observaciones, 2,732 (14,14%) pacientes tienen una condición final de fallecidos, mientras que 16,595 (85,86%) observaciones tienen la condición final de vivos. Observándose una tasa de mortalidad de 14,4%.

Caracterización de pacientes en Terapia de Reemplazo Renal cuya situación actual es condición vivo.

A partir de este momento los datos están dados solo para los pacientes vivos que reciben TRR.

Antecedentes demográficos.

Al igual que con la ERC, la Enfermedad Renal Crónica es más frecuente en pacientes negros e hispanos, con tasas 3,4 y 1,5 veces más altas, respectivamente, que en la población general. Los pacientes adultos mayores tienen el mayor riesgo de desarrollar ERCT. Los adultos mayores de 65 años comprenden casi las tres cuartas partes de todos los casos de ERCT y son el segmento de crecimiento más grande de pacientes con ERCT en los Estados Unidos. Los adultos mayores de 75 años tenían una incidencia de ERTC 4 veces mayor que el adulto promedio y más del doble de la incidencia de los adultos en el grupo de edad de 45 a 64 años. Entre los pacientes con ERCT, el 70,7% son tratados con hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP) y el 29,3% tienen un trasplante de riñón (US Renal Data System. End stage renal disease: incidence, prevalence, patient characteristics, and treatment modalities. In: 2020USRDS A, 2020).

Como se había mencionado anteriormente existe en la actualidad 16,595 pacientes que se encuentran con la condición de vivos y que reciben terapia de remplazo renal.

Género

Del total de pacientes que en la actualidad se encuentran vivos recibiendo TRR (16,595 pacientes), se observa que 58% (9,673 pacientes) corresponden al género masculino; mientras que el 41 % (6,922 pacientes) pertenecen al género femenino.

Etnia

En el Ecuador se caracteriza por ser un país multicultural, multiétnico; es así que según como los pacientes se autentificaron en relación a la etnia es como se los registro en el REDT, es importante mencionar que, en pacientes menores de 18 años y más aún menores de 12 años, se registró la etnia según como los padres o representante legal lo auto identifica.

Según los datos registrados, se observa que mayor porcentaje de pacientes se auto identificaron como Mestizos lo cual representa el 89,1 % (14,788 pacientes); en menor porcentaje se encuentran los grupos Afro ecuatorianos, Indígenas, Montubios, otros.

Modalidad de Diálisis

Según el registro existen tres modalidades a las que hace referencia, Diálisis peritoneal manual, diálisis peritoneal automatizada y Hemodiálisis; en este caso se recodifico la variable agrupando diálisis peritoneal manual y automatizada como la variable "Diálisis Peritoneal (DP)" y la variable Hemodiálisis como Hemodiálisis (HD).

El 5,9% de los pacientes que representa 923 pacientes, se encuentran en la modalidad de diálisis peritoneal; mientras tanto 94,1% de los pacientes se encuentran en la modalidad de hemodiálisis. Según las recomendaciones internacionales, se estiman como porcentajes óptimos de utilización de DP entre un 30 a 40% de los pacientes en diálisis; Diálisis Peritoneal (DP) domiciliaria tiene unos 3 días menos por paciente y año de estancias hospitalarias, con mejor preservación de la función renal residual (Juergensen, Wuerth , & Finkels, 2006). En otros países como en España, la DP domiciliaria es la alternativa de diálisis que mejor contribuye a la sostenibilidad de dicho tratamiento (Rodríguez, Carmona, & Pérez, 1996)). En el último estudio comparativo más completo se calcula que la HD es un 47% más costosa, como promedio, que la DP.

Problemas por las que se presume una baja tasa de Diálisis Peritoneal en Ecuador.

Se pueden identificar algunos posibles nudos críticos, sin embargo, esto queda a discusión y crítica de los lectores. Lo ideal según las recomendaciones internacionales (SLANH), como óptimo un 40% de pacientes en modalidad de diálisis peritoneal.

Nudos críticos.

Haciendo referencia al reporte del programa de salud renal del 2015, menciona el costo mensual de los dos tipos de terapia son muy cercanos (\$1.456 dólares HD Vs \$1.300 dólares DP). Lo cual demuestra un ahorro no significativo en comparación a lo que refieren otros países; es decir el costo mensual de ambas terapias no tiene una diferencia significativa, sin embargo, el ahorro en DP sería de 156 dólares mensuales por paciente, es decir un ahorro para el estado de aproximadamente de 2'588.820 usd si el 100% de pacientes estuvieran en DP. Este tema hay que abordarlo más a fondo y a detalle en otro documento de análisis, ya que se deben profundizar temas como calidad de vida, hospitalizaciones, inclusión a la actividad económica, etc.

Los Hospitales derivadores de pacientes que requieran diálisis (entiéndase por hospitales derivadores aquellos hospitales de segundo o tercer nivel que no cuenten con unidad de diálisis y requiera derivar pacientes para TRR), no ofrecen la opción de diálisis peritoneal y se direcciona la referencia a la modalidad de Hemodiálisis.

El Tarifario Nacional de Prestación de Servicios de Salud en el Ecuador, no especifica de forma detallada el costo de diálisis peritoneal, así mismo no se tiene detalle cómo se va a pagar ciertos rubros como por ejemplo el KT/V, la prueba de equilibrio peritoneal, la toma de la presión intraabdominal entre otras. La consecuencia es que no se incentiva a centros privados o públicos a la creación de centros especializados que oferten esta terapia.

Las recientes aperturas simultáneas de hospitales con Unidades de HD a menudo sobredimensionadas. La percepción de ineficiencia que se desprende de los "puestos vacíos" en HD motiva a los nefrólogos a completar esos puestos vacíos, precisamente para que el costo de la HD no se dispare. Además, que no se permite tener personal a medio rendimiento, atendiendo solo tres máquinas de HD, ni máquinas paradas.

Expansión de los grandes proveedores de diálisis, que va ligada a la expansión de puestos de hemodiálisis. Cuando se abren nuevas salas de HD, nuevos centros de tratamiento, se suele hacer de manera “masiva”, sin tomar en cuenta la terapia de DP. Es práctica común que las infraestructuras creadas para atender pacientes en HD desborden las necesidades reales en porcentajes increíbles. Y claro, para no disparar los costos, hay que llenar esa capacidad sobredimensionada, con más personal y más pacientes, perjudicando la posibilidad de que los pacientes tengan equidad en el acceso a las terapias domiciliarias.

Beneficio de las economías de escala. Lo que trae como consecuencia el que se han ido creando más centros y más grandes a nivel nacional.

Es claro las ventajas de la DP frente a la HD en lo que se refiere a la supervivencia y a los costos económicos. Pero es conocido que programas o centros de DP con pocos pacientes (ejemplo. 5 a 30 pacientes), tienen prácticamente los mismos costos laborales o incluso son más caros que la HD. Por lo tanto, es una dificultad para que se abran nuevos centros. De esta manera el predominio de los centros pequeños produce más baja prevalencia de DP (Ortega, 2010). Existen también causas de experiencia y formación en DP: menor contacto con la DP, más se desconoce y menos se utiliza tanto por los médicos de alta experiencia, como por los más jóvenes en formación.

El conocimiento de los pacientes sobre la técnica de DP. Según un estudio llevado a cabo por la SEDEN, a la pregunta ¿Conoce las siguientes modalidades de tratamiento de diálisis? a una muestra de pacientes renales, la respuesta fue que más de un 65% que conocían bien o muy bien la HD, pero sólo un 20% conocían bien o muy bien la DP. La misma Sociedad Española de Nefrología en su Guía de práctica clínica en DP señalan que la información de la que dispone el paciente a la hora de elegir el tratamiento a recibir es determinante de su elección, aumentando el número de pacientes en DP frente a HD.

Atención según la Red Complementaria

La atención pública se complementa con la Red Privada Complementaria - RPC a través de la compra de servicio, debido a que los Subsistemas de la Red de Atención Integral de Salud Pública - REPIS no cuentan con la cantidad suficiente de puestos para la Terapia de Reemplazo Renal a la actual demanda.

Cobertura, Según el Subsistemas al que pertenece el paciente.

Es importante mencionar que Ministerio de salud Pública acoge la mayor cantidad de pacientes en TRR 51,84% (8.603 pacientes), seguido de cerca de IESS que acoge el 46,33 % (7.688 pacientes), es importante comentar que la cobertura privada es tan solo del 0,08% (13 pacientes).

Cobertura de atención, Según el Subsistemas.

La mayoría de pacientes que reciben atención a través de la Red Privada Complementaria representando el 89,43 % (14.841 pacientes), es decir las dializadoras privadas poseen convenios con los diferentes subsistemas de salud para garantizar el derecho a la atención y tratamiento dialítico acorde al Tarifario Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

Es importante mencionar que los 16,595 pacientes que se encuentran en TRR, que representa 0,09% de la población en la actualidad (17'.989.912 habitantes, según INEC para la actualidad), sin embargo, esta población gasta aproximadamente 287'559.600 millones de dólares al año (Tarifario Nacional de Prestación de Servicio de Salud 2014); la mayor parte de este dinero va a la Red Privada Complementaria de salud, aproximadamente 258'233.400. Es importante mencionar que dentro de esta estimación no se tiene en cuenta el gasto por complicaciones de cada paciente.

La incidencia de ERC Grado 5, que se puede juzgar por el número de pacientes que inician terapia de reemplazo renal (TRR) en países con buenos registros renales, varía ampliamente entre diferentes países y entre diferentes etnias dentro de un mismo país (Murray & López, 1996). Se proyecta que, si el tamaño

de esta población sigue aumentando a razón del 7% anual, superó los 3 millones pacientes para el año 2010, y el agregado el costo del tratamiento superó el billón de dólares estadounidenses (Lysaght , 2002).

El gasto total de Medicare en la ERCT en 2006 en los Estados Unidos fue de \$23.000'.000.000, representando el 6.4% de todo el presupuesto (United States Renal Data System (USRDS), 2009). El Instituto Australiano de Salud y Welfare estimó que el total recurrente gasto sanitario en ERC en 2000 a 2001 fue de \$647.000.000 (AIHW, 2005). En Japón, el costo médico de ERCT es aproximadamente el 4,1% del total presupuesto de salud, que ascendió a más de 1000 billones de yenes (10 billones US\$) (Iseki , 2008). Esta escasez de los registros renales nacionales hace una estimación de la carga de ERCT en Países de medianos ingresos es difícil.

Causa de ERC en estadio de Falla renal o Grado 5

Para realizar este punto, se recodifico y agrupo por CIE-10, a cada una de las causas macro, es decir por ejemplo a todos los CIE-10 relacionados con el diagnostico diabetes se las reagrupó en una sola variable y se formó la variable Diabetes. Posterior se convirtió en variables categóricas, dicotómicas donde se clasifico como 1 si cumple la condición y 0 si no cumple la condición.

Los factores de riesgo bien reconocidos para la ERC incluyen diabetes mellitus, hipertensión, edad avanzada, hiperuricemia, obesidad, antecedentes familiares de enfermedad renal, tabaquismo y dislipidemia (Levey , Eckardt , & Tsukamoto, 2005). Otros incluyen la exposición a metales pesados como plomo, bajo peso al nacer con una reducción en el número de nefronas, y el uso de remedios herbales, particularmente en zonas rurales (Alebiosu & Ayodele , 2005). Ha habido informes de necrosis cortical con posterior desarrollo de ERC después de una mordedura de serpiente (Sitprija , 442-448). La contribución relativa de estos factores a la carga etiológica de la ERC varía de un país a otro.

Causa ERC Grado 5 , Diabetes

De total de pacientes que se encuentra en TRR, activos o vivos, observamos que la causa principal por la cual se asocia a ERC es la diabetes, observándose este diagnóstico en el 32,7 % (5,372 pacientes).

La diabetes sigue siendo la principal causa de la ERC a nivel mundial y se estima que afectan actualmente a 285 millones de adultos de 20 a 79 años (Alebiosu & Ayodele , 2005) (Shaw , Sicree, & Zimmet , 2010). Se espera que este número aumente en un 54% a 439 millones para 2030 según la Federación Internacional de Diabetes (Shaw , Sicree, & Zimmet , 2010).

Causa ERC Grado 5, HTA

Dentro de las principales causas asociadas a pacientes que en la actualidad se encuentran registrados en nuestro país y que reciben TRR, la HTA, constituye el 37,74 % es decir 6.263 pacientes. Un aumento en la prevalencia de hipertensión de 972 millones a 1.560 millones también se proyecta para 2025, con el 80% del aumento (639 millones a 1,15 mil millones) ocurriendo en naciones económicamente en desarrollo (Kearney, Whelton , & Reynolds , 2005). Además se menciona que la hipertensión arterial se asocia a la obesidad.

La Organización Mundial de la Salud estima que más de mil millones de personas tienen sobrepeso, con 300 millones de ellos clínicamente obesos (OMS, 2009).

Causa , Glomerulopatías

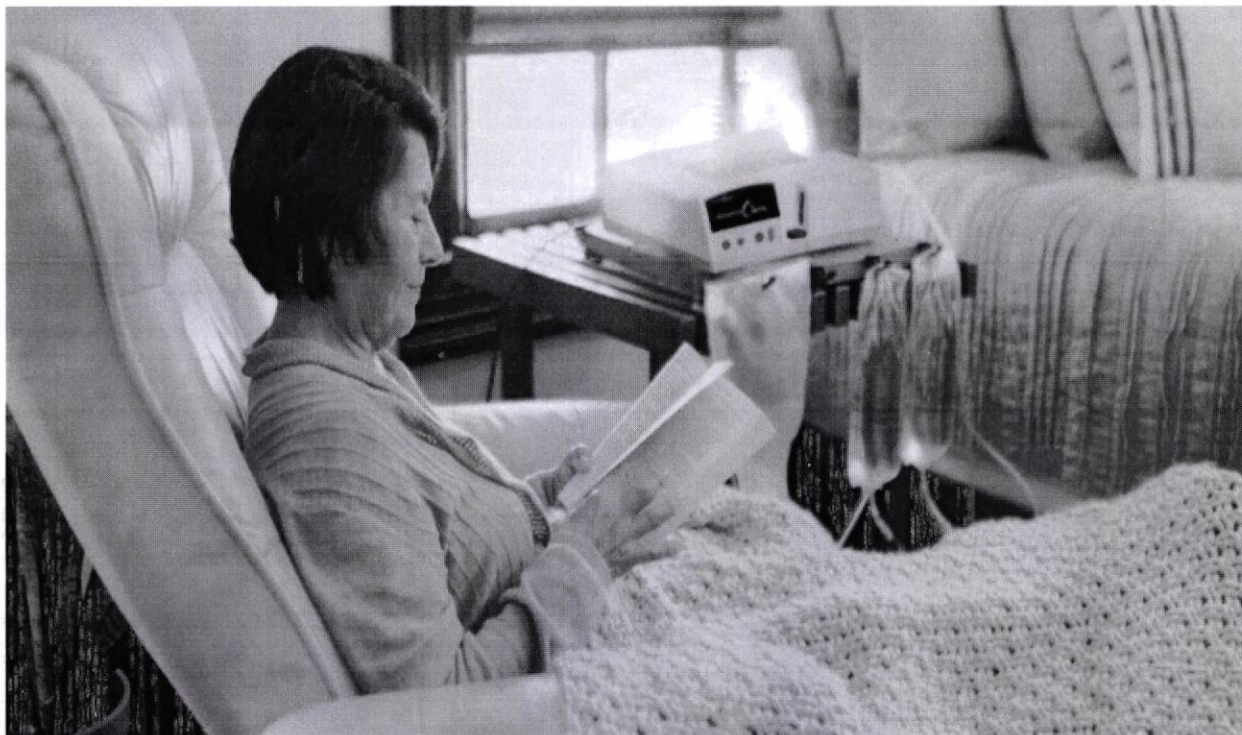
En relación a glomerulopatías se observa que el 3,07% (509 pacientes) adolecen de esta causa Como parte de este grupo es de interés recalcar que las Colagenopatías están presentes en el 0,86%

De total de pacientes registrados, 40 pacientes se les ha asociado como posible causa de ERC Grado 5 algún tipo de glomerulopatía heredadas.

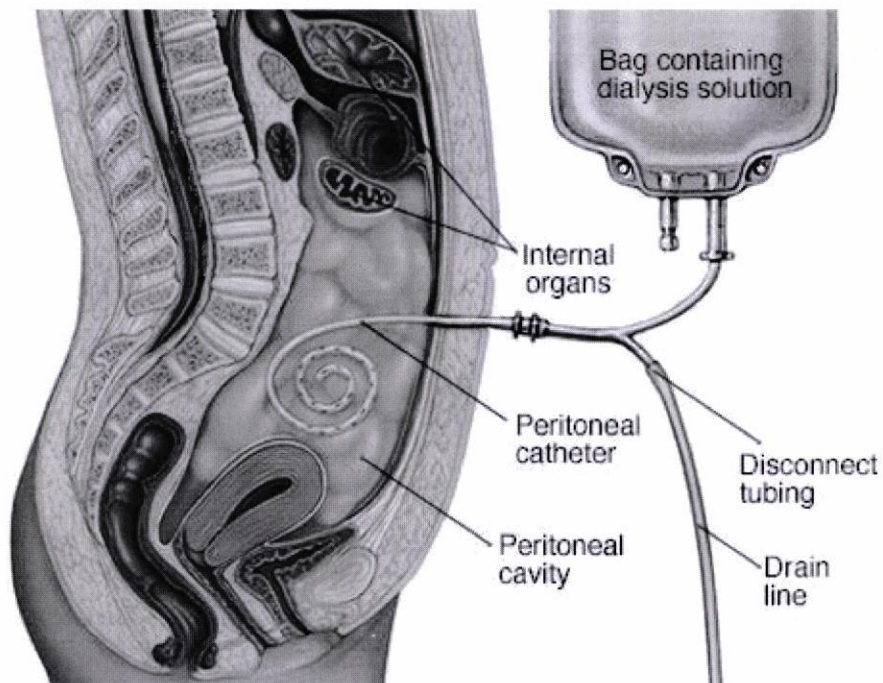
Pacientes en hemodiálisis



Pacientes en diálisis peritoneal

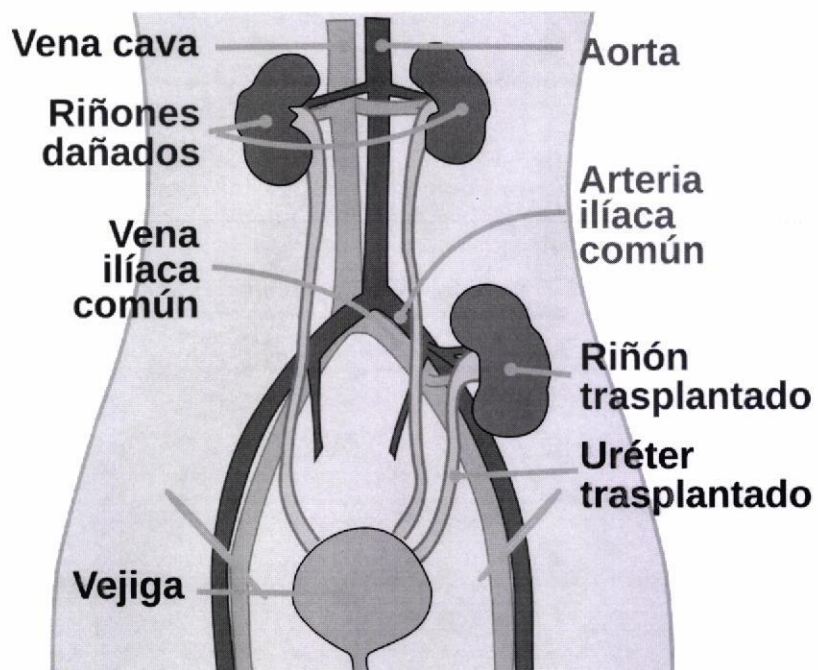


Diálisis peritoneal



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Trasplante Renal



EL PLENO DE LA ASAMBLEA NACIONAL

CONSIDERANDO

Que, el artículo 1 de la Constitución de la República establece que el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia;

Que, el artículo 3 de la Constitución de la República establece que es deber primordial del Estado planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al buen vivir, para lo cual deberá precautelar los intereses colectivos de la sociedad en su conjunto, a través de la emisión de normativa y políticas públicas;

Que, el numeral 2 del artículo 11 de la Constitución de la República dispone que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por ninguna razón. Implicando que el Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad;

Que, el numeral 4 del artículo 11 de la Constitución de la República señala que ninguna norma jurídica podrá restringir el contenido de los derechos ni de las garantías constitucionales;

Que el numeral 8 del artículo 11 dispone que el contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas y que el Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio;

Que, el numeral 9 del artículo 11 de la Constitución de la República consagra que el más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución y los Instrumentos Internacionales de

Derechos Humanos;

Que el artículo 32 de la Constitución de la República señala que el Ecuador garantizará de forma integral el derecho a la salud, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional;

Que, el artículo 35 de la Carta Magna establece que "Las personas adultas mayores, niñas, niños, y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad."

Que, el numeral 2 del artículo 66 de la Constitución de la República reconoce "El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesario";

Que, el numeral 4 del artículo 66 de la Constitución de la República reconoce "Derecho a la igualdad formal, igualdad material y no discriminación";

Que, el numeral 5 del artículo 66 de la Constitución de la República reconoce -
El derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los

derechos de los demás";

Que, el artículo 84 de la Constitución de la República determina que la Asamblea Nacional y todo órgano con potestad normativa tendrá la obligación de adecuar, formal y materialmente, las leyes y demás normas jurídicas a los derechos previstos en la Constitución y los tratados internacionales, y los que sean necesarios para garantizar la dignidad del ser humano o de las comunidades, pueblos y nacionalidades;

Que, el numeral 1 del artículo 85 de la Constitución de la República establece que la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas que garanticen los derechos reconocidos por la Constitución, se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos;

Que, el artículo 340 de la Constitución de la República dispone que "El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo. El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación. El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte."

Que, el artículo 361 de la Constitución establece que el estado ejercerá la rectoría del sistema nacional de salud a través de la autoridad sanitaria nacional, y que esta será la responsable de formular las políticas nacionales, normar, controlar y regular todas las actividades relacionadas con la salud, así como, el

funcionamiento de las entidades del sector;

Que, el Art. 363 establece que el Estado será responsable de: Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

Que, el artículo 426 de la Constitución de la República establece que "Los derechos consagrados en la Constitución y los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de inmediato cumplimiento y aplicación. No podrá alegarse falta de ley o desconocimiento de las normas para justificar la vulneración de los derechos y garantías establecidos en la Constitución, para desechar la acción interpuesta en su defensa, ni para negar el reconocimiento de tales derechos";

Que, el numeral 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del cual el Ecuador es signatario, establece que "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental";

Que, el artículo 1 de la Ley Orgánica de Salud, determina que, para efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley, las acciones se rigen por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético;

Que, el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud establece que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: "a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República; d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos";

Que, el artículo 9 de la Ley Orgánica de Salud dispone que le corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: "a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional; b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población; c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos; d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, e] acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente; e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad; y, h) Garantizar la asignación fiscal para salud, en los términos señalados por la Constitución Política de la República, la entrega oportuna de los recursos y su distribución bajo el principio de equidad; así como los recursos humanos necesarios para brindar atención integral de calidad a la salud individual y colectiva;

Se presenta la siguiente propuesta:

LEY DE SALUD RENAL Y NEFROPREVENCIÓN

TÍTULO PRELIMINAR DEL OBJETO, ÁMBITO, FINES Y DEFICIONES.

Art. 1.- OBJETO. - La presente Ley tiene por objeto garantizar el cuidado integral de las personas con enfermedad renal crónica, desde estadios tempranos (Grado 3a) con el fin de controlar adecuadamente los factores de riesgo, disminuir la progresión de daño renal y por tanto alejar a los pacientes de ingreso a TRR; mejorar su calidad de vida y la de sus familias, con respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas sin discriminación de ningún tipo.

Art. 2.- ÁMBITO. - Las disposiciones de la presente Ley son de orden público, de aplicación y observancia obligatorias en todo el territorio ecuatoriano; regulará a todas las instituciones de salud públicas y privadas teniendo como sujetos principales a todo el sistema nacional de salud.

Art. 3.- FINALIDAD. - La presente Ley se aplicará a las ecuatorianas, ecuatorianos y extranjeros que se encuentren en el país, que padezcan de enfermedad renal crónica, con la finalidad de disminuir la incidencia de pacientes en TRR lo que representaría un ahorro significativo al gasto del Estado destinado para esta cobertura.

Los poderes públicos, deberán asegurar en todo el territorio ecuatoriano la protección social laboral, económica y de salud de las personas con enfermedad renal crónica.

El Ministerio de Salud Pública y de seguridad social deberá garantizar una adecuada protección de los trabajadores con diagnóstico de enfermedad renal crónica. Las distintas administraciones públicas y en especial, el Instituto Nacional de Seguridad Social así como sus órganos dependientes, entidades gestoras y colaboradoras, velarán porque las especiales características de

diagnóstico y valoración de la gravedad de la enfermedad renal crónica no suponga un obstáculo para la evaluación, calificación y reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas contributivas y no contributivas de la Seguridad Social por incapacidad temporal o permanente en sus distintos grados, y en su caso, por lesiones permanentes no invalidantes. De igual manera se procederá en relación de ayudas a la dependencia.

Art. 4.- DEFINICIONES. - Para efectos de ésta Ley se entenderá por:

Enfermedad renal crónica (ERC): Cuando la función renal está disminuida con tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o por la presencia de marcadores de daño renal, como albuminuria, anomalías en el sedimento urinario u otros trastornos electrolíticos por mas de 3 meses. Entendido como una clasificación por Causa, Tasa de Filtrado Glomerular e Índice Albumina Creatinina, y marcadores de daño renal.

Enfermedad renal crónica Grado 5 o Falla Renal: , definida como TFG < 15 mL/min/1,73 m², los pacientes corren el riesgo de complicaciones potencialmente letales sin terapia de reemplazo renal (TRR).

Nefroprevención: Medidas que se destinan a promover la promoción de la salud renal de la población ecuatoriana.

Nefroprevención primaria: Medidas destinadas a impedir el desarrollo de ERC.

Nefroprevención secundaria: Destinada a prevenir la pérdida progresiva de la función renal en pacientes con ERC establecida. Prevenir las complicaciones cardiovasculares, y establecer etapas pre diálisis.

Nefroprevención terciaria: Destinada a prevenir las complicaciones cardiovasculares, y establecer etapas prediálisis.

Los grados de Enfermedad renal crónica son:

Grado 1.- Tasa de filtración glomerular mayor o igual a 90 ml/min/1.73m² en presencia de marcadores de daño como la albuminuria, anomalías del sedimento urinario, trastornos electrolíticos, alteraciones anatómicas.

Grado 2.- Tasa de filtración glomerular 60 a 89 ml/min/1.73m² en presencia de marcadores de daño como la albuminuria, anomalías del sedimento urinario, trastornos electrolíticos, alteraciones anatómicas.

Grado 3^a.- Tasa de filtración glomerular 45 a 59 ml/min/1.73m² con o sin presencia de marcadores de daño como la albuminuria, anomalías del sedimento urinario, trastornos electrolíticos, alteraciones anatómicas.

Grado 3B.- Tasa de filtración glomerular 44 a 30 ml/min/1.73m² con o sin presencia de marcadores de daño como la albuminuria, anomalías del sedimento urinario, trastornos electrolíticos, alteraciones anatómicas.

Grado 4.- Tasa de filtración glomerular 30 a 15 ml/min/1.73m² con o sin presencia de marcadores de daño como la albuminuria, anomalías del sedimento urinario, trastornos electrolíticos, alteraciones anatómicas.

Grado 5.- Tasa de filtración glomerular menor de 15 ml/min/1.73m² en presencia de marcadores de daño como la albuminuria, anomalías del sedimento urinario, trastornos electrolíticos, alteraciones anatómicas.

La albuminuria se clasifica midiendo el índice alb/creat en A1, A2, A3 según sus valores:

A1: menor a 30mg

A2: de 30 a 299mg

A3: mayor o igual a 300mg .

Estadios de la ERC + Riesgo de efectos adversos			Categorías por IAC (mg/g) o proteinuria en 24 horas (mg) o IPC (mg/g) o tirilla		
			IAC <30 Normal o levemente aumentada	IAC de 30 a 299 Moderadamente aumentada	IAC ≥ 300 Severamente aumentada
			Proteinuria 24 h <150	Proteinuria 24 h 150 – 499	Proteinuria 24 h ≥500
			IPC <150	IPC ≥500	IPC ≥500
			Tirilla negativa a trazas	Tirilla trazas a 1+	Tirilla ≥1+
			A1	A2	A3
TFG (ml/min/1.73m ²)	≥90 Normal y elevado	G1	Sin ERC en ausencia de marcadores de daño renal		
	60-89 Reducción leve, relacionada con un rango normal para adultos jóvenes	G2			
	45-59 Reducción leve-moderada	G3a			
	30-44 Reducción moderada-severa	G3b			
	15-29 Reducción severa	G4			
	<15 Falla renal	G5			
Aumenta el riesgo			Aumenta el riesgo		

Art. 5.- PRINCIPIOS. – En la aplicación de la presente Ley se consideran los siguientes principios:

Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud asegurarán el acceso a todas las personas, sin discriminación, a las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación sobre el padecimiento de enfermedad renal crónica. Además se debe garantizar libre acceso a todos los medicamentos y terapias avaladas y reconocidas en la categoría para disminución en la progresión de ERC. Garantizando el acceso a todas las moléculas y de existir disponibilidad de copias o genéricos, éstas deben cumplir con todos los requisitos y evaluaciones que garanticen su bioequivalencia y efecto terapéutico al menos con estudios de No Inferioridad en comparación a la molécula original

Calidad: El estado garantizará que los establecimientos de salud cuenten con personal capacitado y recursos disponibles para atender de manera eficiente y oportuna a los pacientes que padezcan de enfermedad renal crónica.

Confidencialidad: Ningún establecimiento profesional de salud, podrán revelar o divulgar los archivos médicos de personas sin su consentimiento expreso o de ser el caso de su representante legal de conformidad con la constitución y la Ley

Orgánica de protección de datos Personales, Ley de derechos y amparo del paciente, y el reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud.

Dignidad: Los establecimientos y profesionales de salud garantizarán la atención, cuidado y tratamiento de salud, protegiendo la dignidad de la persona a través del reconocimiento de sus derechos fundamentales.

Disponibilidad: El estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas de prevención de progresión del daño renal, sumando a las estrategias, la utilización de Inteligencia Artificial para tamizado y detección temprana de la enfermedad y otras herramientas tecnológicas como video consultas y aplicaciones informáticas para dispositivos móviles y tabketas.

Igualdad y no discriminación: Se brindará la atención a personas que lo soliciten en condiciones de igualdad, excluyendo cualquier forma de discriminación.

Inclusión social: La atención, cuidado y tratamiento de un problema de enfermedad renal crónica tendrá como objetivo la inclusión de la persona en su familia, en la comunidad, en los ámbitos educativos, laborales a los que pertenece; ninguna persona podrá ser discriminada a razón de padecer enfermedad renal crónica.

Interculturalidad: Los establecimientos y profesionales de la salud considerarán las diferencias étnicas, lingüísticas y culturales al momento de brindar la atención, cuidado y tratamiento a las personas con problemas de enfermedad renal crónica.

Voluntariedad: No se podrá actuar sin el consentimiento de la persona que padece enfermedad renal crónica. En el caso de que las personas que padezcan la enfermedad no se puedan valer por sí mismos por motivos de edad,

enfermedad o condición, las decisiones que se tomen relativos a su salud se las harán por intermedio de sus representantes legales.

TITULO I

DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y PERSONAS QUE ESTAN BAJO SU CUIDADO.

Artículo 6.- DERECHOS. - Las personas que padezcan la enfermedad renal crónica tendrán los siguientes derechos:

- a.** Tener un diagnóstico temprano a través de una evaluación médica precisa y accesible.
- b.** Ser informado sobre el tratamiento terapéutico que recibirán y sus características.
- c.** Contar con el tratamiento integral y adecuado con el fin de proteger la integridad tanto física como mental del paciente. El estado asegura el acceso a medicamentos, exámenes, terapias físicas y psicológicas, medicina complementaria, considerando el nivel de la patología, la edad y comorbilidades (tratamiento y medicinas específicas), capacitación e información de los pacientes con enfermedad renal crónica. Prevalciendo el derecho a la accesibilidad a fármacos y tratamientos que hayan demostrado su eficacia y eficiencia en disminuir la progresión de la ERC a estadios finales.
- d.** Solicitar y tener acceso a toda la información sobre causas, características de la patología, tratamiento convencional y alternativo, con el fin de minimizar los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- e.** Acceder a licencias médicas especiales acorde a las características del curso de la enfermedad.
- f.** Mantenimiento de la actividad laboral, con una adaptación de horario, carga laboral espacio físico necesario para su condición y las demás consideraciones necesarias para el acceso a un trabajo digno acorde a las características del curso de la enfermedad.

- g. Tener acceso a los procedimientos de diagnóstico, evaluación, calificación y revisión por parte de médicos especializados para determinar el grado de enfermedad renal crónica y discapacidad que la enfermedad renal crónica podría causar.
- h. Garantizar el acceso a los establecimientos de salud públicos y privados sin discriminación por ningún motivo.
- i. Derecho a la confidencialidad de la información personal, médico nefrólogo, enfermedad y tratamiento contenido en el expediente clínico; salvo en las excepciones determinadas en otras leyes.
- j. Derecho a que el tratamiento que reciba esté expuesto o redactado en un plan terapéutico prescrito en la historia clínica o ficha de atención.
- k. Derecho a la protección contra tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- l. Derecho a denunciar cualquier abuso que se cometa en su contra.
- m. Derecho a un ambiente seguro, higiénico y humano dentro de las instituciones e instalaciones de atención.

Art. 7.- DERECHO DE LOS FAMILIARES Y CUIDADORES. - Se reconocen como derecho de los familiares y cuidadores los siguientes:

Derecho al acceso a la información necesaria sobre la enfermedad y tratamiento, con el objeto de orientar el cuidado de su familiar con alguna enfermedad, patología, complicaciones de la enfermedad renal crónica;

Derecho a recibir cursos de psico-educación sobre la enfermedad y el tratamiento de su familiar;

Derecho a ser involucrado en la formulación e implementación del tratamiento de su familiar;

Derecho a mantener contacto y comunicación con su familiar cuando este internado, siempre y cuando, este contacto no se contraproducente para la salud del paciente; y,

Derecho a solicitar el egreso de su familiar.

Artículo 8.- MEDIDAS DE INFORMACIÓN, ESTUDIO Y SENSIBILIZACIÓN. -

Los poderes públicos promoverán y pondrán los medios adecuados para:

La capacitación por parte de todos los profesionales de la salud en ejercicio de cursos de actualización de conocimientos con respecto a la enfermedad renal crónica. Con el objetivo de que los médicos de atención primaria tengan los conocimientos, capacidad y autoridad para poder diagnosticar un posible cuadro de estas enfermedades, y en caso contrario, para derivar a los pacientes a los especialistas correspondientes.

La inclusión de la enfermedad renal crónica en la Estrategia de Atención a los enfermos crónicos con un capítulo específico.

La creación de unidades de nefroprevención, multidisciplinarias en cada uno de los centros hospitalarios, formadas por especialistas nefrólogos, psicólogos y cualquier otra especialidad necesaria, para el estudio y tratamiento de esta patología.

La incorporación para la investigación de enfermedad renal crónica por parte de los centros de investigación, así como de otras enfermedades relacionadas.

La realización de campañas informativas y de concienciación dirigida a la ciudadanía, y en especial al colectivo de empresarios, sobre la enfermedad renal crónica.

La inclusión del estudio de estas enfermedades en los planes de estudios universitarios de las ramas de ciencias de la salud, derecho, trabajo social y ciencias del ambiente.

Artículo 9.- EDUCACIÓN DE LA CIUDADANIA. - Las autoridades competentes promoverán e implementarán programas de educación dirigidos a la ciudadanía,

sobre el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas de la enfermedad renal crónica.

Artículo 10.- LICENCIAS MEDICAS. - Será obligación de los empleadores públicos o privados, así como en las entidades educativas de cualquier nivel académico, el validar licencias médicas presentadas por pacientes con enfermedad renal crónica, de acuerdo al grado de la enfermedad, sin que esas sean consideradas para despidos, o aspectos que perjudiquen o vulneren algún derecho.

Artículo 11.- CARNET DE DISCAPACIDAD. - Las personas que padezcan enfermedad renal crónica podrán solicitar la calificación de discapacidad o condición discapacitante ante el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) o ante la institución sanitaria que este facultada para realizar la calificación para que se determine si puede ser sujeto de los beneficios por pertenecer a un grupo de atención prioritaria.

El Porcentaje de discapacidad dependerá del avance de la enfermedad, (catastrófica, incapacitante, crónica).

Artículo 12.- REGISTROS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. - Las instituciones educativas públicas y privadas, de nivel básico, intermedio y superior en coordinación con la entidad rectora de educación llevarán un registro de los estudiantes que padezcan enfermedad renal crónica con el fin de justificar las ausencias de los estudiantes que por complicaciones de la enfermedad renal crónica falten a clases, sin importar el periodo que tome su recuperación.

TITULO II

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Art.12.- PREVENCIÓN. - La enfermedad renal crónica, por sus consecuencias para la salud pública y altos costos para el estado se considera de vital importancia que se generen planes de nefroprevención primaria y secundaria en todos los niveles de atención del sistema nacional de salud.

Los pacientes que requieran de diálisis serán derivados a los centros públicos o privados de la red de clínicas de sustitución renal.

Los médicos generales deberán certificarse en salud renal y nefroprevención en la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología.

Art.13.- DIAGNÓSTICO. - Los médicos públicos y privados tienen la obligación de realizar un diagnóstico basado en la historia clínica detallada del paciente y exámenes en general e informar al paciente cual es la enfermedad que padece, cuáles son los síntomas y que daños le producen a su cuerpo. Los laboratorios clínicos deberán entregar los resultados de exámenes calculando la tasa de filtración glomerular; deberán estandarizar los valores de referencia de normalidad, dentro de parámetros permitidos, que no sobrepasen el valor superior de 1.0, y de ser el caso el paciente será remitido al nefrólogo para su diagnóstico y tratamiento.

Art.14.- SEGUIMIENTO. - Las instituciones hospitalarias públicas y privadas, tienen la obligación de llevar un registro de los pacientes con enfermedad renal crónica. Después de que un paciente haya sido atendido por disminución de la función renal y/o microalbuminuria, proteinuria, en la que el paciente pueda padecer de enfermedad renal crónica o se haya diagnosticado oficialmente la enfermedad, las instituciones hospitalarias estarán en constante comunicación con los pacientes para llevar un control sobre su patología elaborando un historial médico donde se refleje el estado del paciente e información concerniente al agravamiento o mejoría de su condición.

Art. 15.- TRATAMIENTO. - El especialista, médico tratante o médico asignado

por el ministerio de salud pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o centros privados, explicará en términos de fácil comprensión tanto al paciente como a los familiares o representantes legales, cómo debe ser el cuidado de la persona que padece de enfermedad renal crónica, así como el tiempo y procedimientos a seguir para su tratamiento.

De igual manera se explicará al paciente, a los familiares o representantes legales el tipo de medicamento que serán consumidos por el paciente y los efectos secundarios que éstos tendrán, a corto, mediano y largo plazo. El médico tendrá la obligación de derivar al paciente al departamento de psicología en los hospitales y centros de nefroprotección que existan, para recibir terapia convencional, grupo de apoyo, biorretroalimentación, terapia cognitivo-conductual y las demás que sean necesarias para entender, control y disminuir el estrés a fin de poder controlar los síntomas.

Los médicos especialistas, tratantes, prescribirán como parte del tratamiento, medicamentos nefroprotectores como son los inhibidores de los cotransportadores de sodio – glucosa tipo 2, bloqueantes del sistema renina angiotensina, antagonistas de los receptores mineralocorticoides, agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón y medicamentos que frenen el proceso oxidativo e inflamatorio crónico, dependiendo de la causa que llevo al daño renal crónico al paciente.

TITULO III

DE LO LABORAL

Art. 16.- Derecho al trabajo. - Las personas que padecen enfermedad renal crónica tienen derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y a no ser discriminado en las practicas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación e

indemnización de personal y demás condiciones establecidas en los sectores público y privado.

Art. 17.- Normas suplementarias. — En lo que respecta al ámbito laboral, lo que no esté regulado en esta ley se estará a lo dispuesto a lo que dispone el Código del Trabajo, Ley Orgánica del Servicio Público y a la Ley Orgánica de Discapacidades en lo pertinente.

Art. 18- Jornada laboral mixta. - El empleador está obligado a establecer una jornada laboral mixta previo consenso con el trabajador que padezca enfermedad renal crónica en estado avanzado que cuente con la debida certificación por parte de una Institución de Salud Pública o Privada. La jornada laboral mixta comprenderá que el trabajador pueda laborar por medio de teletrabajo el cual no puede superar el umbral de 18 horas semanales, por lo cual las actividades que deba de ejecutar el trabajador deberán ser adecuadas para que puedan ser ejecutadas bajo la modalidad de jornada laboral mixta.

Art. 19.- Licencia con sueldo a los trabajadores y trabajadoras para el tratamiento de hijos o hijas que padecen enfermedad renal crónica. - Los trabajadores y trabajadoras tendrán derecho a que se les otorguen licencias con remuneración para atender los casos de hijas e hijos que presenten enfermedad renal crónica. La ausencia al trabajo se justificará mediante un certificado médico otorgado por el especialista tratante o el correspondiente certificado de hospitalización.

Art 20.- Estabilidad laboral. — Las personas que padecen enfermedad renal crónica y que estén en terapia de reemplazo renal gozaran de estabilidad especial en el trabajo.

En el caso de despido injustificado de una persona que padezca enfermedad renal crónica y este en terapia de remplazo renal, deberá de ser indemnizada con un valor equivalente a 4 cuatros meses de la mejor remuneración,

adicionalmente de la indemnización legal correspondiente.

Además, para la supresión de puestos no se considerarán los que ocupen las personas que padecen enfermedad renal crónica y que se encuentren en terapia de remplazo renal, debidamente certificado por la autoridad sanitaria nacional.

TITULO III

RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

Art. 21.- COMPETENCIAS. - Corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional dentro del ámbito de sus competencias, la formulación y ejecución de políticas y estrategias para el cabal cumplimiento de la presente Ley.

Art. 22.- ACCIONES DE PROMOCIÓN. - El Estado, a través de los ministerios sectoriales de educación, trabajo, inclusión social y salud pública, en coordinación con otras instituciones públicas y sociedades científicas especializadas como la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, en el marco de sus competencias y privadas, desarrollarán actividades de promoción, prevención, detección e intervención en temas de salud sobre la enfermedad renal crónica.

El Estado coordinará con instituciones públicas, privadas y con las organizaciones científicas y de la sociedad civil, acciones de campañas para el conocimiento y sensibilización sobre la enfermedad renal crónica. Acorde a sus planes y presupuestos determinados.

Art. 23.- VIGILANCIA Y CUMPLIMIENTO. - La Autoridad Nacional de Salud en coordinación con el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades ejercerán el control y vigilancia del cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley.

Art. 24.- PRIORIZACIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA. - El Estado actuará en situaciones críticas como: desastres naturales, pandemias, crisis de conmoción social; que afecten a poblaciones en riesgo, así mismo priorizarán a las personas que padezcan de enfermedad renal crónica.

Art. 25.- CUMPLIMIENTO DE LEY. - El Estado ejecutará las actividades necesarias para el cumplimiento de la presente Ley, sin perjuicio de aquellas que competen a otras instituciones.

Art. 26.- PROHIBICIÓN. — La Autoridad Sanitaria Nacional, por medio de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad implementará las acciones correspondientes a fin de evitar la ejecución de políticas públicas que sean contrarias a esta Ley; y garantizará los derechos de las personas, familias y comunidades en el ámbito de protección del Derecho a la Salud que regula la presente Ley

TITULO IV

DE LAS SANCIONES

Artículo 22.- PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO. - Las sanciones que emanen de la inobservancia, incumplimiento y vulneración de los derechos prescritos en la presente ley en cuanto a la iniciación y la tramitación del procedimiento sancionatorio serán acorde a como está dispuesto en el capítulo que regula las sanciones administrativas en la Ley Orgánica de Discapacidades.

Art. 23.- SANCIONES. - Las infracciones en materia de salud serán sancionadas de conformidad con las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales a que hubiera lugar.

Art. 24.- CONCURRENCIA DE INFRACCIONES. - En la concurrencia de más de una infracción a las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos, la persona será juzgada por todas las cometidas.

Art. 25.- REINCIDENCIA DE INFRACCIONES. - La reincidencia en el incumplimiento de esta Ley y sus reglamentos, será reprimida con el doble del máximo de la sanción para cada caso, sin perjuicio de las sanciones civiles o penales a que hubiere lugar.

Art. 26. - INFRACCIONES LEVES. - Se impondrá sanción pecuniaria de una (1) a cinco (5) remuneraciones básicas unificadas del trabajador privado en general, o la suspensión de actividades hasta por ocho días en caso de reincidencia, las siguientes infracciones:

Los servidores o personal de salud que se nieguen en informar a los pacientes que padecen enfermedad renal crónica y a las personas que estén bajo su cuidado sobre el tratamiento que tienen que seguir.

Los servidores o personal de salud que no elaboren o lleven incorrectamente el historial médico del paciente que padece de enfermedad renal crónica.

Negación por parte de los servidores o personal de salud de brindar información sobre las causas, características de la enfermedad, síntomas o medicamentos a consumir a las personas que padezcan enfermedad renal crónica y a las personas que estén bajo su cuidado.

Impedimento por parte de cualquier funcionario o personal de la salud de permitir que los representantes legales o personas que estén bajo su cuidado se involucren en el tratamiento del mismo.

Impedimento por parte de cualquier funcionario o personal de la salud de mantener contacto o comunicación con el paciente que padece enfermedad renal crónica, siempre y cuando no sea contraproducente para la salud del paciente.

Art. 27.- INFRACCIONES GRAVES. - Se impondrá sanción pecuniaria de seis (6) a diez (10) remuneraciones básicas unificadas del trabajador privado en general y/o suspensión de actividades hasta por veinte (15) días, a juicio de la autoridad sancionadora, por las siguientes infracciones;

Los servidores o personal de la salud que no brinden un adecuado tratamiento según los manuales o prácticas que se prevean para la atención adecuada a los pacientes que padecen de enfermedad renal crónica.

Los empleadores públicos o privados que no concedan licencias médicas a los trabajadores que padecen enfermedad renal crónica cuando estas han sido solicitadas debidamente justificadas en razón de su condición clínica.

Los empleadores que no adecuen el espacio laboral de los trabajadores que padezcan enfermedad renal crónica según sus necesidades físicas.

Los servidores o personal de la salud que divulguen información confidencial, salvo las excepciones que establece la ley.

Los servidores o personal de la salud que presten o atiendan a pacientes que padezcan enfermedad renal crónica de manera diferenciada por razones culturales, raza, nivel socio-económico o cualquier aspecto discriminante.

Art. 28.- INFRACCIONES GRAVÍSIMAS. - Se impondrá sanción pecuniaria de once (11) a quince (15) remuneraciones básicas unificadas del trabajador privado general y/o suspensión de actividades hasta por treinta (30) días, a juicio de la autoridad sancionadora, las siguientes infracciones:

Los servidores o personal de la salud que cometan actos crueles, inhumanos o degradantes hacia personas que padezcan enfermedad renal crónica.

Los servidores que impidan que las personas que padezcan de enfermedad renal crónica interpongan denuncias por afectaciones a sus derechos ante las

autoridades competentes.

Los establecimientos públicos o privados, y los servidores o personal de la salud que impidan el acceso a los establecimientos de salud a las personas que padezcan enfermedad renal crónica.

Los empleadores y personal de talento humano como corresponsales que hayan despedido a trabajadores que padezcan enfermedad renal crónica y se encuentren en terapia de reemplazo renal por su condición clínica.

Art. 29. - DESTINO DE LAS MULTAS POR INFRACCIONES. - El producto de las multas que se recauden por infracciones a lo dispuesto por esta Ley y sus reglamentos, será utilizado en la respectiva jurisdicción en donde se las impusiere, debiendo destinarlo para la atención y mejoramiento de los servicios de salud.

DISPOSICIONES GENERALES

PREVIERA.- La implementación de esta Ley se ajustará al presupuesto asignado al ente rector en materia de salud, evitando que exista un incremento en gasto público.

SEGUNDA.- Incorpórese a la enfermedad renal crónica dentro del catálogo de Enfermedades de atención prioritaria que ha elaborado para el efecto el Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- El presidente de la República expedirá el reglamento para la ejecución de la presente Ley dentro del plazo de ciento veinte días, contado a

partir de su publicación en el Registro Oficial.

DISPOSICION FINAL.- La presente Ley entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial.

**LEY DE PROTECCIÓN A PERSONAS QUE PADECEN
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

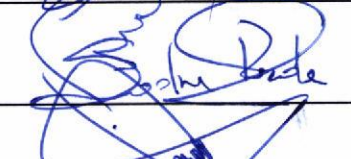
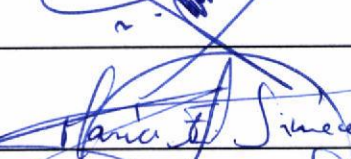
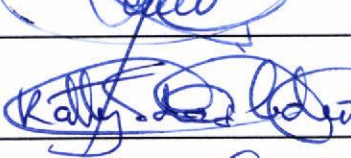
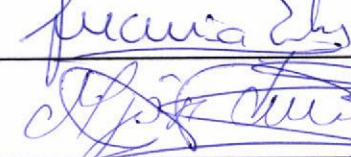
Presentado por: Asambleísta Camilo Salinas Ochoa

ASAMBLEÍSTAS QUE RESPALDAN EL PROYECTO DE LEY		
NOMBRE	CEDULA	FIRMA

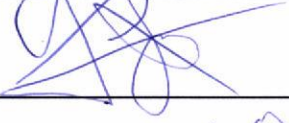
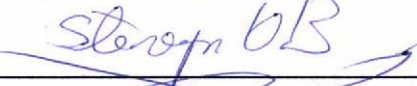
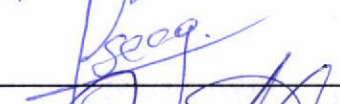
[illegible]

PROYECTO DE LEY DE SALUD RENAL Y NEFROPROTECCIÓN

Presentado por: Asambleísta Camilo Salinas Ochoa

NOMBRE	CÉDULA	FIRMA
Camilo Salinas O	120337121	
Sandra Rueda C.	1500392848	
ENRIQUE WUOL M	0909416638	
Maria Fernanda Simez	0927383596	
Jorge Benito C.	1713428041	
Andrea Goodbreier	1713318319	
Ignacio Salazar Cedeno	0918181550	
Amor Galasa	1904128567	
Juan C. Rosero	060211945-5	
Carla Ceva	1715502926	
Andrea Guastorren	1713398319	
MARCELO ACHI	1708970437	
JOHANNY BENITEZ	1710215102	
Ma. Mercedes Soto	1711636223	
Gissella Molina	1205974593	



NOMBRE	CÉDULA	FIRMA
JORGE E. Chamba	0906718135	
JAIME MORENO FELIX	0916617822	
Steven Ordóñez	0705222688	
Adrian Castro	0104194493	
Dalcyana Passalungra	091434532-7	
Gabriela Garcia	0926788050	
Roberto Carlos Lora Lopez	080576606	
Samuel Celso G.	0809187082	
HERNAN ZAPATA	1713473237	
Sofia Sanchez	0104105887	
Hamilton Intezango	1306758192	

FICHA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN INICIATIVAS LEGISLATIVAS

Nombre del Proyecto de Ley y/o reforma: PROYECTO DE LEY DE SALUD RENAL Y NEFROPREVENCIÓN

Proponente de la iniciativa legislativa: CAMILO SALINAS OCHOA

I. NECESIDAD DEL PROYECTO O INICIATIVA LEGISLATIVA

1. ¿Responde este proyecto de Ley y/o reforma a una necesidad jurídica?
 - Suplir la ausencia de regulación o normativa específica
2. ¿Responde este proyecto de Ley y/o reforma a una necesidad programática y/o derecho?
 - Salud
3. ¿Qué normas legales vigentes se verían afectadas o deberían derogarse o reformarse con la aprobación de la norma propuesta?
 - Ninguno

II. ALINEACIÓN PROGRAMÁTICA

4. ¿El ámbito de la propuesta de Ley y/o reforma y sus principios están previstos dentro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo?
 - ¿A qué objetivo del PND se alinea más su contenido?
 - Objetivo 1, Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social
5. ¿La propuesta de Ley y/o reforma viabiliza, apoya o complementa de alguna manera los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)?
 - ¿A qué objetivo del Agenda 2030 se alinea más su contenido?
 - Objetivo 3, Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

III. REPERCUSIONES ECONÓMICAS Y PRESUPUESTARIAS

6. ¿La propuesta de Ley y/o reforma da lugar a alguna carga y/o impacto económico en:
 - Ninguno

IV. REPERCUSIONES SOCIALES

7. ¿Qué población se vería beneficiada?
 - Población nacional

V. EFECTOS Y/O REPERCUSIONES POLÍTICAS

8. ¿Qué función/es y/o entidad/es se encargarán de implementar la propuesta de Ley y/o reforma?
 - Función Ejecutiva
 - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
9. ¿Es posible identificar posibles efectos secundarios negativos, conflictividad o consecuencias no deseadas de su propuesta?
 - NO