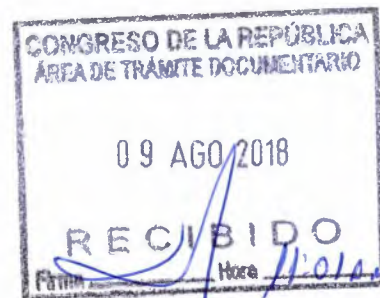


Proyecto de Ley N° 3180/2018-CR

La congresista de la República, **María Alejandra Aramayo Gaona**, integrante del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, en el pleno ejercicio del derecho a la iniciativa legislativa reconocido en el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y el numeral 2) del artículo 76 del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente proyecto de ley:

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República  
Ha dado la siguiente Ley



LEY QUE MODIFICA EL NUMERAL 6.2 DEL ARTÍCULO 6 DE LA LEY N°27506, LEY DEL CANON.

**Artículo Único. Modificación del numeral 6.2 del artículo 6 de la Ley del Canon.**

Modifíquese el numeral 6.2 del artículo 6 de la Ley del Canon:

**Artículo 6. Utilización del canon.**

6.2. Los recursos que los gobiernos regionales y gobiernos locales reciban por concepto de canon serán utilizados exclusivamente para el financiamiento o co-financiamiento de proyectos u obras de infraestructura de impacto regional y local, respectivamente, a cuyo efecto establecen una cuenta destinada a esta finalidad. Los gobiernos regionales entregarán el 20% (veinte por ciento) del total percibido por canon a las universidades públicas y el 10% (diez por ciento) del total percibido por canon a los institutos y escuelas de educación superior de su circunscripción, destinado exclusivamente a la inversión en investigación científica y tecnológica y de su respectiva infraestructura, que potencien su desarrollo; **donde, además, se priorice la investigación orientada a optimizar la calidad de acceso a la salud pública, enfatizando la investigación médica.** El canon petrolero mantiene las condiciones actuales de distribución conforme a ley".

Lima, 01 de agosto de 2018

**ALEJANDRA ARAMAYO GAONA**  
Congresista de la República

**Ursula Letona Pereyra**  
Portavoz  
Grupo Parlamentario Fuerza Popular

*Betty Aramayo*  
*C. Segura*  
*SALAZAR LA TORRE*

*Alfonso...*  
*TAKAYAMA*

*MAJUTILLA*

172908-ATD



## I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### 1.1. Fundamento de la propuesta

De acuerdo al Ministerio de Economía y Finanzas, si bien existen normas como las del canon minero, que buscan fortalecer las capacidades de investigación científica y tecnológica en las universidades, estos intentos han tenido un relativo impacto, incentivando por lo general el uso del canon en infraestructura y equipamiento, y no en actividades de investigación propiamente dichas. Estas normas han ido evolucionando desde la Ley N° 28077 que no especificaba el concepto "inversión en investigación científica y tecnológica que potencien el desarrollo regional" hasta versiones más refinadas como las especificaciones dadas por la Ley N° 29289<sup>1</sup>.

Asimismo, el nivel de investigación en las universidades del país que reciben las mayores transferencias por canon como parte del proceso de descentralización, no ha sido proporcional con referencia a la producción científica y tecnológica que deben mostrar, en la medida, que si bien la norma dispone que los Gobiernos Regionales entregarán la transferencia del 20% del canon que perciben a las universidades públicas, estas últimas han preferido invertir ese dinero para otros fines como la infraestructura; por ejemplo, la construcción y equipamiento universitario de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga (16.7 millones), implementación del Centro Cultural Auditorio de la Universidad Nacional Del Santa (9.5 millones) o la implementación de la infraestructura de la Universidad Nacional de Moquegua (6.6 millones)<sup>2</sup>.

En ese mismo orden, de acuerdo a la Superintendencia Nacional de Educación Superior (SUNEDU) sobre el ranking elaborado sobre las mejores universidades con indicadores de producción e investigación en nuestro país, las universidades nacionales de los departamentos de Ancash, Arequipa, Moquegua o Cajamarca no figuran en el top 10 de mejores universidades, pese a que según la Sociedad Nacional de Minería, Petróleo y Energía, estos son los departamentos que perciben las mayores transferencias por canon minero, y como tal deberían mostrar una producción científica mayor en comparación al resto de universidades que no son beneficiadas con estos recursos.

A ello se suma, además, tal como indica Garfías Dávila, que las universidades tienen una ambigua política universitaria y de investigación, una débil

<sup>1</sup>Fuente:[https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv\\_publica/docs/boletines/boletines\\_pi/boletin5/BIP05\\_Articulo\\_Especial.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/boletines/boletines_pi/boletin5/BIP05_Articulo_Especial.pdf)

<sup>2</sup> Misma fuente anterior.



capacidad de investigación, una organización burocrática para la investigación y una frágil gobernabilidad. Asimismo, la ley no precisa qué tipo de investigaciones científicas se deben priorizar con los recursos del canon, ya que la disposición al ser de alcance general pierde su efectividad en el amplio bagaje de la investigación, por lo que es pertinente precisar las áreas de investigación que contribuyan al desarrollo de las poblaciones y departamentos de la mano con la contribución académica de las universidades.

Por otro lado, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha venido planteando la medición de los Índices de Desarrollo Humano (IDH) en base a ciertos componentes como el acceso a los servicios de la salud y educación como indicadores para medir el nivel de vida de las personas. En ese sentido, consideramos que la salud como derecho y como servicio (acceso) es la base para el desarrollo integral de las personas, y esto repercute directamente en el desarrollo de los pueblos. En simple, la falta del acceso a una salud con calidad, empobrece a las familias y frena el desarrollo.

En ese orden, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), desde el año 2007 al 2016, se reportó que las personas que padecen de enfermedades crónicas han venido aumentando de manera progresiva y alarmante. En cifras, por citar algunos ejemplos, podemos precisar lo siguiente: Amazonas 21.8% en el 2007 y 40.7% 2016; Ancash 25.4% en el 2007 y 41.1% en el 2016; Arequipa 26.7% en el 2007 y 33.8% en el 2016; Moquegua 26.5% en el 2007 y 50.2% en el 2016; Lima 26.9% en el 2007 y 39.0% en el 2016, etc. Sin duda estas cifras evidencian la urgente necesidad de acercar más a la población al acceso a los servicios de salud preventivos, pero sobre todo la necesidad de invertir en la investigación científica y tecnológica que arrojen resultados novedosos para la implementación de acciones (plasmadas en políticas públicas) oportunas y eficientes que atiendan los complejos tratamientos de las enfermedades que afectan a la población. Una buena política pública es una política prospectiva y correctiva y no simplemente una política reactiva que se encargue de atender los problemas de salud ya ocurridos.

## **1.2. El acceso a la salud como un derecho fundamental**

El acceso a la salud es un derecho fundamental, y, por excelencia, un derecho de corte prestacional. Y debe su exigibilidad a la responsabilidad positiva del Estado de garantizar su prestación de manera oportuna y en algunas circunstancias de manera progresiva. Precisando que la progresividad no debe significar la postergación indefinida de estos derechos.

En el marco del derecho internacional de los derechos humanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos precisa que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, *la salud y el bienestar*, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, *la asistencia médica* y los servicios sociales necesarios (...)”. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el instrumento de carácter vinculante que pone en operación los derechos de corte prestacional, como la salud, reconocidos en el primer documento de naturaleza declarativa.

El derecho al acceso a los servicios de salud no solo es la base para el ejercicio de los derechos conexos de orden prestacional que condiciona el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental como la alimentación y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia, sino para la optimización de las libertades fundamentales de la persona. Una persona sin salud, no es una persona libre.

En ese orden, el ejercicio de este derecho aun siendo progresivo, es impostergable por la necesidad de su exigibilidad inmediata y oportuna, por lo que los esfuerzos estatales no solo deben limitarse a su prestación sino también a acciones conducentes que permitan mejorar la calidad de esa prestación a través de la innovación científica y tecnológica, acciones que deben ser priorizados en los centros de formación profesional como las universidades del país, teniendo estos últimos también esa auténtica finalidad de generar conocimientos para el servicio de la colectividad.

### **1.3. Justificación de la propuesta**

Para la Organización Mundial de la Salud, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. La investigación científica para mejorar la calidad de la salud de la población califica directamente en mejorar la calidad de vida de las personas bajo el fundamento de la dignidad humana.

En esa medida, la priorización de la investigación científica en temas de salud, facilitará la creación y el perfeccionamiento de sistemas nacionales sólidos de investigación sanitaria en las universidades públicas —que pueden ser replicadas incluso en universidades privadas— respaldados por una subsiguiente implementación de políticas públicas o adopción de mecanismos legales que atiendan a las grandes necesidades poblacionales.



Asimismo, la investigación científica dirigida a la salud significa centrarse en la búsqueda de medidas y soluciones innovadoras que prioricen la atención de las enfermedades más complejas de las que padecen las personas, sobre todo de aquellas en situación de vulnerabilidad. La investigación promueve una mejora en la calidad de los servicios de salud que brindan las instituciones públicas y privadas; integra los esfuerzos para optimizar de manera eficiente las acciones de las entidades estatales; facilita el acceso a los servicios prestacionales de salud; garantiza el acceso para el mayor número de personas; y mejora el direccionamiento de las inversiones públicas para afrontar los grandes problemas de la salud poblacional.

La demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los tercios ofertados, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas, por lo que con una investigación científica que abarque el estudio de los problemas más complejos que afectan a las poblaciones contribuye a adoptar acciones que faciliten el acceso a la salud, así como minimicen los costos de su prestación.

De acuerdo a la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud, a nivel nacional, en el año 2011, el 69.5% de la población peruana autorreportó que en las últimas 4 semanas, tuvo algún problema de salud, cifra que se ha incrementado en los últimos años (2005: 54.1%; 2008: 63.0%; 2010: 68.0%). De este porcentaje, el 36.2% de la población peruana autorreportó un problema de salud de tipo crónico, y un 33.3% declaró haber tenido un problema de salud de tipo no crónico, que incluye síntoma o malestar (18.4%), enfermedad aguda (10.9%), síntoma y enfermedad (2.8%), accidente (0.6%) y otras (0.8%). Asimismo, en este estudio se determinó que el problema de salud que más contribuye al crecimiento del autorreporte, son las enfermedades crónicas, en donde se observa un incremento del 100%. Así, en el 2005 el 20.2% de la población en general identifica que padece alguna enfermedad crónica, subiendo a 36.2% en el 2011. En contraste, los problemas de salud no crónicos mantienen una tendencia estable con variaciones entre un máximo de un 38% a un mínimo de un 33%<sup>3</sup>.

Según procedencia, se encontró que las personas que residen en un ámbito urbano, el 71% identificaron algún problema de salud, mientras que los residentes en el ámbito rural lo fue en el 65.2%. Además, según la edad, se

---

<sup>3</sup> Dirección Nacional de Epidemiología: Análisis de la Demanda y el Acceso a los Servicios de Salud en el Perú, 2012.

encontró que los menores de un año y los adultos mayores, al percibir algún problema de salud, buscan atención en un mayor porcentaje que los otros grupos. Así, el 72.4% de los menores de un año cuyos padres reportaron enfermedad, fueron en busca de algún tipo de atención. No hubo mayor diferencia según el sexo<sup>4</sup>.

**Cuadro N° 2.2**  
**Población que busca atención de salud según sexo y ciclos de vida. Perú 2011**

Característica	Busca atención		Total
	Si	No	
<b>Sexo</b>			
<b>Mujer</b>	N° 6307812	4841704	11149516
	% 56.6	43.4	100.0
<b>Hombre</b>	N° 5527659	4139482	9667141
	% 57.2	42.8	100.0
<b>Ciclo de Vida</b>			
<b>&lt; 1 año</b>	N° 436728	166380	603108
	% 72.4	27.6	100.0
<b>Niño (0 a 11 años)</b>	N° 2216075	1440805	3656880
	% 60.6	39.4	100.0
<b>Adolescente (12 a 17 años)</b>	N° 1134712	1090156	2224868
	% 51.0	49.0	100.0
<b>Joven (18 a 29 años)</b>	N° 1977629	1561845	3539474
	% 55.9	44.1	100.0
<b>Adulto (30 a 59 años)</b>	N° 4511047	3410828	7921875
	% 56.9	43.1	100.0
<b>Adulto mayor (60 a mas años)</b>	N° 1996009	1477552	3473561
	% 57.5	42.5	100.0
<b>Total</b>	N° 11835471	8981186	20816657
	% 56.9	43.1	100.0

Fuente: INEI. 2011

Asimismo, en los establecimientos del Ministerio de Salud se atienden las poblaciones más pobres según su nivel de gasto. Así el 29.6% proceden del quintil I y el 24.5% del quintil II, ambos concentran el 54.1% del total de atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud. El quintil V, menos pobre, constituye el 10.2% del total de atenciones en el Ministerio de Salud<sup>5</sup>.

#### 1.4. Inversión en salud

De acuerdo al Ministerio de Salud, el presupuesto del sector Salud, para el año 2018, es de S/ 16,027 millones de soles, lo que representa un incremento del 16% en relación al monto del año fiscal 2017. Esta inversión está compuesta de la siguiente manera: S/ 10,343 millones corresponden al gobierno nacional, S/ 5,501 millones a los gobiernos regionales y S/ 182 millones para los gobiernos locales, lo cual representa el incremento en los presupuestos del 20%, 11% y 9%, respectivamente.

<sup>4</sup> Dirección Nacional de Epidemiología: Análisis de la Demanda y el Acceso a los Servicios de Salud en el Perú, 2012.

<sup>5</sup> Dirección Nacional de Epidemiología: Análisis de la Demanda y el Acceso a los Servicios de Salud en el Perú, 2012.



Sin embargo, estas cifras no son suficientes debido a que las demandas del acceso a la salud son casi infinitas y cada vez menos accesibles por los altos precios de los tratamientos y medicinas convencionales lo que exige buscar nuevas formas de atender estas necesidades a través de la incidencia en la investigación científica que facilite no solo el descubrimiento de nuevas fórmulas más accesibles y efectivas, sino también orienten el direccionamiento de las políticas públicas y los procesos de inversión para la atención del acceso a la salud poblacional.

El acceso a los servicios de la salud, es un problema crónico en el país, hay muy pocas camas para hospitalización: 16 por cada 10,000 habitantes, mientras en Chile existen 21 camas; en Brasil, 24 y en España, 32. A ello hay que agregar la mala organización de la logística que obliga a los pacientes a esperar dos semanas por una cita y hasta 2 horas y 15 minutos para recibir atención; en el mejor de los casos, solo 11 minutos<sup>6</sup>.

### 1.5. Utilización del Canon

El Ministerio de Economía y Finanzas es la entidad responsable de distribuir a los gobiernos regionales y locales los recursos provenientes del canon, sobrecanon y regalía minera, a fin de que estos recursos sean destinados al financiamiento y cofinanciamiento de proyectos de inversión pública que comprendan intervenciones orientadas a brindar servicios públicos, infraestructura para comisarías, postas médicas, hospitales, escuelas y establecimientos penales, que generen beneficios a la comunidad y se enmarquen en las competencias de su nivel de gobierno o en el cofinanciamiento de proyectos de inversión pública de competencia de otros niveles de gobierno que sean ejecutados por estos últimos en infraestructura vial. Estos proyectos no pueden considerar, en ningún caso, intervenciones con fines empresariales o que puedan ser realizados por el sector privado<sup>7</sup>.

Asimismo, los gobiernos regionales y locales pueden utilizar hasta el veinte por ciento (20%) de los recursos provenientes del canon y sobrecanon y regalía minera, en el gasto corriente exclusivamente para ser destinado al mantenimiento de los proyectos de impacto regional y local, priorizando infraestructura básica; y hasta el cinco por ciento (5%) de los recursos

<sup>6</sup> Fuente: <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225>

<sup>7</sup> Fuente: <https://www.mef.gob.pe/es/politica-economica-y-social-sp-2822/150-transferencia-y-gasto-social/2296-canon-metodologia-de-distribucion>



provenientes del canon y sobrecanon y regalía minera, para financiar la elaboración de perfiles de los proyectos de inversión pública que se enmarquen en los respectivos planes de desarrollo concertados<sup>8</sup>.

En ese orden, se puede evidenciar que la distribución de los recursos provenientes del canon minero, que tiene su origen en el Impuesto a la Renta que pagan las empresas mineras, se destina el 50% para las zonas donde se explota el recurso mineral y el otro 50% para el gobierno central<sup>9</sup>, monto del cual no se asigna a actividades de investigación científica, salvo lo que disponen los gobiernos regionales a favor de las universidades nacionales, pero en donde tampoco se precisa a qué tipo de investigaciones científicas deben ser destinados, por lo que consideramos, que dentro de las prioridades deben estar aquellas investigaciones dirigidas a promover conocimientos científicos para mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas, en la medida que son fondos públicos destinados para fines públicos y el interés poblacional.

## II. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

El presente proyecto de ley no irroga gastos al Estado como tampoco dispone la modificación presupuestaria de las entidades del Estado. En ese sentido, solo busca precisar que las universidades beneficiarias de la transferencia de recursos provenientes de la Ley del Canon —los mismos que serán destinados exclusivamente para financiar la investigación científica y tecnológica— prioricen entre sus actividades de investigación relacionado a la generación de conocimientos científico y tecnológico en materia de salud.

## III. EFECTOS DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACION NACIONAL

La presente iniciativa legislativa no contraviene normatividad vigente, sino incorpora un texto en el cual se precisa que las universidades deben priorizar la investigación científica y tecnológica en materia de salud con los recursos provenientes de la Ley del Canon. En ese sentido, la presente propuesta sigue el espíritu de los principios de desarrollo constitucional en la medida que, de forma indirecta, busca contribuir en la responsabilidad positiva del Estado de

---

<sup>8</sup> Fuente: <https://www.mef.gob.pe/es/politica-economica-y-social-sp-2822/150-transferencia-y-gasto-social/2296-canon-metodologia-de-distribucion>

<sup>9</sup> El canon minero es la participación que tienen las zonas productoras del 50% del total de ingresos y rentas que percibe el Estado; es decir, es la distribución que de acuerdo a Ley hace el Estado de la caja fiscal. Fuente: <https://larepublica.pe/politica/326448-la-diferencia-entre-regalia-minera-y-canon-minero>

garantizar el acceso a una salud de calidad de las personas como derecho fundamental.