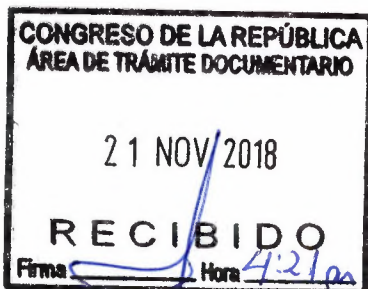




KARLA MELISSA SCHAEFER CUCULIZA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Proyecto de Ley N° 3646/2018-CR



PROYECTO DE LEY QUE
PROMUEVE LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD POR
IMPUESTOS

La Congresista de la República que suscribe, Karla Melissa Schaefer Cuculiza, en el ejercicio del derecho de iniciativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, y conforme a lo establecido en el artículo 76 del Reglamento del Congreso de la República, por intermedio del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, propone el siguiente:

PROYECTO DE LEY

El Congreso de la República

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE PROMUEVE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR IMPUESTOS

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto autorizar el uso de mecanismos de obras por impuestos para la prestación de servicios de salud y otros servicios complementarios y vinculados, para la mejora de la prestación de los servicios de salud.

Artículo 2. Finalidad de la Ley

La finalidad de la presente Ley es garantizar la prestación oportuna de los servicios de salud que asegure la satisfacción de la población beneficiaria que se encuentre en lista de espera en los establecimientos públicos de salud.

Artículo 3. Población beneficiaria

Serán beneficiarios del presente mecanismo aquellos pacientes, con predominancia de niños y personas de alto riesgo, que se encuentren en situación de pobreza o vulnerabilidad de acuerdo con las políticas públicas para cierre de brechas sociales vigentes.

Artículo 4. Servicios comprendidos

Para los efectos de la presente ley, se considerarán los servicios de salud, complementarios y vinculados que se establezcan en su reglamentación.

Artículo 5. Respetto a los Proyectos de Inversión

La presente ley es aplicable a los proyectos de inversión declarados viables y cuya ejecución contribuya al cierre de brechas de acceso a los servicios de salud. Dichos proyectos deben estar alineados con los objetivos, metas e indicadores establecidos en el Programa Multianual de Inversiones del Sistema Nacional de Programación Multianual y de Gestión de Inversiones.

Asimismo, las entidades privadas que suscriban los convenios de prestaciones de servicios de salud deben cumplir con los requisitos que se establezcan en su reglamento.

Artículo 6. Certificados de Inversión Pública

Se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas a través de las unidades orgánicas correspondientes, a emitir los certificados de inversión pública que acrediten la inversión en la prestación de los servicios comprendidos en la presente ley, a fin que los montos respectivos sean considerados como pago a cuenta y de regularización del impuesto a la renta de tercera categoría a su cargo. Tales medidas serán aprobadas a través de normas reglamentarias y administrativas emitidas por el Poder Ejecutivo.

Artículo 7. Iniciativas privadas de inversión

Las entidades privadas pueden presentar, con carácter de petición de gracia, las propuestas de inversión al Ministerio de Salud, de acuerdo a la normatividad vigente.



KARLA MELISSA SCHAEFER CUCULIZA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Aplicación supletoria

Para el efecto de lo contemplado en la presente Ley, serán de aplicación las disposiciones contenidas en la Ley 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado y sus modificatorias, en lo que resulte pertinente.

SEGUNDA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo emitirá el Reglamento correspondiente a la presente Ley para su adecuada aplicación, en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario, contado a partir del día siguiente de su publicación.



KARLA MELISSA SCHAEFER CUCULIZA
Congresista de la República

Carlos Tubino Arias Schreiber
Portavoz (T)

Grupo Parlamentario Fuerza Popular

Karla Melissa Schaefer Cuculiza - Congresista de la República
Jr. Azángaro N° 468 - Piso 4 Oficina 412
Teléfono 311-7331

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 26 de Noviembre del 2018.

Según la consulta realizada, de conformidad con el
Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la
República: pase la Proposición N° 3646 para su
estudio y dictamen, a la(s) Comisión(es) de
ECONOMÍA, BANCA, FINANZAS E
INTELIGENCIA FINANCIERA;
SALUD Y POBLACIÓN. —

GIANMARCO PAZ MENDOZA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

ANTECEDENTES

Nuestra Constitución Política de 1993, establece en su artículo 1 que la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del estado. En su artículo 2 inciso 1) dispone que toda persona tiene derecho a la vida y a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. Y en su artículo 7, que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

Posteriormente, en su artículo 9 sanciona que el estado determina la política nacional de salud, siendo el Poder Ejecutivo el que norma y supervisa su aplicación, y el responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud. Y el artículo 11 establece que el estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas.

La Ley 26842, Ley General de Salud, de julio de 1997; contiene, entre otras, las siguientes disposiciones en su Título Preliminar:

- La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla.
- Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable.
- La salud pública es responsabilidad primaria del estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el estado.
- Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

El artículo 3 de la Ley acotada dispone que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médica quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. Lo que concuerda con el artículo 39, que dice que los establecimientos de salud sin excepción están obligados a prestar atención médica quirúrgica de emergencia a quien la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

El literal a) del numeral 15.1 de la misma Ley, se refiere al acceso a los servicios de salud, reconociendo el derecho de toda persona a recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado.

Sobre la autoridad de salud, la Ley en su artículo 122 señala que esta se organiza y se ejerce de manera descentralizada entre los niveles de gobierno nacional, regional y local. Mientras que el artículo 123 dispone que el Ministerio de Salud es la autoridad de salud de nivel nacional, teniendo a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actuando como la máxima autoridad normativa en materia de salud.¹

Como organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud se encuentra la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). El Decreto Legislativo 1158 y modificatorias, dispone que tiene alcance nacional y que se encuentran bajo su competencia las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). A su vez, estas últimas son definidas como 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.

La primera función general de Susalud, de acuerdo al Decreto Legislativo 1289 que modifica al anteriormente mencionado, es promover, proteger y defender los derechos

¹ Estas normas encuentran desarrollo también en reglamentos, como el correspondiente a la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, aprobado mediante Decreto Supremo 009-2017-SA. Allí se incluyen definiciones que reafirman la rectoría del Ministerio de Salud como el organismo rector del Sector, al referirse a él como la Autoridad Nacional de Salud.

de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y accesibilidad, con independencia

de quien las financie, así como los que correspondían en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación.

Para garantizar esos derechos, como se ve, existe una serie de normas vigentes además de las ya acotadas, como el Decreto Legislativo 1302, Ley que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad, mediante la articulación de la oferta pública existente en el país. En el artículo 2 de la norma, se dice que se entiende por intercambio prestacional a las acciones de articulación interinstitucional que garantice el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre IAFAS, Unidades de Gestión de las IPRESS e IPRESS públicas. Este intercambio de prestaciones entre entidades públicas es obligatorio, respetando las condiciones de cada institución. Pero como puede verse, el ámbito de esta norma es solo entre entidades del estado dirigida a asegurados.

Adicionalmente, ha habido búsquedas de logros de mayor cobertura para evitar la espera de los pacientes atendidos en establecimientos públicos, como el Plan Confianza lanzado por el Seguro Social de Salud (EsSalud) en el año 2013, para viabilizar la suscripción de convenios con clínicas privadas que puedan intervenir quirúrgicamente a pacientes en espera:

“En diciembre del 2012 EsSalud enfrentaba un embalse en la programación de cirugías. Eran aproximadamente 32,103 pacientes con un promedio aproximado de más de 432 días de espera.

Las causas de este embalse se resumían en la limitada capacidad operativa en los establecimientos de salud de las Redes Asistenciales en el ámbito nacional por la falta de recursos humanos, salas de operaciones, camas hospitalarias, desabastecimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

Es en este contexto que la Presidenta Ejecutiva, la Dra. Virginia Baffigo de Pinillos, aprobó la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 008-PE-ESSALUD-2013 de 04 de enero del mismo año, la cual aprobó el Plan Institucional para la Mejora en la Atención del Asegurado denominado “Plan Confianza”.

El 25 de agosto de 2014, la Gerencia General de EsSalud aprueba el Plan de Acción ‘Plan Confianza Fase II- Súper Plan Confianza 2014’, que ha permitido a la

*Institución continuar con la política Institucional de brindar la atención médica con oportunidad y calidad."*²

Sin embargo, el embalse de atenciones continúa:

"¿Cuál es la situación actual de EsSalud? El gerente general de la institución, Alfredo Barredo Moyano, afirmó que el seguro social enfrenta una grave crisis, tomando en cuenta que recibe menos ingresos anuales, casi S/ 2,000 millones menos al año, aunado al incremento del número de asegurados, que aumenta a un ritmo de 500 a 600 mil personas al año. Actualmente el sistema acoge a 11 millones 600 mil asegurados.

*A ello se suma que a pesar de contar con más números de médicos y de consultorios físicos, **la producción de las consultas médicas es bajísima**: pasó de 8,500 consultas anuales a 6,500 al año, lo que implica 150 consultas mensuales. 'Lo que explica que lograr una cita puede tomar hasta 271 días en el hospital Almenara, lo que es inaudito', afirmó.*

La baja productividad médica trae como consecuencia que solo el 40% de los asegurados haga uso de los servicios médicos de EsSalud, cuando hasta hace siete años era el 60%.

'Lo que denota la pérdida de confianza a los servicios de EsSalud', puntualizó. En los últimos 7 años, asimismo, no ha existido inversión ni en infraestructura, ni en equipamiento. "A lo mucho por esto concepto de ha gastado S/ 60 millones cuando lo óptimo es S/ 1,000 millones", afirmó.

*A nivel de hospitalizaciones, alertó que la **estancia de los pacientes aumentó de 10 días a 20 días** por razones logísticas, administrativas, burocráticas, entre otros, teniendo como consecuencia que cada cama produzca menos que antes.*

*'Hasta hace 8 años el ratio en EsSalud era 1,100 personas por cada cama, pero ahora estamos en 1,350 personas por cada cama lo que implica que llegar a acceder a una cama hospitalaria es sumamente difícil. **Esto hace que la cama hospitalaria produzca menos: 59 hospitalizaciones al año** de 70 que era hasta hace 8 años dado la estancia más prolongada', detalló."³*

² <http://www.essalud.gob.pe/que-es-el-plan-confianza/>

³ Diario Gestión, 05 de abril de 2018.

En cuanto al Seguro Integral de Salud que se creó para beneficio de los ciudadanos, lamentablemente la gestión inadecuada ha llevado a que presente una situación crítica. Médicos especialistas se han pronunciado al respecto:

"El servicio que ofrece el Seguro Integral de Salud tiene un financiamiento insuficiente. La situación es crítica. Se debe ampliar el presupuesto y realizar los controles necesarios para garantizar que las atenciones a los pacientes se financien correctamente.

En el año 2017, se cortó el presupuesto y se generó una crisis. Actualmente, el SIS percibe S/2 mil millones 274 mil para 17 millones de pacientes. En Essalud, el presupuesto es de S/10 mil millones para 10 millones de personas. Esta falta de presupuesto se refleja en que no se pueden cubrir todas las atenciones médicas que requiere el Seguro Integral de Salud.

Así como las deficiencias en todo el sector. El componente de estructura hospitalaria y recursos humanos que son financiados por el Ministerio de Economía y Finanzas es deficiente porque falta renovar equipos para las salas quirúrgicas y de emergencias. Así como las camillas y ropa hospitalaria. Se tiene que construir nuevos hospitales."⁴

Ello sumado a casos de corrupción que han atacado el sistema:

"No solo la justicia está infectada con el virus de la corrupción. El Seguro Integral de Salud (SIS) está en cuidados intensivos por culpa de malos funcionarios. Los hechos de corrupción, la deficiente administración, las historias clínicas adulteradas, la falta de medicinas y el corto presupuesto componen la radiografía de un organismo debilitado.

La corrupción se refleja en situaciones delirantes. En la Red de Salud Canas, en Cusco, los funcionarios del SIS tenían la costumbre de cobrar el servicio de sepelio de una persona fallecida en más de una ocasión. Es decir, en los papeles del SIS, un paciente moría tres veces y las tres veces tenían que enterrarlo; por ende, cobraban triple por llevar a la tumba a un difunto. Los empleados adulteraban los certificados de defunción y consignaban como apoderados de los fallecidos a los representantes de las funerarias.

⁴ Declaraciones del Dr. Oscar Ugarte, diario Perú 21, 23 de julio de 2018.



Este caso es solo un ejemplo de los 23 actos indebidos que ha detectado la Procuraduría Anticorrupción, que preside Amado Enco, a nivel nacional y que ha generado un perjuicio económico al Estado de S/215 millones 418 mil y, lo más grave, poniendo en riesgo miles de vidas.

*En el informe 'La corrupción en el sector salud: casos en el SIS', de junio de 2018, elaborado por la procuraduría y al que tuvo acceso **Perú21**, se evidencia que el*

mayor porcentaje de casos de corrupción se presentó en las Instituciones Prestadoras de Fondos de Servicio de Salud (IPRESS), como postas y hospitales, y servicios médicos de apoyo público, prestado por privados que realizan atenciones con fines de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Los funcionarios de las postas médicas y los hospitales se aliaron con los trabajadores de las clínicas privadas con el objetivo de que los asegurados del SIS se atiendan en los establecimientos particulares de salud imponiéndoles precios excesivos a los insumos y servicios prestados para que ambas partes se beneficien.

'La corrupción también está en manos de los servidores de los hospitales, quienes usan indebidamente los recursos del SIS para pagar los servicios de agua y luz, ocasionando que exista falta de medicamentos, insumos y materiales que demandan los asegurados (...)

Como si fuera poco, los cálculos para justificar las transferencias efectuadas por el SIS a las IPRESS se sustentan en Formularios Únicos de Atención que vienen siendo falsificados por los empleados de los establecimientos públicos, sobrevalorando de esta manera la deuda que tiene el SIS con las postas, hospitales y clínicas.

*En el informe se identificó que por atención de emergencias en clínicas privadas, los montos facturados al **SIS** se incrementaron desde S/1 millón 700 mil en 2014, a más de S/114 millones en 2016.*

Una auditoría evaluó las regiones que concentran más del 90% del total de prestaciones pendientes de pago: Lima y Piura. En Lima se encontró que 1,323 atenciones facturaron un total de S/32 millones, lo que resultó en promedio que una clínica le cobraba al SIS S/24 mil por atención; y en Piura, se evaluaron 2,982 con un importe total de S/15 millones, que en promedio son 5 mil por emergencia.

Estos hechos son investigados por el delito de colusión agravada en la Fiscalía. Los delitos de malversación y peculado son los de mayor incidencia en los casos de corrupción.”⁵

Como puede verse, las condiciones de acceso a los servicios de salud no son las mejores para una gran parte de la población. Esto repercute en la falta de adecuación de los establecimientos tanto en capacidad de atención de la demanda como en el estado de dichos establecimientos que en muchos casos, ponen en riesgo la salud y la vida de los pacientes, sobre todo los de mayor riesgo, así como la de los propios servidores. Al respecto, en febrero de este año se informaba lo siguiente:

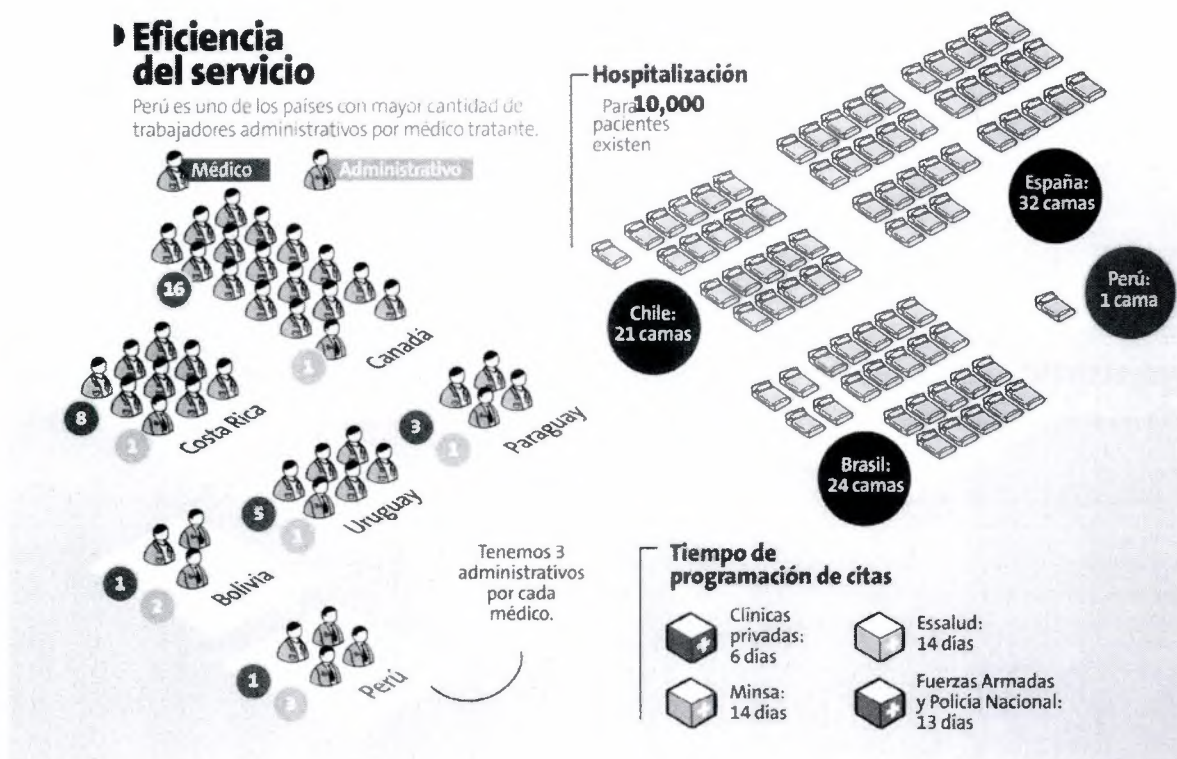
*“Una investigación de la asociación Contribuyentes por Respeto –que reúne y compara información del Ministerio de Salud, Essalud, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)– revela también cómo la falta de inversión y la mala gestión de los recursos disponibles generan la ineficiencia de los servicios y la afectación de la salud y economía de millones de peruanos.*

Por ejemplo, el Perú es uno de los países con mayor cantidad de trabajadores administrativos y menos médicos. Mientras Canadá cuenta con 16 médicos por cada trabajador administrativo, Costa Rica con 8, Uruguay con 5 y Paraguay con 3; en el Perú la realidad se invierte: tenemos 3 administrativos por cada médico.

Además, 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.

Pero eso no es todo. Perú está en la cola en cuanto al gasto en salud. Aunque en el país el presupuesto público para este sector ha mejorado en los últimos años, el total de inversión pública y privada respecto al PBI no ha avanzado y representa el 5.5%, ubicando al país muy por debajo de naciones como Bolivia (6.3%), Chile (7.8%), Colombia (7.2%) y Ecuador (9.2%). Del total de la inversión, el 58.7% corresponde al gasto público, que equivale al 3.1% del PBI, frente a un 3.9% del promedio latinoamericano.

⁵ Diario Perú 21, 23 de julio de 2018. Reportaje.



(...)

Por su parte, Juan José García añadió que una buena alternativa para avanzar en esta problemática es recoger la experiencia de los países de la OCDE y crear un sistema de salud con una alta participación de asociaciones público-privadas, que permita mejorar el servicio y fomentar el intercambio prestacional, donde sea la población la que pueda decidir dónde atenderse.

Médicos

67,657 médicos existen en el país, según los registros al 2015 del Colegio Médico del Perú y el INEI.

Existe un déficit de 16,630 médicos especialistas en el Perú. De acuerdo con el Ministerio de Salud del Perú (Minsa).



54%
está en
Lima.

Tiempo promedio de espera para atención

Minsa:
2 horas y
15 minutos

Essalud:
1 hora y
20 minutos

Fuerzas Armadas
y Policía Nacional:
1 hora y 4 minutos

Clínicas
privadas:
57 minutos

Duración de consulta



Clínicas
privadas:
15 minutos



Establecimientos
públicos:
11 minutos

Emergencia

Supervisión de la
Defensoría del Pueblo a
hospitales del país:

67.7%

no cuentan con
ambientes
suficientes para
atender la demanda.

44.6%

no tienen
equipos médicos
suficientes.

56.9%

no tienen el
servicio de
ecografía
funcionando las
24 horas.

30%

no tienen en
farmacia todos
los medicamen-
tos de la receta.

En efecto, el factor humano es de suma importancia en esta problemática, como se desprende de la siguiente información que refleja la realidad de distintas regiones del país:

⁶ Diario Perú 21, 17 de febrero de 2018.

"Algunas especialidades médicas tienen unas listas de espera larguísimas en los hospitales. Incluso, hay especialidades desiertas en algunos nosocomios ya que no se cuentan con profesionales que las cubran. Pero, ¿cuántos médicos hay por

la población? En la región Junín, son 724 personas por cada médico, informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

ESPECIALIDADES. *En ese sentido, según especialistas, a nivel nacional debería haber un médico por cada mil habitantes, pero la realidad es que existen 5.5 médicos por cada 10 mil habitantes, 5.5 enfermeros con cada 10 mil habitantes, y 3.4 en la misma correspondencia.*

De otro lado, la cantidad en promedio de especialistas en la región Junín, es la siguiente: 19 en el área de anestesióloga, 29 en cirugía general, 34 en ginecología obstetricia, 11 en medicina interna, 16 en pediatría, esto en base a un informe del Ministerio de Salud (Minsa) y la Federación Médica Peruana. Lo que demuestra que hay déficit de especialistas, lo que genera que los pacientes esperen semanas para ser atendidos en las respectivas áreas.

Otro punto, es que faltan tecnólogos médicos en el sector salud, y que cada vez son más importantes, debido a que permite optimizar el empleo en los adelantos tecnológicos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades.

ATENCIÓN. *Cabe precisar que a diario, los pacientes viven un vía crucis para obtener citas médicas; en un día hay en promedio 16 cupos por especialidad en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico 'Daniel Alcides Carrrión'.⁷*

Las condiciones de muchos establecimientos de salud públicos son, asimismo, sumamente preocupantes. Al punto que, como ya se ha dicho, ponen en riesgo la salud y la vida de los pacientes, especialmente los de mayor riesgo, pero también de sus mismos servidores. Prueba de ello es la reciente declaratoria de emergencia sanitaria de 198 establecimientos de primer nivel de atención de Lima Metropolitana por 90 días, aprobada por Decreto Supremo 019-2018-SA del 17 de agosto de 2018. Los considerandos de la norma, son contundentes:

"... la mayoría de los establecimientos de salud fueron construidos bajo parámetros menos rigurosos que no contemplaban la sismo resistencia (...)

⁷ Diario Correo, 30 de abril de 2018.

tampoco fueron diseñados con sistemas pluviales y sus tuberías de agua de acero están corroídas (...) la humedad y la erosión, las instalaciones eléctrica dañadas

e inseguras, las remodelaciones y reconstrucciones para las que no fueron diseñadas, ocupando incluso áreas libres, han contribuido al deterioro físico de la infraestructura (...) En cuanto al tema no estructural, (...) se observa deterioro de las edificaciones y deficiencias en el uso de los espacios (hacinamiento), (...) mal estado de las instalaciones sanitarias y servicios higiénicos (...) la planta física deteriorada combinada con el estado obsoleto y dañado de su equipamiento representan un grave riesgo para la salud pública, ya que no proveen las suficientes garantías para contener la alta tasa de transmisibilidad de la TB y TB-MDR (...)

... existen debilidades que repercuten negativamente en la prevención y recuperación de la salud de la población, teniendo un alto riesgo de incremento de enfermedades infecciosas (tuberculosis, VIH, infecciones respiratorias, enfermedades prevalentes en la infancia, entre otras); y, que de continuar dicha situación en los establecimientos de salud del primer nivel de atención respecto a la funcionalidad de los mismos, se pone en riesgo la salud de la población, considerando además la saturación de los hospitales, las dificultades para la referencia de los pacientes y el incremento poblacional en su ámbito jurisdiccional (...)

... lo cual pone en riesgo la continuidad operativa de los servicios de salud las 24 horas, sobre todo aquellos que ofertan operaciones quirúrgicas de emergencia (...)"⁸

Condiciones que encuentran similitud a las anunciadas por la Contraloría General de la República en su informe "Por una salud de calidad", cuyos resultados fueron presentados en julio de este mismo año 2018:

"La Contraloría General dio a conocer los resultados del operativo de control "Por una salud de calidad", que identificó un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los principales servicios que brindan los hospitales e institutos especializados de salud públicos a nivel nacional, lo que genera el riesgo de una inadecuada atención a los pacientes.

⁸ D.S. 019-2018-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 17 de agosto de 2018.

El operativo de control realizado del 28 de mayo al 1 de junio del 2018 ha permitido evidenciar, mediante una evaluación nacional, el incumplimiento de las horas de atención y facilidades de acceso a los pacientes, alta dotación de equipos sin el mantenimiento requerido, elevados niveles de sobrestock de algunos medicamentos y bajo stock de otros, alta exposición a deterioro de los medicamentos por incumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento, así como falta de recursos humanos suficientes en los servicios visitados.

En el operativo nacional participaron 1,012 auditores quienes supervisaron los servicios de consulta externa, emergencia, farmacia, diagnóstico por imágenes y laboratorio de 251 establecimientos de salud públicos de segundo y tercer nivel (mediana y alta complejidad, respectivamente) del Ministerio de Salud (Minsa), Seguro Social de Salud (Essalud), Gobiernos Regionales, Fuerzas Armadas y Policía Nacional en las 25 regiones del Perú.

La provisión de servicios de salud tiene como finalidad lograr el desarrollo de la persona y es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población.

Principales resultados

Según la Contraloría General de la República, lo riesgos más relevantes que se identificaron son:

En consulta externa

- El 38% de los establecimientos visitados no cumple con la normativa aplicable al funcionamiento y operatividad en dicha unidad, siendo los hospitales de la Policía Nacional (46%), Gobiernos Regionales (46%) y de la Marina de Guerra del Perú (39%) los que presentan los niveles más altos de incumplimiento.*
- El 28% de los hospitales visitados no inicia puntualmente la atención a los pacientes, el 36% no publica su horario de atención y el 75% no publica la relación de pacientes citados en el día, lo que genera el riesgo de demora en la atención médica, congestionamiento y pérdida de tiempo de los pacientes.*
- El 28% de los establecimientos visitados no cuenta con la categorización o recategorización vigente. De no cumplir este requisito el establecimiento de salud no podrá ofertar servicios de salud a nivel nacional a partir del 1 de enero de 2019.*

- En el caso de los hospitales e institutos dependientes del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana, el 72% no implementó el "Plan Cero Colas" que contempla servicio de citas por internet, servicio de citas por teléfono, lectores de códigos de barras de DNI y otros aspectos. Esta situación genera el riesgo de incremento del tiempo de espera para la obtención de una cita.

- Hasta un 27% de los establecimientos de salud visitados no cuenta con el consultorio externo de una de las 4 especialidades básicas (pediatría, cirugía general, gineco-obstetricia y medicina interna), generándose riesgo en la oportunidad de la atención especializada. Asimismo, durante la visita preventiva se evidenció que en el 31% de los establecimientos no se encontró atendiendo al médico internista ni al cirujano general. En el 30% no se encontró al pediatra y en el 23% no se estaba el médico gineco-obstetra.

En emergencia

- El 43% de los establecimientos de salud visitados no cuenta con los recursos humanos suficientes para dicha unidad. El mayor déficit se encuentra en los establecimientos de salud de la Policía Nacional (69%), de los Gobiernos Regionales (52%) y de Essalud (39%). El riesgo es la falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento), así como una disminución en la calidad de la atención.

Cabe señalar que el equipo básico en esta unidad está constituido por el médico internista, cirujano general, gineco-obstetra, pediatra, anestesiólogo, médico emergenciólogo, médicos de otras especialidades, enfermera, obstetriz y técnico de enfermería.

- El 38% no cuenta total o parcialmente con material médico para la atención de los pacientes, con el riesgo de que no se atienda oportunamente a los mismos, lo que puede empeorar su estado de salud y/o riesgo de pérdida de vida.

- El 44% de los establecimientos visitados no tiene el equipamiento requerido para la atención de los pacientes como por ejemplo, analizador de gases y electrolitos portátil, ecógrafo portátil, monitor de funciones vitales neonatales de 05 parámetros, monitor esofágico de gasto cardíaco continuo, entre otros. En tanto, el 37% no cuenta con la infraestructura requerida, siendo los hospitales de la Policía Nacional (57%), Gobiernos Regionales (50%) y Essalud (37%) los que en mayor porcentaje no cumplen con la infraestructura adecuada. En ambos casos, el riesgo es no brindar atención oportuna y de calidad a los pacientes.



(...)"⁹

Todo este diagnóstico hace necesario buscar nuevos mecanismos para ayudar a desembalsar las atenciones pendientes de una gran cantidad de pacientes, en particular los de mayor riesgo que sean así calificados por las autoridades de salud; que en la práctica ven vulnerado este derecho fundamental. Tratándose de vidas de seres humanos cuya defensa, junto con el respecto a su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del estado; es que se ha considerado pertinente proponer que exista una verdadera prestación de servicios de salud por parte de las clínicas privadas que el Ministerio de Salud seleccione a través de sus órganos competentes, en base a convenios con los establecimientos públicos, que les permita obtener también un beneficio concreto de pago adelantado o regularización del impuesto a la renta de tercera categoría que les corresponde. De manera similar a lo que ocurre con los proyectos de inversión pública materia de la Ley 29230, conocida como la ley de obras por impuestos. En este caso, se tratarían de prestaciones de servicios de salud y de servicios vinculados al sector, por impuestos.

La Ley 29230 y sus modificatorias, contienen normas específicas acerca de procesos de selección de las entidades privadas interesadas en acceder a este sistema, así como la autorización al Ministerio de Economía y Finanzas para emitir los certificados correspondientes tanto a nivel nacional como subnacional, para esos efectos. Lo que ha permitido que importantes obras vean la luz, beneficiando a la población y aliviando la carga de ejecución de obras por parte del estado. En un proceso de "todos ganan", las empresas, a su vez, tienen esta posibilidad de cumplir tangiblemente con sus obligaciones tributarias, lo que inclusive mejora su imagen como entidades privadas interesadas en ofrecer sus servicios. Al respecto, el mismo Ministerio de Economía y Finanzas presenta la modalidad de la siguiente manera:

*"El mecanismo de Obras por Impuestos es una oportunidad para que el sector público y el sector privado trabajen de la mano para reducir la brecha de infraestructura existente en el país. Mediante este mecanismo, **las empresas privadas adelantan el pago de su impuesto a la renta** para financiar y ejecutar directamente, de forma rápida y eficiente, **proyectos de inversión pública que los gobiernos subnacionales y las entidades del gobierno nacional priorizan.**"*

*Una vez finalizada la ejecución o avance del proyecto, **el Tesoro Público devuelve el monto invertido a la Empresa Privada mediante Certificados (CIPRL O CIPGN)** que podrán ser utilizados para el pago del*

⁹ Diario Gestión, 19 de julio de 2018.

impuesto a la renta. Posteriormente, **las entidades públicas devuelven al Tesoro Público, el monto financiado** para la ejecución de sus proyectos.

Ventajas de Obras por Impuestos:



10

Si la infraestructura cobra una alta importancia para el desarrollo del país, con mayor razón debe tenerla la oportunidad de salvar vidas y recuperar la salud de las personas. De ahí la necesidad de una norma como la propuesta, que permita facilitar la prestación efectiva de los servicios de salud a la población de mayor riesgo, que pierden la esperanza por la falta de capacidad de atención que todavía sufre nuestro país.

Al tratarse de temas técnicos que deberán ser desarrollados por las entidades competentes del Poder Ejecutivo para su aplicación a través del reglamento correspondiente, es que la norma propuesta busca abrir la puerta para esta oportunidad de defensa de la vida y la salud de las personas, conservando la fórmula de beneficio para todos los actores que intervengan en su cumplimiento.

En base a estas consideraciones, se tiene por conveniente presentar la iniciativa legislativa que se suscribe.

EFFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa busca autorizar la prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas especializadas debidamente seleccionadas por el ente rector del

¹⁰ <https://www.mef.gob.pe/es/obras-por-impuestos>



sector, a fin de descargar la lista de espera de los pacientes de mayor riesgo que se atienden en los establecimientos de salud del estado.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO.

Los efectos que tendría la presente propuesta legislativa, de aprobarse, se presentan en el cuadro siguiente:

Con la propuesta	Sin la propuesta
Se abre la posibilidad de contar con prestaciones de servicios de salud por parte de clínicas privadas debidamente autorizadas, para desembalsar las listas de espera de los pacientes que se atienden en establecimientos públicos de salud; considerando el monto invertido en la prestación como pago a cuenta o regularización del impuesto a la renta de tercera categoría que les corresponde.	No existe esta posibilidad específica para la prestación de servicios de salud.
Se tiene una opción concreta de beneficio para todos los actores (pacientes, estado, entidades privadas) para garantizar la prestación del servicio de salud oportuna y de calidad, evitando las demoras e desatenciones que ponen en riesgo la vida y la salud de las personas.	No se garantiza la oportuna prestación del servicio de salud a muchos pacientes que se encuentran en espera de atención o cirugías, especialmente a aquellos en situación de mayor gravedad o riesgo.
Se busca brindar un apoyo tangible al estado para que pueda cumplir con su obligación de garantizar el acceso a la salud a todas las personas.	
Se respeta la facultad del Poder Ejecutivo de desarrollar las normas técnicas y administrativas, de acuerdo a sus funciones y competencias, que viabilicen la aplicación de la Ley, remitiéndose en lo que sea pertinente a la Ley 29230.	
Se complementa la normatividad vigente, en lo que respecta a la rectoría del sector salud, el manejo de la economía y tributación y el control administrativo correspondiente.	