

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN
PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2020-2021

Dictamen 01-2020-2021/CSP-CR



Señor presidente:

Han sido remitidas para estudio y dictamen de la Comisión de Salud y Población las iniciativas legislativas siguientes:

- **Proyecto de Ley 4927/2020-CR**, presentado por Congresista Erwin Tito Ortega, integrante del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, por el que se propone la Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud durante la vigencia del Estado de Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el Coronavirus (COVID-19).
- **Proyecto de Ley 5097/2020-CR**, presentado por el Congresista Hipólito Chaiña Contreras, integrante del Grupo Parlamentario Unión por el Perú, por el que propone la Ley que declara de interés nacional y necesidad pública la reestructuración del Sistema Nacional de Salud.
- **Proyecto de Ley 5181/2020-CR**, presentado por el Congresista Omar Merino López, miembro del Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso, por el que propone la Ley que declara y regula por necesidad pública la reforma y emergencia del sistema nacional de salud.

El presente dictamen fue aprobado por mayoría en la segunda sesión extraordinaria de la Comisión, celebrada el 16 de mayo de 2020. Votaron a favor los señores congresistas, Jorge Luis Pérez Flores, Yessy Fabián Díaz, Luis Castillo Oliva, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Gonzáles Santos, Absalón Montoya Guivin, Tania Rodas Malca, Napoleón Vigo Gutiérrez y Omar Merino López. En contra, el señor congresista Hipólito Chaiña Contreras.

I. SITUACIÓN PROCESAL

1.1. Antecedentes.

Los proyectos de Ley ingresaron a la Comisión de Salud y Población conforme se aprecia en la tabla siguiente:

Proyecto de Ley	Ingreso al Área de Trámite Documentario	Primera Comisión	Segunda Comisión	Fecha del Decreto de envío a comisiones
4927/2020-CR	26.03.20	Salud y Población	--	06.05.20
5097/2020-CR	29.04.20	Salud y Población	--	09.05.20
5181/2020-CR	30.05.20	Salud y Población	--	14.05.20

Las iniciativas legislativas materia de dictamen cumplen con los requisitos generales y específicos señalados en los artículos 75, 76 y 77 del Reglamento del Congreso de la República, por lo cual se realizó el estudio correspondiente.

1.2. Contenido de las iniciativas.

- El **Proyecto de Ley 4927/2020-CR**, tiene por objeto fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud durante la vigencia de la declaración del estado de emergencia sanitaria a nivel nacional por el Coronavirus (COVID-19).
- El **Proyecto de Ley 5097/2020-CR**, tiene por objeto declarar de interés y necesidad pública la reestructuración del Sistema Nacional de Salud.
- El **Proyecto de Ley 5181/2020-CR**, tiene por objeto declarar y regular por necesidad pública la reforma y emergencia del sistema nacional de salud, a fin de revertir la aguda crisis que atraviesa la gestión de los establecimientos y redes prestacionales de salud a cargo de las diferentes entidades y en los tres niveles de gobiernos que conforman el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

II. OPINIONES E INFORMACIÓN.

2.1. Opiniones solicitadas.

La Comisión de Salud y Población ha estimado pertinente dictaminar el texto sustitutorio que consolida los Proyectos de Ley que contienen la iniciativa indicada, sin contar con las opiniones de las instituciones del sector u organizaciones ciudadanas pertinentes, habida cuenta de la situación excepcional de emergencia sanitaria originada por la

pandemia por COVID-19, que ha puesto en evidencia, graves debilidades de carácter estructural en nuestro Sistema de Salud, resultando necesario e impostergable implementar acciones que permitan dar respuesta en el corto, mediano y largo plazo, a esta y futuras amenazas. Decisión que, finalmente, se pone a consideración del pleno del Congreso para su ratificación y aprobación, con carácter de urgente.

III. MARCO NORMATIVO.

- Constitución Política del Perú.
- Ley 26842, Ley General de Salud.
- Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de la Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Decreto Supremo 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

IV. ANÁLISIS.

4.1. Análisis Técnico.

a) Alcance del presente Dictamen.

El artículo 34 del Reglamento del Congreso de la República señala que las comisiones son grupos de trabajo especializados de Congresistas, a las que les compete, entre otras funciones, el dictamen de los proyectos de ley que son puestos en su conocimiento de acuerdo con su especialidad o la materia.

En tal sentido, la Comisión se pronunciará acerca de la conveniencia de la aprobación de las iniciativas legislativas focalizando su análisis en los temas en materia de Salud.

b) Rol de Estado.

De conformidad con los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú establecen que todos tenemos derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, donde el Estado

determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla de manera plural y descentralizada a fin de poder facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud.

Por otro lado, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, norman que la protección de la salud es de interés público, así como la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo la responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, haciendo que sea irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública.

El Tribunal Constitucional¹, por su parte, ha precisado respecto al derecho a la salud que *"(...) el acceso y el goce de las prestaciones de salud también están comprendidos en los ámbitos de protección o contenidos en el derecho a la salud. En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una restricción arbitraria de la prestación, una perturbación en el goce de la misma o, finalmente, una exclusión o separación arbitraria o ilegal de la prestación, constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud"*.

En tal sentido, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho fundamental que no se acaba con una sola mención declarativa, sino que implica un conjunto de acciones que permita efectivizarla, garantizándola a través de la igualdad de oportunidades en el acceso al servicio de la salud, enmarcándose en el mejoramiento continuo de hospitales y centros de salud, especialmente de los niveles de I-4, II-1 y II-2, que requieren del actuar inmediato por parte del Poder Ejecutivo, para dotarlos de recursos humanos, equipamiento e infraestructura el mismo que se ha visto retrasado por más de 10 años, generando el colapso de los servicios de salud y superando la capacidad de atención. Por ello resulta imperativo el mejoramiento de sus servicios a través de la declaración de emergencia y reforma del sistema de salud; de modo tal que el Ministerio de Salud ejerza su rol rector y las demás instituciones que brinden el servicio de salud, mejoren su capacidad diagnóstica y resolutoria de los servicios de atención de los diversos establecimientos a nivel nacional.

¹ STC 07231-2005-P A/TC.

Es preciso señalar que la existencia de brechas de acceso a los servicios de salud se debe a diversos factores²: déficit de recursos humanos, limitaciones de infraestructura y equipamiento, debilidades en la gestión de la inversión en salud, entre otros, donde el Estado dejó de invertir por muchos años en establecimientos de salud, e incluso en aquellos donde tienen una antigüedad mayor de 50 años y existe una cantidad de establecimientos con capacidad resolutive básica que no permiten una respuesta eficiente a la diversas demandas de salud.

A ello se suma que nuestro Sistema de Salud corresponde a un sistema mixto, pues la naturaleza de los bienes procede tanto del sector público como del sector privado; las fuentes de financiamiento vienen de la recaudación fiscal, las cotizaciones (ESSALUD) y los seguros privados. Respecto a los dos más grandes prestadores de servicios de salud como son el Ministerio de Salud y EsSalud, presentan grandes diferencias, teniendo entre sus debilidades principales la superposición de redes, ausencias de complementariedad de servicios y continuidad de cuidado, e imposibilidad de atención integral³.

El apoyo de diversas instituciones internacionales al modelo de mercado hizo que se perdiera en las decisiones políticas el aseguramiento social en salud, su financiamiento, por lo que el acceso a los servicios y la calidad en salud son más inequitativos y excluyentes. La reforma y emergencia del sistema de salud está centrada en mejorar la capacidad resolutive del sector, para hacer que los servicios lleguen a las personas que más lo necesitan. Nuestro sistema de salud aglomera a las entidades, instituciones y unidades que han sido creadas para atender la obligación constitucional del Estado peruano de proteger la salud de la población⁴, que a través de distintos regímenes normativos, han generado muchos operadores para atender la diversidad de los servicios de salud que en muchos de los casos se han superpuesto entre sí.

Este factor, ha hecho que las diversas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)⁵, de naturaleza pública o privada,

² Consejo Nacional de Salud del Perú. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud [Internet]. Lima: Consejo Nacional de Salud; 2013 [citado el 16 de mayo de 2016].

³ Análisis de la situación de salud en el Perú, Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología

⁴ Artículo 7 de la Constitución Política del Perú

⁵ Artículo 7 del Decreto Legislativo N° 1158: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud(IPRESS) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

responden a sus propios lineamientos y directrices. Así tenemos que, en lo que respecta a las IPRESS públicas, por ejemplo, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) cuenta con su propia red de IPRESS a nivel nacional. Asimismo, existen IPRESS adscritas a las sanidades de las Fuerzas Armadas (sector Defensa) y a la Policía Nacional del Perú (sector Interior), como cierto tipo de IPRESS públicas bajo el seno de las municipalidades provinciales como lo son las de Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) y los centros de salud municipales. En las regiones, producto de la descentralización, todas las IPRESS regionales dependen del Gobierno Regional a través de sus Direcciones o Gerencias Regionales de Salud. No contándose a la fecha con una autoridad en condiciones de llevar a cabo, adecuadamente, las acciones de conducción, coordinación y supervisión de las diversas medidas y/o directivas en materia de salud pública a nivel nacional.

El Artículo 4° del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, expresa 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 la referida Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva; por tanto al Ministerio de Salud le compete de manera exclusiva generar marcos regulatorios para el adecuado ejercicio de funciones en salud y vigilar el adecuado desempeño de los mismos.

En ese sentido, el Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria vela por el bien público en materia de salud, siendo su objetivo primordial la protección y promoción de la salud de la población. No obstante, se observan diferencias estructurales en función del carácter unitario, descentralizado del país y de la organización institucional del sector salud. De tal modo, que existe una tendencia creciente a no concentrar todas las tareas en una sola institución, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado llevan a cabo las atribuciones diferenciadas.

En ese marco, la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado⁶, la cual establece que en el diseño y estructura de la administración pública, sus dependencias, entidades y organismos, no deben duplicar funciones o proveer servicios

⁶ Artículo 6.- Criterios de diseño y estructura de la Administración Pública, de la Ley Marco de Modernización del Estado

brindados por otras entidades siendo que las funciones y actividades que realice la administración pública a través de sus dependencias, entidades y organismos, debe estar plenamente justificada y amparada en sus normas, prevaleciendo el principio de especialidad, a través del cual se deben integrar funciones y competencias afines. Sobre todo, que toda dependencia, entidad u organismo de la Administración Pública debe tener claramente asignadas sus competencias de modo tal que pueda determinarse la calidad de su desempeño⁷ y el grado de cumplimiento de sus funciones, en base a una pluralidad de criterios de medición

c) Importancia de la salud.

Diego Bernardini (2013)⁸, explica que *“la salud está completamente vinculada al desarrollo y que por eso, los estudios sociales que analizan la salud pública tienen que tener en cuenta aspectos de diversas disciplinas, incluyendo la economía”*. Frente a esos hechos, la relación entre salud y desarrollo han empezado a ser destacados como fundamentales, por la literatura económica. Por ejemplo, Sachs (2001) identifica diversos canales por medio de los cuales el estado de salud de la población tiene un efecto directo en el resto de condiciones sociales. Plantea que ciertas enfermedades prevenibles reducen el número de años de vida saludables de los individuos, ocasionando pérdidas a la sociedad ya sea por muerte temprana o por discapacidades crónicas⁹.

Los problemas de salud, sin o con cobertura insuficiente, pueden tener consecuencias importantes sobre la economía de las familias, en especial de los más vulnerables deteriorando las condiciones y calidad de vida, ya que minan la capacidad de sus miembros de generar ingresos, a la vez que elevan los gastos de bolsillo (medicamentos y atención médica).

Por otro lado, las enfermedades endémicas y epidémicas, como lo que enfrentamos con el COVID19, reducen la estabilidad política y macroeconómica de un país. Así, se evidencia que el estado de salud impacta directamente en las demás condiciones socioeconómicas, por lo que el Estado debe ofrecer los servicios de salud en las mejores condiciones posibles dados la restricción de recursos disponibles.

⁷ El subrayado es nuestro.

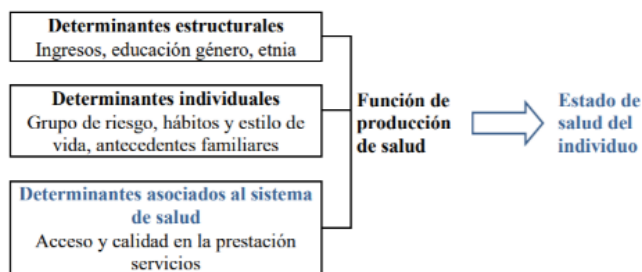
⁸ asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁹ Sachs, J. Macroeconomic and Health: Investing in Health for Economic Development, World Health Organization, 2001.

Se pone en relevancia que cuatro de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) suscritos por los países miembros de Naciones Unidas tengan que ver con el estado de salud. Esos objetivos están relacionados con la pobreza, el hambre, la mortalidad, la presencia de ciertas enfermedades e, incluso, con el acceso a agua potable y a medicamentos esenciales.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), existen tres tipos de factores que determinan el estado de salud de las personas: los determinantes estructurales: el ingreso, el nivel educativo y el género; los determinantes individuales: los estilo de vida, hábitos y antecedentes familiares; y los determinantes asociados al sistema de salud: el acceso y calidad de los servicios de salud.

Ilustración 1. Determinantes del Estado de Salud



Fuente: adaptación de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*, 2005.

En este sentido, es función del Estado garantizar el acceso equitativo al sistema de salud, mediante una estructura articulada y de coordinación entre sus entidades, a fin de que permita la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, entendiéndose que desigualdades en el estado de salud de las personas, se traducen en inequidades en sus condiciones de vida y en sus oportunidades de desarrollo.

d) Sistema de Salud.

El sistema de salud, es un factor determinante para el acceso y cobertura en la atención de salud, en vista que puede abordar directamente, en condiciones óptimas y adecuadas, las diferencias de exposición y vulnerabilidad no sólo al mejorar el acceso equitativo a la atención integral de salud, sino también al promover la acción intersectorial e intergubernamental para mejorar el estado de salud de las personas.

Pero nuestro sistema de salud caracterizado por ser limitado en su disponibilidad de recursos, en capacidad resolutive, y fragmentado en su organización, probablemente contribuya a mantener las condiciones de inequidad en salud. Por ello es de gran importancia el papel que desempeña el sistema de salud al mediar en las consecuencias diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas a través de procurar que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y de facilitar la rehabilitación y reintegración social de éstas¹⁰.

Nuestro sistema de salud además de ser fragmentado, es segmentado con escasa integración horizontal, tanto en la definición de obligaciones como en la producción de servicios. Está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las fuerzas armadas y la Policía Nacional del Perú, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada¹¹. Es coordinado a través del Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de salud, con el objetivo de lograr el cuidado integral de la salud y avanzar hacia el aseguramiento universal en salud.

El sistema de salud tiene dos subsistemas o sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que corresponde a la seguridad social. Cada subsistema opera de forma separada y replica las funciones fundamentales del sistema: rectoría, financiamiento y prestación de servicios a través de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o IPRESS.

El subsistema público subsidiado o contributivo indirecto, está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA y sus órganos desconcentrados y organismos públicos adscritos y programas. El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales, y el nivel local por los establecimientos de salud de una provincia o distrito (13). El subsistema público contributivo directo, representado por EsSalud, está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y ofrece prestaciones de salud a los trabajadores dependientes en actividad y a sus derecho-habientes a través de su propia red de IPRESS y otros órganos propios. Desde la

¹⁰ POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030

¹¹ Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud

promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, la parte menos compleja de las prestaciones de salud puede ser otorgada a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), cuando los trabajadores así lo deciden¹².

El sector o subsistema privado está constituido por diversas IPRESS lucrativas y no lucrativas, de menor a mayor complejidad, distribuidas en todo el territorio nacional, pero con alta concentración en Lima Metropolitana y otras ciudades. Este sector brinda prestaciones de salud a población con capacidad de pago a través de seguros privados de salud ofrecidos por Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), y población sin capacidad de pago en servicios de salud de instituciones eclesióstas y otras sin fines de lucro.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)¹³, es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento. Tiene potestad para actuar sobre todas las IPRESS, así como las IAFAS, públicas, privadas y mixtas del país.

e) Rol Rector del MINSA.

La Rectoría en Salud¹⁴ es la responsabilidad del Estado, ineludible e indelegable, de proteger y defender el bien público en salud, ejerciéndolo a través de la Autoridad Nacional de Salud.

Dicha rectoría no se podrá ejercer si es que la Autoridad Nacional de Salud no cuenta para su ejercicio cabal de un marco legal que lo fortalezca y lo respalde, y el desarrollo de un marco normativo que sea eficaz y eficiente. Este pilar es fundamental para que los otros pilares puedan ejercer fuerza de implementación, en especial el de la acción intergubernamental e intersectorial, ya que la Autoridad Nacional de Salud, en cumplimiento de las competencias sustantivas que le son propias e indelegables para subsanar las brechas de inequidad, quien debe impulsar la participación y desarrollo de los otros dos pilares.

¹² POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030

¹³ Decreto Supremo N° 034-2015-SA

¹⁴ Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016

En el fortalecimiento del Rol Rector de la Autoridad Nacional de Salud, debe tenerse claro que acciones tales como la formulación de la política en salud pública, la regulación sanitaria, la supervisión o súper vigilancia intergubernamental e intersectorial, son los medios fundamentales para el cumplimiento de su rol rector: la protección de la salud de la población¹⁵.

Por lo que, a través del texto sustitutorio que consolida los Proyectos de Ley que se dictaminan, por intermedio del Congreso de la República, se propone declarar en emergencia el sistema nacional de salud y regular por necesidad publica de carácter impostergable su reforma, a fin de revertir la aguda crisis que atraviesa la gestión de los establecimientos y redes prestacionales de salud, a cargo de las diferentes entidades y en los tres niveles de gobiernos que conforman el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Mediante disposiciones que permitan mejorar y ampliar la capacidad resolutive y de servicio de los establecimientos de salud para brindar una atención con calidad, en base a un primer nivel de atención fortalecido y con un nivel de resolución adecuado a las necesidades de la población, para reducir el gasto de bolsillo de los ciudadanos y garantizarles un acceso de medicamentos de calidad; así también, la propuesta signifique el fortalecimiento del Ministerio de Salud como ente rector del Sistema de Salud, con especial énfasis en el fortalecimiento de las acciones de respuesta articuladas en materia salud pública y mejores condiciones para enfrentar epidemias o pandemias como es el caso del COVID-19.

f) Establecimientos de Salud.

A enero de 2020, del total de establecimientos de salud de primer nivel de atención¹⁶, no menos que el 77.8% (6,785 de 8,723 de establecimientos de salud) presenta una infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Respecto a EsSalud, se ha identificado que el 84% de sus establecimientos (242) se encuentra en esa condición, siendo las redes de Junín, La Libertad y Piura como las que presentan mayor cantidad de centros asistenciales inadecuados.

Respecto a la situación de los hospitales, de los 243 que existen a nivel nacional, el 51% tiene capacidad instalada inadecuada. Estos

¹⁵ Conforme lo señala la Ley General de Salud, La ley de Bases de Descentralización y la Ley Orgánica de Municipalidades

¹⁶ Puestos de salud, postas de salud, centros de salud y centros médicos (categorías I-1, I-2, I-3 y I-4)

establecimientos son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población mediante atención integral ambulatoria y hospitalaria con servicios especializados, y la brecha no permite que las prestaciones se realicen en condiciones óptimas. Entre los departamentos con brechas mayores al 60% encontramos a Áncash (83.3%), Lima (76.1%), Tumbes (66.7%), Ucayali (66.7%), Apurímac (66.7%), Ayacucho (60%) y Puno (60%). En el caso de EsSalud, se tienen 73 centros hospitalarios en esta situación¹⁷.

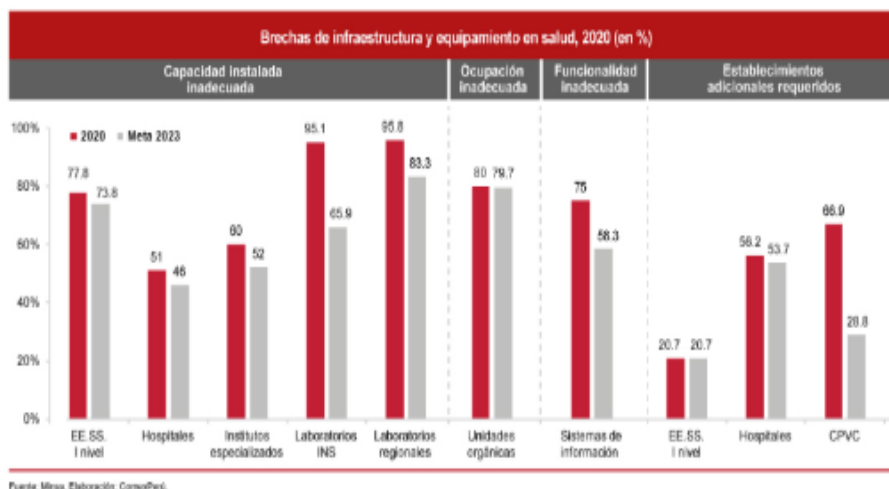
Los institutos especializados, el 60% de ellos no cuenta con infraestructura y equipamiento acordes con los estándares sectoriales establecidos¹⁸, por lo que su servicio se ve limitado. Si bien en los últimos años hubo una fuerte inversión en el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) y el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, entre otros, aún se requieren mayores fondos para fortalecer otros establecimientos dependientes de los Gobiernos regionales y el MINSA.

Respecto a los laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS), organismo público ejecutor del MINSA, dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, la situación es inaceptable. De los 41 laboratorios, 39 poseen capacidad instalada inadecuada, es decir, el 95.1%. Estos laboratorios pertenecen a los seis centros nacionales¹⁹ que tienen como misión la promoción, desarrollo y difusión de la investigación científico-tecnológica y la prestación de servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional y protección del ambiente y salud intercultural. De igual manera, el 95.8% de los laboratorios regionales no cuentan con condiciones óptimas en cuanto a infraestructura y equipamiento especializado para brindar el servicio.

¹⁷ ComexPerú Semanario 1017, Publicado en enero 31, 2020.

¹⁸ Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. DS N° 013-2006-SA

¹⁹ Centro Nacional de Salud Pública (CNSP), Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, (CNAN), Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Medio Ambiente para la Salud (Censopas), Centro Nacional de Productos Biológicos (CNPB), Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) y Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC).



V. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL.

La presente iniciativa legislativa se fundamenta en los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú, que señalan que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud. Por ende, el Estado determina la política nacional de salud y le corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, además asume la responsabilidad de diseñarla y conducirla de manera plural y descentralizada para facilitar a todo el acceso equitativo de los servicios de salud.

Por otro lado, en los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, norma que la protección de la salud es de interés público, así como la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo la responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población.

Por lo tanto, de ser aprobado y promulgado no contraviene o colisiona con la normativa del orden jurídico establecido al no afectarse disposiciones constitucionales, legales y administrativas vigentes.

VI. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO.

Al aprobarse la presente norma se incorporarán mejoras respecto a la rectoría, recursos humanos, infraestructura y equipamiento del sistema nacional de salud que contribuirá a optimizar y ampliar la capacidad

resolutiva y de servicio de los establecimientos de salud para brindar una atención con calidad, en base a un primer nivel de atención fortalecido y con un nivel de resolución adecuado a las necesidades de la población.

La presente Ley no implica asumir gastos adicionales para el Estado, ya que se dispone que estas sean con cargo a los presupuestos de los diversos pliegos presupuestales y al concurso del sector privado respecto al financiamiento de proyectos de inversión en infraestructura mediante el proceso de obras por impuesto.

Los beneficios asociados al proyecto están asociada a una mejora en la prestación de los servicios de salud y fortalecer el primer nivel de atención que requieren ser dotadas de recurso humano necesario, de infraestructura y equipos requeridos a fin de mejorar la calidad de vida de la población.

VII. RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO Y EL ACUERDO NACIONAL.

El Acuerdo Nacional, suscrito el 22 de julio del 2002 por los representantes de las principales organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del gobierno, aprobó cuatro objetivos fundamentales, dentro de los cuales, el segundo “Equidad y Justicia Social”, contiene el 13° acuerdo sobre “Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, el cual menciona: *“Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud. Con este objetivo el Estado:(a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas”*

VIII. CONCLUSIÓN.

Por lo expuesto, la Comisión de Salud y Población, de conformidad con el literal b) del artículo 70 del Reglamento del Congreso de la República, recomienda la APROBACIÓN de los Proyectos de Ley 4927/2020-CR, 5097/2020-CR y 5181/2020-CR, con el texto sustitutorio siguiente:

TEXTO SUSTITUTORIO

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE DECLARA EN EMERGENCIA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y REGULA SU PROCESO DE REFORMA

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto declarar en emergencia el sistema nacional de salud y regular, por necesidad pública de carácter impostergable, su proceso de reforma, a fin de revertir la aguda crisis que atraviesa la gestión de los establecimientos y redes prestacionales de salud, a cargo de las diferentes entidades y en los tres niveles de gobiernos que conforman el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Artículo 2. Declaratoria de emergencia

Declárase en emergencia el Sistema Nacional de Salud por el periodo de doce meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley.

El Poder Ejecutivo mediante Decreto Supremo aprobado con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros y refrendado por los titulares de la Presidencia del Consejo de Ministros, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud, podrán prorrogar por única vez, por un plazo adicional, la declaratoria de emergencia.

Artículo 3. Ámbitos de intervención de la emergencia

Durante el período de emergencia del Sistema Nacional de Salud se desarrollan intervenciones institucionales, legislativas, operativas y presupuestales destinadas a consolidar y fortalecer:

- a) La rectoría, a cargo del Ministerio de Salud.
- b) La organización de la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención.
- c) La gestión de los recursos humanos e infraestructura y equipamiento.
- d) La articulación interinstitucional y el equipamiento del sistema de respuesta y prestación en salud.

Artículo 4. Medidas para consolidar la rectoría del Ministerio de Salud

- 4.1. El Ministerio de Salud ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo

- 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la Ley 30423, Ley que establece medidas para fortalecer la Autoridad de Salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población, la Ley 30895, ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, así como de las disposiciones contenidas en la presente ley. En tal virtud le compete regular, coordinar, conducir y controlar el Sistema, para la correcta ejecución de las políticas de salud y a través de él articular a todos los prestadores de servicios de salud.
- 4.2. Los miembros del Sistema Nacional de Salud orientan sus acciones hacia la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a la población en los tres niveles de atención, sobre la base del establecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud, a que se refiere la Ley 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
 - 4.3. El Ministerio de Salud desarrolla e implementa políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios.
 - 4.4. El Ministerio de Salud organiza la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales para todo el sistema de salud.
 - 4.5. El Ministerio de Salud en coordinación y de manera concertada con las demás instituciones integrantes del Sistema de Salud, busca el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y por instalarse.
 - 4.6. El Ministerio de Salud promueve el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación en salud.

Artículo 5. Medidas para mejorar los recursos humanos en salud

Durante la declaratoria de emergencia se implementan las siguientes medidas en materia de recursos humanos.

- 5.1. El Poder Ejecutivo otorga el seguro de vida a los profesionales de la salud bajo el régimen del Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, otorgándoles como mínimo, los beneficios por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente y por invalidez total y permanente del trabajador originada por accidente en el trabajo; siendo aplicables los literales b) y c) del artículo 12 del Decreto Legislativo N° 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, y sus modificatorias, de los diez (10) días calendario a la vigencia de la presente Ley.

- 5.2. Queda prohibida la contratación de profesionales de la salud, técnicos o auxiliares asistenciales de la salud, bajo la modalidad de contrato por servicios prestados por terceros o servicios no personales o de locación de servicios en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos, gobiernos regionales, gobiernos locales, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional Policiales, bajo responsabilidad administrativa, civil o penal del jefe titular de pliego.

Para el caso de locación de servicios, se exceptúa la situación en la que, por necesidad de servicios, ciertas especialidades sean requeridas y el trabajador ya cuente con beneficios laborales y un seguro de salud.

- 5.3. Los prestadores de servicios de salud pública de los Gobiernos Regionales y el Seguro Social de Salud (EsSalud), modifican su Manual de Organización y Funciones, Cuadro de Asignación de Personal y su Presupuesto Analítico de Personal a fin de incorporar progresivamente nuevo personal asistencial a los establecimientos de nivel I-4, II-1 y nivel II-2 de atención para el periodo 2020-2024, para cubrir el déficit de médicos especialistas, odontólogos, obstetras, enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería y sujeta al Plan de Implementación desarrollado y aprobado por el Ministerio de Salud, con opinión previa del Ministerio de Economía y Finanzas en cuanto se refiere a los aspectos presupuestales del referido proceso de incorporación.

Artículo 6. Medidas para mejorar los recursos y servicios de salud

- 6.1. Los Gobiernos Regionales y EsSalud coordinan con el Ministerio de Salud (MINSA), la priorización de equipamiento e infraestructura necesaria para fortalecer los servicios y establecimientos de salud a su cargo.
- 6.2. Facúltase a los Gobiernos Regionales durante la declaratoria de emergencia del Sistema de Salud a realizar los procesos de selección correspondientes a concursos y licitaciones públicos para el mejoramiento, ampliación, equipamiento y construcción de infraestructura, siguiendo el procedimiento de Adjudicación Simplificada, regulado en la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 350-2015-EF. En los contratos suscritos deben incorporarse cláusulas sobre políticas anticorrupción.
- 6.3. La Superintendencia Nacional de Bienes Estatales - SBN y el Organismo de Formalización de la Propiedad Informal - COFOPRI, en coordinación con los Gobiernos Regionales, realizan las acciones para

el saneamiento físico legal y transfieren, según corresponda, a título gratuito y en forma prioritaria, los terrenos donde están edificados los diversos establecimientos de salud, así como para la construcción de los establecimientos de salud señalados en el artículo precedente, a nombre del Ministerio de Salud (MINSA) o del Gobierno Regional respectivo.

- 6.4. Facúltase por única vez y de manera excepcional al Programa Nacional de Bienes Incautados para que realice la transferencia de camionetas rurales a los establecimientos de salud de nivel I-4, II-1 y nivel II-2 de las diversas regiones y según criterios de prioridad establecidos por el Ministerio de Salud, que serán destinados para el para el desempeño de sus funciones asistenciales.
- 6.5. Pro Inversión promoverá en coordinación con el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales en merito a la Ley N° 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado la inversión, para el desarrollo de proyectos de inversión respecto al mejoramiento, ampliación, equipamiento y construcción de la infraestructura de los establecimientos de salud de nivel I-4, II-1 y nivel II-2, a nivel nacional, sobre la base del numeral 6.1 del presente artículo.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. COMISIÓN PARA LA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Créase una Comisión Mixta encargada de formular un anteproyecto de ley para la reforma del Sistema Nacional de Salud en un plazo no mayor de ciento veinte (120) días calendario, a partir de la vigencia de la presente ley.

La Comisión Mixta referida en el párrafo precedente está conformada por cinco (5) representantes de la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República, uno de los cuales la presidirá, tres (3) representantes del Poder Ejecutivo, un (1) representante titular de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, un (1) representante de EsSalud, un (1) representante de la sanidad de las Fuerzas Armadas, un (1) representante de la sanidad de las Fuerzas Policiales, un (1) representante de la Asociación de Clínicas Particulares y un (1) representante de la Defensoría del Pueblo.

SEGUNDA. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES A LA COMISIÓN MIXTA

Los miembros integrantes del Poder Ejecutivo que conforman la Comisión Mixta designan a sus representantes mediante resolución de su titular. Las demás entidades designan a sus representantes mediante oficio dirigido a

la Presidencia de la Comisión Mixta, en un plazo máximo de dos (2) días hábiles siguientes a la publicación de la presente Ley.

La Comisión Mixta se instala en un plazo máximo de cinco (5) hábiles siguientes a la publicación de la presente Ley. La participación de los integrantes de la Comisión Mixta es Ad Honorem.

TERCERA. ÓRGANO CONSULTIVO

La Comisión Mixta contara con un órgano consultivo conformada por un (1) representante por cada colegio profesional de los profesionales de la salud, un (1) representante de las Facultades de Ciencias de la Salud de las universidades públicas, un (1) representante de las Facultades de Ciencias de la Salud de las universidades privadas, quienes harán las coordinaciones y sus aportes respecto a la reforma del sistema nacional de salud.

CUARTA. CUMPLIMIENTO A LA LEY 30555.

El Seguro Social de Salud (EsSalud) da cumplimiento a lo dispuesto en la Ley N° 30555, Ley que incorpora al régimen laboral del decreto legislativo 728 a los trabajadores profesionales, no profesionales, asistenciales y administrativos de EsSalud que se encuentran bajo el régimen de contratación administrativa de servicios, dentro de los quince (15) días calendario a la vigencia de la presente Ley.

QUINTA. PRIORIDAD EN ASIGNACIÓN DE VEHÍCULOS INCAUTADOS

El Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Regionales establece mecanismos de coordinación con el Programa Nacional de Bienes Incautados, para la asignación de camionetas rurales con fines de utilización en los establecimientos de salud de Nivel I-4, II-1 y Nivel II-2.

SEXTA. PLAN DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD

En un plazo no mayor a los noventa días calendario, contados a partir de la vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Regionales formularan y aprobaran un Plan de Infraestructura en Salud que considere todos los establecimientos de salud para las diversas regiones del país y se procederá a la priorización de asignación presupuestal. El Ministerio de Salud realizara la priorización.

SEPTIMA. FINANCIAMIENTO.

La implementación de lo establecido en la presente Ley se financiará con cargo al presupuesto institucional de los pliegos involucrados sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

OCTAVA. AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS EN EL NIVEL INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD A FAVOR DE LOS GOBIERNOS REGIONALES.

Autorízase al Ministerio de Salud para realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional con cargo a la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, a favor de los gobiernos regionales para el financiamiento de infraestructura, equipamiento y del proceso de mejoramiento del recurso humano en salud, autorizados en los numerales 6.1, 6.2 y 6.4 del artículo 6° por la presente Ley. Dichas modificaciones presupuestarias se autorizan mediante Decreto Supremo refrendado por el ministro de Economía y Finanzas y el ministro de Salud, a propuesta de este último.

NOVENA. DECLARACIÓN DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA

Declárase de interés nacional y necesidad pública los estudios de pre inversión y ejecución de proyectos de infraestructura de establecimientos de salud a nivel nacional en todos los niveles de atención adscritos a los gobiernos regionales, ministerio de salud, Essalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

DÉCIMA. PERSONAL DE SUPLENCIA DE ESSALUD

El personal de salud en condición de suplencia a plazo fijo bajo el régimen del Decreto Legislativo 728 del Seguro Social de Salud – EsSalud, que cuente con plaza presupuestada y considerada en el Cuadro de Asignación de Personal pasa a contrato a plazo indeterminado en el mismo régimen.

Dése cuenta.

Plataforma virtual Microsoft Teams

Lima, 16 de mayo de 2020.



Firmado digitalmente por:
FABIAN DIAZ YESSY NELIDA
FIR 45389316 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 17/05/2020 10:54:53-0500



Firmado digitalmente por:
MERINO LOPEZ Omar FAU
20161749126 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 16/05/2020 20:33:04-0500



Firmado digitalmente por:
GONZALES SANTOS MIGUEL
ANGEL FIR 25842898 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 16/05/2020 22:31:46-0500

Tania Rosalía Rodas Malca
Congresista de la República

TANIA ROSALIA RODAS MALCA
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA

JORGE LUIS PÉREZ FLORES
Congresista de la República



Firmado digitalmente por:
MONTAYA GUIVIN ABSALON
FIR 09448228 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 16/05/2020 22:27:05-0500



Firmado digitalmente por:
CASTILLO OLIVA Luis
Felipe FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 16/05/2020 22:08:27-0500



Firmado digitalmente por:
VIGO GUTIERREZ Widman
Napoleon FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 17/05/2020 13:54:08-0500