

SALUD y POBLACIÓN



"Año de la universalización de la salud"
 "Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

OFICIO N° 088 -2020 -PR

Lima, 17 de junio de 2020

Señor

MANUEL ARTURO MERINO DE LAMA
 Presidente del Congreso de la República
 Presente.-

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, con relación a la Ley que declara en emergencia el sistema nacional de salud y regula su proceso de reforma. Al respecto, estimamos conveniente observar la misma por lo siguiente:

1. El párrafo 4.7 del artículo 4 autoriza al Ministerio de Salud a asumir la conducción administrativa de las direcciones regionales de salud, gerencias regionales de salud o las que hagan sus veces y de las sanidades de las fuerzas armadas y policiales en el contexto de un estado de emergencia producto de pandemias con el objeto de velar por el cumplimiento de la política de salud, normas y actos administrativos y la gestión de los servicios de salud de su competencia.

Ahora bien, según el artículo 137 de la Constitución Política del Perú, los estados de excepción pueden ser de dos clases: i) estado de emergencia y ii) estado de sitio. Solo en el caso del estado de emergencia la causa habilitante para su aprobación podría ser una pandemia. Por ese motivo planteamos corregir la redacción de este párrafo reemplazando la frase "*En un estado de excepción producto de pandemias*" por "*Durante el estado de emergencia a causa de catástrofe o de graves circunstancias que afecten la vida de la nación relacionadas con una emergencia sanitaria declarada por la autoridad correspondiente...*". De este modo, quedaría claro que nos referimos no a cualquier estado de excepción, sino a un estado de emergencia, y que esta medida se configura cuando surge una catástrofe o graves circunstancias que afectan la vida de la nación vinculadas con una emergencia sanitaria que es, en términos llanos, lo que sucede cuando se declara una pandemia.

Asimismo, consideramos que es necesario resaltar que la intervención del Ministerio de Salud cuando concurre la situación antes mencionada debe darse en colaboración con los gobiernos regionales para que no se vacíen de contenido sus competencias constitucionales en este ámbito, y para que se resalte la urgencia de esta medida. Lo anterior no significa que la intervención del Ministerio de Salud deba ser autorizada por un gobierno subnacional, sino que implica un nivel de coordinación consistente con el ejercicio de una potestad excepcional como esta. En suma, lo que debe precisarse es que no estamos ante una intervención arbitraria, que no puede asumirse que la misma es una potestad ordinaria del Poder Ejecutivo, y que no es indefinida, sino acotada al lapso que dure el supuesto que la motivó.

Por ello la redacción alternativa que proponemos para superar los vicios de validez mencionados es la siguiente:

Durante el estado de emergencia a causa de catástrofe o de circunstancias que

atentan contra la vida de la Nación relacionadas con una emergencia sanitaria declarada por la autoridad correspondiente, el Ministerio de Salud queda facultado para asumir, cuando la situación lo amerite y de manera excepcional, durante el lapso que esté vigente el estado de emergencia como máximo, las direcciones regionales de salud, las gerencias regionales de salud y las que hagan sus veces, para el cumplimiento de la política de salud, normas y actos administrativos y la gestión de los servicios de salud de su competencia. La responsabilidad administrativa y la vigencia de la designación durante el estado de emergencia, son atribución de la autoridad nacional de salud.

2. Consideramos que el párrafo 5.2 del artículo 5 que prohíbe la contratación de personal en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos, gobiernos regionales, gobiernos locales, EsSalud y sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú vulnera la autonomía de los organismos públicos responsables de implementar la política de salud del país. La Constitución Política del Perú establece en su artículo 118, numeral 3 que el Poder Ejecutivo es el encargado de dirigir la política general de gobierno. Una medida como esta podría poner en cuestión dicho extremo de la Constitución, al limitar una modalidad de contratación legítima, prevista en el sistema jurídico, para que las entidades estatales puedan cumplir con sus funciones y competencias constitucionales.
3. En la misma línea, consideramos que el párrafo 5.3 del artículo 5 incurre en un vicio de validez similar al anterior al disponer que los prestadores de servicios de salud pública de los gobiernos regionales y el Seguro Social de Salud (EsSalud) deben modificar su manual de organización y funciones, cuadro de asignación de personal y su presupuesto analítico de personal con la finalidad de incorporar progresivamente a nuevo personal asistencial a los establecimientos de nivel I-4, II-1 y nivel II-2 de atención para el periodo 2020-2024. Esta medida impacta en la autonomía de las entidades responsables de la implementación de las políticas públicas en el sector salud y pone en cuestión su normal funcionamiento.

Asimismo, atenta contra el artículo 79 de la Constitución Política del Perú que, de manera expresa, señala que los congresistas no cuentan con iniciativa de gasto¹. Es decir, que no pueden aprobar normas que tengan un impacto directo en el equilibrio financiero del erario público. Una norma que plantea la incorporación progresiva de nuevo personal al Estado parece evidente que tendrá presumiblemente ese efecto.

Ahora bien, y sin perjuicio de lo anterior, somos conscientes de la necesidad imperiosa de mejorar la gestión de las entidades responsables de la implementación de las políticas de salud en nuestro país. Por ende, y asumiendo que la disposición bajo comentario apunta a ese objetivo, planteamos una redacción alternativa que, a nuestro modo de ver, permitirá salvar el problema de validez ya reseñado. La redacción que planteamos es la siguiente:

Los prestadores de servicios de salud pública de los Gobiernos Regionales y el Seguro Social de Salud (EsSalud), actualizan su Manual de Organización y Funciones, Cuadro de Asignación de Personal y su Presupuesto Analítico de Personal, en el marco de sus competencias, de acuerdo al Plan de Implementación desarrollado y aprobado por el Ministerio de Salud, con opinión del Ministerio de

¹ Sobre este aspecto, son pertinentes los fundamentos 41 y 42 de la Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 0008-2015-PI/TC, emitida el 7 de agosto de 2018.

Economía y Finanzas en cuanto se refiere a los aspectos presupuestales del referido proceso de incorporación.

Esta redacción habilita a las entidades que prestan el servicio de salud a actualizar su Manual de Organización y Funciones en virtud de sus competencias y en armonía con el plan de implementación del Ministerio de Salud. De esta manera, evita que se ponga en cuestión la rectoría del Poder Ejecutivo en esta materia, y al mismo tiempo evita que el Congreso se extralimite en sus funciones de creación legislativa, al suprimir la mención sobre la incorporación progresiva de nuevo personal asistencial que tiene un impacto directo sobre el erario público.

4. En principio, en el párrafo 6.1 del artículo 6 de la Autógrafa de Ley se establece que 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.

Al respecto, debe indicarse que de conformidad con el artículo 119 de la Constitución Política del Perú, en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, los Ministerios son los encargados de diseñar, establecer, ejecutar y supervisar las políticas nacionales y sectoriales, asumiendo la rectoría respecto de éstas. Asimismo, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales, en el marco de sus funciones previstas en la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, y la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, son los responsables de promover la adecuada prestación de los servicios públicos y el desarrollo integral sostenible de su circunscripción.

Por su parte, según la normativa del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, corresponde a los Sectores, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, en el ámbito de sus respectivas competencias, determinar las brechas de infraestructura o de acceso a servicios públicos.

En ese sentido, son dichas entidades las responsables de seleccionar y priorizar las inversiones (que abarca proyectos de inversión, programas de inversiones o inversiones de optimización, ampliación marginal, rehabilitación y reposición - IOARR) a ser consideradas en sus respectivas carteras de inversiones conforme a los criterios de priorización que hayan determinado y a su capacidad de gasto para la ejecución de dichas inversiones y la operación y mantenimiento correspondiente.

Por lo tanto, al encontrarse precisado en el marco normativo del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones que las entidades públicas de los diferentes niveles de gobierno, de acuerdo a sus competencias y considerando los criterios de priorización sectoriales, determinan la cartera de inversiones que conforma el Programa Multianual de Inversiones respectivo, no resulta necesario regular lo indicado en el párrafo 6.1 del artículo 6 de la Autógrafa de Ley.

5. Por otra parte, en el numeral 6.4 del artículo 6 de la Autógrafa de Ley que trata sobre las medidas para mejorar los recursos y servicios de salud, se establece que, por única vez y de manera excepcional, el Programa Nacional de Bienes Incautados (PRONABI) queda facultado para realizar transferencias de camionetas rurales a los establecimientos de salud nivel I-4, II-1 y nivel II-2 de las diversas regiones para fines asistenciales; según criterios de prioridad establecidos por el Ministerio de Salud.

Al respecto, debemos tomar en cuenta que la integridad y lucha contra la corrupción es

uno de los Ejes de la Política General de Gobierno al 2021 (inciso 1 del artículo 3 del Decreto Supremo N° 056-2018-PCM). Por tanto, las acciones del PRONABI están en estrecha vinculación con la competencia exclusiva del Poder Ejecutivo de “dirigir la política general del Gobierno” (artículo 118 numeral 3 de la Constitución Política del Perú); por lo que, el Congreso no puede decidir aleatoriamente sobre la transferencia de los bienes del PRONABI.

Además, actualmente, el inciso 1 del artículo 4 del Decreto Supremo N° 011-201-JUS faculta al PRONABI para “efectuar todo acto de disposición legalmente permitido” sobre los bienes a su cargo. Estos actos incluyen, entre otros, la asignación en uso y disposición para la venta o arrendamiento en subasta pública de bienes, de acuerdo a su disponibilidad, estado y valor. En ejercicio de dichas facultades, el PRONABI realiza y ha realizado transferencias de bienes, bajo diversas modalidades, a entidades públicas (como son: el Poder Judicial, la Policía Nacional del Perú, el Cuerpo General de Bomberos, etc.) con fines de coadyuvar a la Política General de Integridad y Lucha contra la Corrupción; así como para la atención urgente de servicios públicos.

Por tales motivos, el PRONABI está facultado para disponer de los bienes que administra a favor de otras entidades públicas y gobiernos regionales y locales, como pueden ser los establecimientos de salud. En ese sentido, incidir con una sobrerregulación de las facultades que posee el PRONABI resulta innecesario.

Asimismo, la autógrafa dispone la transferencia y asignación (no se especifica bajo qué modalidad) de “camionetas rurales” al sector Salud. Esta disposición decide sobre bienes específicos, sin tomar en cuenta el Proceso de Disposición de Activos del PRONABI (sujeto a la aprobación de su Consejo Consultivo, presidido por el MINJUS), ni la disponibilidad de los bienes a ser transferidos (cantidad, estado, etc.). En ese sentido, la medida dispuesta por el Congreso, excede sus facultades e incide directamente sobre el gasto público (artículo 79 de la Constitución Política del Perú), ya que tal asignación o transferencia de bienes específicos va a significar un incremento o disminución del presupuesto del PRONABI.

6. Por otro lado, la Primera Disposición Complementaria Final de la Autógrafa de ley plantea la creación de una comisión mixta encargada de formular un anteproyecto de ley para la reforma del Sistema Nacional de Salud. Consideramos que esta propuesta es positiva y que, sin duda, contribuirá a arribar a los consensos que sean necesarios para avanzar una iniciativa que nos permita superar los sempiternos problemas estructurales que venimos arrastrando en el sector salud desde hace ya varias décadas.

Ahora bien, y en este ánimo constructivo, nos permitimos sugerir una conformación alternativa que, a nuestro modo de ver, puede ayudar a impulsar una deliberación más plural y robusta sobre esta materia. En ese sentido la redacción que sugerimos es la siguiente:

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 tres (3) representantes 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.

Dado que la política de salud recae sobre el Poder Ejecutivo, pero que la ley que desarrolle sus alcances deberá ser aprobada por el Congreso, consideramos que lo más razonable es que ambos poderes del Estado cuenten con igual número de representantes en esta comisión multisectorial. Asimismo, sugerimos que los representantes del Congreso sean no solo de la Comisión de Salud, sino del Parlamento en general, dada la naturaleza transversal y urgente de esta importante iniciativa.

7. En relación a la Cuarta Disposición Complementaria Final de la Autógrafa de Ley, EsSalud viene dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 30555, de una manera progresiva conforme a lo establecido en el artículo 4 de la citada Ley, y conforme al presupuesto aprobado, no comprometiendo la priorización de los recursos y servicios de salud (equipamiento e infraestructura) a favor de los asegurados.

Además, EsSalud viene afrontando la Emergencia Sanitaria declarada mediante el Decreto Supremo N°008-2020-SA y el Estado de Emergencia Nacional declarado por el Decreto Supremo N°044-2020-PCM para prevenir y controlar los efectos de la pandemia generada por el coronavirus COVID-19, con menores ingresos cuyos efectos económicos han perjudicado, considerablemente a EsSalud, por las pocas aportaciones a la Seguridad Social por parte de los empleadores públicos y privados, reduciéndose desde el mes de abril de 2020 como consecuencia de los diferimientos de las fecha de pago de las obligaciones tributarias, en la que se encuentran las aportaciones, emitidas por la SUNAT, así como las dificultades para generar ingresos por parte de las empresas para pagar sus obligaciones (falta de liquidez), el menor dinamismo de la economía mundial que afecta a los instrumentos financieros, entre otros.

Asimismo, EsSalud viene asumiendo mayores gastos para enfrentar la pandemia del COVID-19, al ser la principal Institución que viene soportando la atención de los pacientes a nivel nacional, que implica gastos adicionales en: i) contratación de mayor cantidad de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, técnicos asistenciales); ii) adquisición y contratación de bienes estratégicos (medicinas e insumos médicos), de protección de personal, servicios complementarios; iii) adquisición de equipamiento médico y ampliación de camas hospitalarias y camas UCI en las zonas más afectadas como Loreto, Lambayeque, Piura, Lima, entre otros, los cuales ascienden, hasta el momento a más de 500 Millones de Soles. Como consecuencia de ello, los resultados financieros de EsSalud serán deficitarios (los ingresos serán menores a los gastos) durante el presente año.

Pues, las disposiciones en materia laboral y de Recursos Humanos que obligan directamente a EsSalud, pueden tener un impacto negativo en los recursos y prestaciones que otorga la seguridad social en salud. Pues, el artículo 12 de la Constitución Política del Perú señala que los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Además, el artículo 8 de la Ley N° 26790 concordante con el artículo 11 de la Ley N° 27056, señalan que son recursos de la Seguridad Social en Salud: los aportes, las reservas e inversiones, los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos y demás que adquiera de acuerdo a Ley.

En ese sentido, desde el marco de la seguridad social en salud, no es pertinente la Autógrafa de Ley en materia laboral (contratación de seguro de vida ley y contratación laboral bajo el régimen del Decreto Legislativo N° 728), en modo alguno estiman el

impacto económico que su financiamiento tiene en los recursos intangibles de la seguridad social en salud administrados por EsSalud y por ende en las prestaciones que dicha entidad otorga a sus asegurados.

8. De otro lado, en la Sexta Disposición Complementaria Final de la Autógrafa de Ley se establece lo siguiente: *"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 formularán y aprobarán 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 realiza la priorización."*

Sobre el particular, debemos señalar que de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 5. del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1252, el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Programación Multianual de Inversiones (DGPMI), es el ente rector del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y en su calidad de más alta autoridad técnico normativa administra el Banco de Inversiones y está facultada para efectuar, de oficio, la desactivación de inversiones de acuerdo a los criterios que establezca para tal efecto; gestiona e implementa mecanismos para el seguimiento y monitoreo de la ejecución de inversiones; dicta los procedimientos y los lineamientos para la programación multianual de inversiones y el Ciclo de Inversión, supervisando su calidad; elabora el Programa Multianual de Inversiones del Estado; aprueba las metodologías generales teniendo en cuenta el nivel de complejidad de los proyectos; brinda capacitación y asistencia técnica a las entidades sujetas al Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y emite opinión vinculante exclusiva y excluyente sobre la aplicación del Ciclo de Inversión y sus disposiciones, en relación a los temas de su competencia.

En atención a lo mencionado, se observa la Sexta Disposición Complementaria Final de la Autógrafa de Ley, dado que el plan de infraestructura en salud debería ser elaborado y aprobado por el MINSA, previa coordinación con los Gobiernos Regionales y con la DGPMI del Ministerio de Economía y Finanzas, en su calidad de más alta autoridad técnico normativa del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

9. También se advierte que en la Novena Disposición Complementaria Final se establece lo siguiente: *"Declárase de interés nacional y necesidad pública los estudios de preinversión 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."*

Al respecto, se debe precisar que conforme a la normativa del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, para la declaración de la viabilidad de los proyectos de inversión, las Unidades Formuladoras elaboran estudios de preinversión a nivel de perfil o fichas técnicas que incluyan, entre otros, el diagnóstico de la situación actual, el estudio de la demanda, las posibles alternativas técnicas de solución, así como la rentabilidad social de la alternativa de solución seleccionada, su sostenibilidad y su compatibilidad con los objetivos nacionales, regionales y locales establecidos en la planificación estratégica. El referido análisis también debe incluir, la evaluación de la disponibilidad de recursos para la ejecución de la inversión y la organización requerida para tal fin.

De acuerdo con ello, la Novena Disposición Complementaria Final de la Autógrafa de

Ley no resulta viable debido a que las declaraciones de preferente necesidad pública e interés nacional para el desarrollo de inversiones de las entidades públicas del Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local, son contrarias a la normativa del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, la cual tiene por finalidad que el Estado, en sus tres niveles de gobierno, realice una programación multianual de sus inversiones consistente con los objetivos de la planificación estratégica y con la programación de su presupuesto, en el marco de un manejo sostenible de las finanzas públicas.

En este aspecto, no resulta viable que mediante norma con rango de Ley se declare, de manera preliminar, la ejecución prioritaria de estudios de preinversión y de proyectos de infraestructura, sin que se haya realizado un análisis previo sobre su viabilidad y sostenibilidad.

10. En lo que se refiere a la Décima Disposición Complementaria Final de la Autógrafa de Ley, la Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR ha emitido un Informe Técnico N° 799- 2017-SERVIR/GPGSC), sobre el Contrato por Suplencia en el régimen del Decreto Legislativo N° 728, en cuyo punto II del Análisis: De la Vinculación con el Estado a través de las reglas del acceso al servicio civil, se menciona la necesidad de los concursos y principios que rigen el proceso de selección para el ingreso al servicio civil. De lo señalado, el Contrato de Suplencia tendrá vigencia en tanto dure la ausencia del trabajador titular, no siendo válida la continuidad laboral del trabajador suplente una vez ocurrido el retomo del titular de la plaza y/o cumplido el periodo máximo de los contratos modales dispuesto por la Ley.

Pues, de promulgarse esta Autógrafa de Ley se estaría contraviniendo el artículo 79 de la Constitución Política del Perú, y al no tener un sustento técnico financiero se podría afectar otro derecho constitucional como es el acceso a las prestaciones de la Seguridad Social en Salud que tienen todos los trabajadores afiliados a EsSalud establecido en el artículo 10 de la Constitución Política del Perú.

11. Finalmente, consideramos que la Undécima Disposición Complementaria Final que declara de interés nacional y necesidad pública el incremento del presupuesto público del sector salud de manera progresiva hasta llegar al 8% del PBI por el periodo de tres (3) años, para que cumpla con su rol de directriz debe omitir la mencion a un plazo específico, y permitir que dicho aumento, sin duda plausible y necesario, se dé de manera progresiva, en función de las posibilidades económicas y financieras del país.

Por las razones expuestas, se observa la Autógrafa de Ley, en aplicación del artículo 108 de la Constitución Política del Perú.

Atentamente,



MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO
Presidente de la República



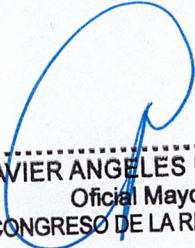
VICENTE ZEBALLOS SALINAS
Presidente del Consejo de Ministros

Proyecto N° 4927/2020 y otros

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 18 de junio de 2020

Pase a la Comisión de Salud y Población, con cargo de dar cuenta de este procedimiento al Consejo Directivo.



JAVIER ANGELES ILLMANN
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



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 gobierno que conforman el Sistema Nacional 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, podrá prorrogar por única vez, por un plazo adicional, la declaratoria de emergencia.

Artículo 3. Ámbitos de intervención de la emergencia

Durante el periodo 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.*



4.7. *En un estado de excepción producto de pandemias, el Ministerio de Salud asume la conducción administrativa de las direcciones regionales de salud, gerencias regionales de salud o las que hagan sus veces y de las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, respecto del cumplimiento de la política de salud, normas y actos administrativos y la gestión de los servicios de salud de su competencia. La responsabilidad administrativa y la vigencia de la designación son durante la situación de la pandemia, atribución de la autoridad nacional de 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 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, y del Decreto Legislativo 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 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, y sus modificatorias.*

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 del Perú, 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 que no desarrollen actividades permanentes.



- 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, tecnólogos médicos, técnicos y auxiliares de enfermería y sujeta al Plan de Implementación desarrollado y aprobado por el Ministerio de Salud, con opinión 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 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y sus normas modificatorias. En los contratos escritos debe 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 destinadas para el desempeño de sus funciones asistenciales.

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) días 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 contará con un órgano consultivo conformado 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 y un (1) representante de los usuarios de salud, quienes harán las coordinaciones y sus aportes respecto a la reforma del Sistema Nacional de Salud.

CUARTA. Cumplimiento de la Ley 30555

El Seguro Social de Salud (EsSalud) da cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 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 al levantamiento de la emergencia sanitaria dispuesta por el Decreto Supremo 008-2020-SA.

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 formularán y aprobarán 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 realizará la priorización.



SÉPTIMA. 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 de 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 preinversión 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 mantenga vínculo laboral ininterrumpido durante cinco (5) años, cuente con plaza presupuestada y considerada en el cuadro de asignación de personal pasa a contrato a plazo indeterminado en el mismo régimen.



UNDÉCIMA. Declaración de interés y necesidad

Declárase de interés nacional y necesidad pública el incremento del presupuesto público del sector salud de manera progresiva hasta llegar al 8% del producto bruto interno (PBI), en el periodo de tres (3) años.



Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los veintisiete días del mes de mayo de dos mil veinte.

MANUEL MERINO DE LAMA
Presidente del Congreso de la República

LUIS ALBERTO VALDEZ FARÍAS
Primer Vicepresidente del Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA