



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Lima, 14 de mayo de 2021

OFICIO N° 288 -2021 -PR

Señora
MIRTHA ESTHER VÁSQUEZ CHUQUILIN
Presidenta a.i. del Congreso de la República
Congreso de la República
Presente. –

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, con la finalidad de comunicarle que, al amparo de las facultades concedidas por el artículo 118° numeral 19) de la Constitución Política del Perú, se ha promulgado el Decreto de Urgencia N° 045-2021, que establece medidas extraordinarias para ampliar la oferta de servicios de salud durante la Emergencia Sanitaria declarada por la COVID -19.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para renovarle los sentimientos de nuestra consideración.

Atentamente,

FRANCISCO RAFAEL SAGASTI HOCHHAUSLER
Presidente de la República

VIOLETA BERMÚDEZ VALDIVIA
Presidenta del Consejo de Ministros

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 16 de MAYO de 2021

En aplicación de lo dispuesto en el inc. b) del artículo 91º del Reglamento del Congreso de la República: PASE a la Comisión de Constitución y Reglamento, para su estudio dentro del plazo improrrogable de quince días Útiles.



.....
YON JAVIER PÉREZ PAREDES
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)



Decreto de Urgencia No. 045-2021

DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDA EXTRAORDINARIAS PARA AMPLIAR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR LA COVID -19



EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
CONSIDERANDO:



Que, la Organización Mundial de la Salud ha calificado, con fecha 11 de marzo de 2020, el brote de la COVID-19 como una pandemia, al haberse extendido en más de ciento veinte países del mundo de manera simultánea;

Que, a través del Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19, se declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por el plazo de noventa (90) días calendario, habiéndose prorrogado dicho plazo mediante los Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA y N° 009-2021-SA, este último por un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, a partir del 7 de marzo de 2021;



Que, mediante el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social, se declara el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de treinta y un (31) días calendario, a partir del martes 1 de diciembre de 2020, quedando restringido el ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y la seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito en el territorio, comprendidos en los incisos 9, 11 y 12 del artículo 2 y en el inciso 24, apartado f) del mismo artículo de la Constitución Política del Perú; el mismo que fue prorrogado por los Decretos Supremos N° 201-2020-PCM, N° 008-2021-PCM, N° 036-2021-PCM, 058-2021-PCM y N° 076-2021-PCM; este último por el plazo de treinta y un (31) días calendario, a partir del sábado 1 de mayo de 2021;



Que, la Constitución Política del Perú, en su artículo 7, establece que todos tienen derecho a la protección de su salud y, en su artículo 9, dispone que el Estado determina la política nacional de salud, que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, y que es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud. Asimismo, el artículo 44 de la norma constitucional prevé que son deberes primordiales del Estado garantizar la plena vigencia de los derechos humanos, proteger a la población de las amenazas



ES





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)



contra su seguridad y promover el bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación;

Que, en la misma línea, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, a efectos de reforzar la respuesta sanitaria oportuna y efectiva, así como, los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta del Sistema Nacional de Salud para la atención de la Emergencia Sanitaria producida por la COVID-19, resulta de interés nacional y de carácter urgente adoptar medidas extraordinarias en materia económica y financiera para reducir el riesgo de propagación y el menor impacto sanitario de la COVID-19 en el territorio nacional;



Que, la evolución de la pandemia hace necesario ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud con la finalidad de garantizar una mejor respuesta frente a las necesidades que se presentan en un contexto de agravamiento de la situación sanitaria por el advenimiento de nuevas olas de contagio, reduciendo la brecha de atención existente;



Que, mediante el Decreto de Urgencia N° 030-2020, Decreto de Urgencia que dictan medidas complementarias y temporales para la autorización a ESSALUD para el uso de inmuebles para la prevención y atención de la emergencia producida por el COVID-19, cuya vigencia fue ampliada mediante el Decreto de Urgencia N° 138-2020, se dispuso la afectación en uso y entrega temporal de las Torres que identifique el Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Villa Panamericana ubicada en el Predio "Pueblo Joven Villa El Salvador Sector Quinto Área Zonal 26 – Complejo Biotecnológico", para implementar, ejecutar y operar las actividades médicas y sanitarias necesarias para el tratamiento de pacientes confirmados con la COVID-19 y sospechosos sintomáticos, asegurados y no asegurados;



Que, mediante el Decreto de Urgencia N° 055-2020, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias para ampliar la oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por el COVID-19, se autorizó de manera excepcional, al Seguro Social de Salud – EsSalud, a realizar las contrataciones para la adquisición, arrendamiento, ejecución, instalación y puesta en funcionamiento de infraestructura y equipamiento de salud temporal, servicios médicos de apoyo y módulos de atención temporal y otros similares de naturaleza temporal, para el acondicionamiento de Camas de Hospitalización Temporal y Camas de Atención Crítica Temporal, a nivel nacional,

Handwritten mark resembling a stylized 'S' or '3'.





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)



Decreto de Urgencia No. _____



para la atención de personas con sospecha o diagnosticadas con COVID-19, en los centros de atención y aislamiento temporal, en el marco de las acciones de respuesta ante la Emergencia Sanitaria causada por la COVID-19, a nivel nacional;

Que, mediante Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas, se autorizó al Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud, a implementar y operar, durante la Emergencia Sanitaria declarada mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA y sus prórrogas, los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y Establecimientos de Salud señalados en la misma; además, se autoriza al Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud a realizar contrataciones para el acondicionamiento de Camas de Hospitalización Temporal y Camas de Atención Crítica Temporal para su funcionamiento;



Que, de acuerdo con la normatividad vigente, los Ambientes de Atención Crítica Temporal comprenden ambientes de estructura desplegada, adecuados o acondicionados para expansión interna o externa, habilitados para la atención del paciente crítico, y se destinan a brindar soporte vital y especializado en medicina intensiva;



Que, la implementación de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Aislamiento y Atención Temporal, así como en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud, permitirá el incremento de oferta de Camas de Atención Crítica Temporal, para mejorar la oportunidad de atención de pacientes críticos, disminuir la demanda de ingresos de pacientes a UCI y mejorar la estancia hospitalaria de Camas de Cuidados Intensivos;



Que, de acuerdo con artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, y el artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como de otros seguros de riesgos humanos;



En uso de las facultades conferidas por el inciso 19 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú;





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)



Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros; y,
Con cargo de dar cuenta al Congreso de la República:

DECRETA:

Artículo 1. Objeto

El presente Decreto de Urgencia tiene por objeto dictar medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permitan ampliar la oferta de servicios de salud a nivel nacional ante su creciente demanda, a efectos de reforzar la respuesta sanitaria oportuna y efectiva, para la atención de la Emergencia Sanitaria producida por la COVID-19, a través del acondicionamiento de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud -EsSalud para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal que permitan la atención de pacientes asegurados y no asegurados, sospechosos o confirmados, de infección por COVID -19.

Artículo 2. Autorización para el acondicionamiento de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud y, el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal

2.1 Autorízase, de manera excepcional, al Seguro Social de Salud - EsSalud, a acondicionar Ambientes de Atención Crítica Temporal para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal así como en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud señaladas en el Anexo que forma parte del presente Decreto de Urgencia, para la atención de pacientes asegurados y no asegurados, sospechosos o confirmados, de infección por COVID -19.

2.2 Para la operatividad de los Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales señaladas en el Anexo del presente Decreto de Urgencia, autorízase al Seguro Social de Salud – EsSalud a realizar las contrataciones para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal, que incluye la contratación de recursos humanos conforme a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas; la adquisición de insumos, dispositivos médicos, mobiliario clínico y equipamiento necesario para su operatividad, así como para la adquisición e instalación de Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, y la instalación de redes de gases medicinales de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal.



Handwritten signature.





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)

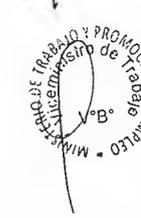
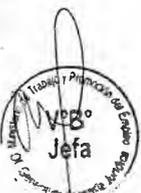


Decreto de Urgencia No. _____



2.3 Excepcionalmente, mediante Resolución de su titular, previa opinión favorable del Ministerio de Salud o a solicitud de éste, el Seguro Social de Salud - EsSalud puede determinar la redistribución del número de Camas de Atención Crítica Temporal y variar el lugar asignado en el Anexo del presente Decreto de Urgencia, teniendo en consideración la brecha negativa de oferta de dichas Camas para casos de COVID-19, y/o la alta demanda epidemiológica; dichas acciones se financian sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Artículo 3. Transferencia de partidas para el acondicionamiento de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud y, el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal



3.1 Autorízase una Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021, hasta por la suma de S/ 123 366 667,00 (CIENTO VEINTITRÉS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE (00/100 SOLES) a favor del pliego: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para financiar las transferencias financieras a favor del Seguro Social de Salud – EsSalud, con el fin de que dicha entidad financie la contratación de recursos humanos, conforme a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 dicta otras medidas; la adquisición e instalación de Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, la instalación de redes de gases medicinales de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal; la adquisición de insumos, dispositivos médicos, equipamiento, mobiliario clínico y otros gastos necesarios para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal en los Ambientes de Atención Crítica Temporal a acondicionar en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales señaladas en el Anexo que forma parte del presente Decreto de Urgencia, con cargo a los recursos de la Reserva de Contingencia del Ministerio de Economía y Finanzas, de acuerdo al siguiente detalle:

[Handwritten signature]

DE LA:

En Soles



SECCIÓN PRIMERA	:	Gobierno Central
PLIEGO	009	: Ministerio de Economía y Finanzas
UNIDAD EJECUTORA	001	: Administración General
CATEGORIA	9002	: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
PRESUPUESTARIA		
ACTIVIDAD	5000415	: Administración del Proceso Presupuestario del Sector Público





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)



FUENTE DE FINANCIAMIENTO 1 : Recursos Ordinarios

GASTO CORRIENTE

2.0 Reserva de Contingencia 6 666 667.00
=====

CASTO DE CAPITAL

2.0 Reserva de Contingencia 116 700 000.00
=====



TOTAL EGRESOS 123 366 667.00
=====



A LA: En Soles

SECCIÓN PRIMERA : Gobierno Central
PLIEGO 012 : Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

UNIDAD EJECUTORA 001 : Ministerio de Trabajo – Oficina General de Administración

CATEGORIA PRESUPUESTARIA 9002 : Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos

ACTIVIDAD 5006269 : Prevención, Control, Diagnóstico y Tratamiento de Coronavirus

FUENTE DE FINANCIAMIENTO 1 : Recursos Ordinarios

GASTO CORRIENTE

2.4 Donaciones y Transferencias 6 666 667.00
=====

CASTO DE CAPITAL

2.4 Donaciones y Transferencias 116 700 000.00
=====

TOTAL EGRESOS 123 366 667.00
=====



3.2. El Titular del pliego habilitado en la presente Transferencia de Partidas aprueba, mediante Resolución, la desagregación de los recursos autorizados en el numeral precedente, a nivel programático, dentro de los cinco (05) días calendario de la vigencia del presente Decreto de Urgencia. Copia de la Resolución es remitida dentro de los





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)



Decreto de Urgencia No. _____



cinco (05) días de aprobada a los organismos señalados en el numeral 31.4 del artículo 31 del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

3.3. La Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en el pliego involucrado, solicita a la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, las codificaciones que se requieran como consecuencia de la incorporación de nuevas Partidas de Ingresos, Finalidades y Unidades de Medida.



3.4. La Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en el pliego involucrado, instruye a las Unidades Ejecutoras para que elaboren las correspondientes "Notas para Modificación Presupuestaria" que se requieran, como consecuencia de lo dispuesto en el presente artículo.

3.5 Autorízase, de manera excepcional, durante el Año Fiscal 2021, al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, a realizar transferencias financieras a favor del Seguro Social de Salud – EsSalud, con cargo a los recursos a los que se refiere el numeral 3.1 de este artículo, para financiar la contratación de recursos humanos conforme a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que aprueba medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas; la adquisición e instalación de Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, la instalación de redes de gases medicinales de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal; la adquisición de insumos, dispositivos médicos, equipamiento, mobiliario clínico y otros gastos necesarios para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal en los Ambientes de Atención Crítica Temporal a acondicionar en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales señaladas en el Anexo que forma parte del presente Decreto de Urgencia.



Dichas transferencias financieras se aprueban mediante Resolución del Titular del pliego Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, previo informe favorable de la Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en dicho pliego, y se publica en el diario oficial El Peruano.



3.6 Las intervenciones públicas para la adquisición de bienes e implementación de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, así como, de los bienes a ser adquiridos, en el marco de lo establecido en el presente artículo, que son considerados como activos estratégicos, excepcionalmente, son registrados por la respectiva Unidad Formuladora, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la adquisición de dichos activos estratégicos, mediante inversiones de optimización, en el aplicativo informático del Banco de Inversiones, mediante el Formato 07-D: Registro de IOARR – Estado de Emergencia Nacional; exceptuándose de la aprobación previa de dicho Formato y registros en la Fase de Ejecución del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.



[Handwritten signature]





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)



3.7 El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo es responsable del monitoreo y seguimiento de lo dispuesto en presente artículo.

3.8 El Seguro Social de Salud - EsSalud es responsable de la adecuada implementación, así como del uso y destino de los recursos comprendidos en el presente artículo en el marco de sus competencias.

3.9 Los recursos transferidos en el marco de lo establecido en el presente artículo se destinan solo a los fines para los cuales se autorizó su transferencia.

3.10 Los saldos no utilizados de los recursos transferidos a favor del Seguro Social de Salud - EsSalud, en el marco del presente Decreto de Urgencia, son devueltos al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo para su reversión al Tesoro Público, conforme a los procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería.



Artículo 4. Vigencia

El presente Decreto de Urgencia tiene vigencia hasta treinta (30) días calendario posteriores al término de la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por la COVID-19, declarada mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19, y sus prórrogas.

Artículo 5. Refrendo

El presente Decreto de Urgencia es refrendado por la Presidenta del Consejo de Ministros, el Ministro de Economía y Finanzas, y el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los trece días del mes de mayo del año dos mil veintiuno.



Francisco Sagasti

FRANCISCO RAFAEL SAGASTI HOCHHAUSLER
Presidente de la República

Violeta Bermúdez Valdivia

VIOLETA BERMÚDEZ VALDIVIA
Presidenta del Consejo de Ministros

JAVIER EDUARDO PALACIOS GALLEGOS
Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo



Waldo Mendoza Bellido

WALDO MENDOZA BELLIDO
Ministro de Economía y Finanzas





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS (e)

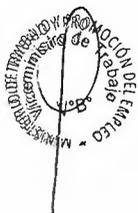
Decreto de Urgencia No. _____

ANEXO

REDES ASISTENCIALES Y CENTROS DE ATENCION Y AISLAMIENTO TEMPORAL (CAAT) CON AMBIENTES DE ATENCIÓN CRÍTICA TEMPORAL

CENTROS DE ATENCION Y AISLAMIENTO TEMPORAL DE ESSALUD CON AMBIENTES DE ATENCION CRITICA TEMPORAL Y CAMAS DE ATENCION CRITICA TEMPORAL	
Nombre	Nro Camas
RED PRESTACIONAL ALMENARA	50
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	100
VILLA PANAMERICANA	100
RED PRESTACIONAL SABOGAL	100
TOTAL Camas	350

REDES ASISTENCIALES DE ESSALUD CON AMBIENTES DE ATENCION CRITICA TEMPORAL Y CAMAS DE ATENCION CRITICA TEMPORAL	
NOMBRE	Nro Camas
RED ASIST.ANCASH	20
RED ASIST.AREQUIPA	25
RED ASIST.ICA	20
RED ASIST.JUNIN	20
RED ASIST.LA LIBERTAD	20
RED ASIST.LAMBAYEQUE	25
RED ASIST.PIURA	20
TOTAL Camas	150



**DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDA EXTRAORDINARIAS
PARA AMPLIAR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA
EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR LA COVID 19**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó el brote del coronavirus (Covid-19) como una pandemia, al haberse extendido en más de cien países del mundo de manera simultánea. Ese mismo día, el Gobierno del Perú, a través del Ministerio de Salud, emitió el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, declarando la Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por el plazo de noventa (90) días calendario, y dictando medidas de prevención y control del Coronavirus (Covid-19). Dicho plazo ha sido prorrogado por los Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA y N° 009-2021-SA. En este último caso, a partir del 7 de marzo de 2021 se amplió por un plazo de ciento ochenta (180) días calendario al evidenciarse la persistencia del supuesto que ha configurado la emergencia sanitaria por la pandemia de Covid-19, indicando que se mantiene el "Plan de Acción-Vigilancia, contención y atención de casos del nuevo Covid-19 en el Perú".

Asimismo, mediante Decreto Supremo N° 044-2020-PCM se declaró el Estado de Emergencia Nacional y se dispuso el aislamiento social obligatorio (cuarentena) por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote de la Covid-19; el mismo que fue ampliado temporalmente mediante los Decretos Supremos N° 051-2020-PCM, N° 064-2020-PCM, N° 075-2020-PCM, N° 083-2020-PCM, N° 094-2020-PCM, N° 116-2020-PCM, N° 135-2020-PCM, N° 146-2020-PCM, N° 156-2020-PCM, N° 174-2020-PCM.

El citado Decreto Supremo fue dejado sin efecto por el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social, a través del cual se vuelve a declarar el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de treinta y un (31) días calendario, quedando restringido el ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y la seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito en el territorio, comprendidos en los incisos 9, 11 y 12 del artículo 2 y en el inciso 24, apartado f) del mismo artículo de la Constitución Política del Perú; el mismo que fue prorrogado por los Decretos Supremos N° 201-2020-PCM, N° 008-2021-PCM, N° 036-2021, 058-2021-PCM y N° 076-2021-PCM este último por el plazo de treinta y un (31) días calendario, contados a partir del sábado 1 de mayo de 2021.

En ese contexto, mediante el Decreto de Urgencia N° 055-2020, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias para ampliar la oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y reforzar la respuesta sanitaria en el marco del estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 ampliado por el Decreto de Urgencia N° 080-2020, se autorizó al Seguro Social de Salud - EsSalud, a realizar las contrataciones para la adquisición, arrendamiento, ejecución, instalación y puesta en funcionamiento de infraestructura y equipamiento de salud temporal, servicios médicos de apoyo y módulos de atención temporal y otros similares de naturaleza temporal, para el acondicionamiento de camas de hospitalización temporal y camas de atención crítica temporal, a nivel nacional, para la atención de personas con sospecha o diagnosticadas con la COVID-19, en los centros de atención y aislamiento temporal, en el marco de las

acciones de respuesta ante la Emergencia Sanitaria causada por la COVID-19, a nivel nacional, estableciendo los mecanismos para los procesos de contratación, así como para la obtención de permisos y autorizaciones para su funcionamiento;

De igual forma, mediante el Decreto de Urgencia N° 093-2020, Decreto de Urgencia que amplía los alcances del Decreto de Urgencia N° 055-2020 que dicta medidas extraordinarias para ampliar la oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y reforzar la respuesta sanitaria en el marco del estado de emergencia nacional por la COVID-19 y el Decreto de Urgencia N° 103-2020, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias, en materia económica y financiera, que permitan reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta sanitaria, para la atención de la emergencia causada por el virus COVID-19 en la región Tacna y en la región Moquegua, se dictaron disposiciones destinadas a permitir la operación de diversos Centros de Atención y Aislamiento Temporal y Establecimientos de Salud a EsSalud, con la finalidad de garantizar la adecuada atención a los pacientes confirmados con la COVID-19 y sospechosos sintomáticos, asegurados y no asegurados;

Posteriormente, mediante el Decreto de Urgencia N° 004-2021, publicado el 19 de enero de 2021, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del estado de emergencia nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas, se autorizó a EsSalud a implementar los Centros de Atención y Aislamiento Temporal en los departamentos de Ancash, Puno, Cusco y Lima para lo cual autorícese a EsSalud a realizar las contrataciones para el arrendamiento, instalación y puesta en funcionamiento de infraestructura, para el acondicionamiento de camas de hospitalización temporal y camas de atención crítica temporal, así como para la contratación de servicios médicos de apoyo y otros similares de naturaleza temporal, y para la adquisición de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, pago de servicios públicos, de limpieza, seguridad, y otros servicios generales e intermedios.

Asimismo, mediante Decreto de Urgencia N° 030-2020, de fecha 20 de marzo de 2020, se dispuso la afectación en uso y entrega temporal de las Torres de la Villa Panamericana, para la instalación de un Centro de Atención y Aislamiento Temporal, medida ampliada mediante Decreto de Urgencia N°138-2020, hasta el 31 de julio de 2021.

Sin embargo y a pesar del incremento de la oferta de servicios de salud, el actual escenario de la "Segunda ola" de la pandemia por el coronavirus COVID 19, se ha visto caracterizado por un incremento del ingreso de pacientes a los servicios de cuidados intensivos; el crecimiento exponencial del número de casos, como consecuencia de la flexibilización de las medidas implementadas, las nuevas variantes del virus caracterizadas por mayor transmisibilidad y otros factores, ocasionando cuadros más severos, haciendo evidente la necesidad de fortalecer la respuesta sanitaria a través de la ampliación de la oferta fija, debiendo considerar además la llegada de una inminente tercera ola de contagios, la cual se prevé sea de mayor magnitud que sus predecesoras.

Por dichas razones es que se propone la implementación de Ambientes de Atención Crítica Temporal para el funcionamiento de 500 Camas de Atención Crítica Temporal, para la atención de pacientes asegurados y no asegurados, sospechosos o confirmados, de infección por COVID 19, en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal así como en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud las cuales permitirán optimizar el manejo y atención de pacientes críticos afectados por COVID19, mejorando así la oportunidad de atención, disminuyendo el ingreso a unidades de cuidados intensivos y mejorando la estancia hospitalaria en las UCI, siendo el presupuesto estimado requerido para una operación de 04 meses de S/ 123 366 667.

II. ANÁLISIS DE LA CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD DE LA PROPUESTA

De acuerdo a las facultades conferidas al Presidente de la República en el inciso 19 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú y el numeral 2 del artículo 8 y el numeral 2 del artículo 11 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, le corresponde dictar medidas extraordinarias, mediante decretos de urgencia con fuerza de ley, en materia económica y financiera, cuando así lo requiere el interés nacional y con cargo de dar cuenta al Congreso.

Asimismo, conforme la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (Sentencia recaída sobre el Expediente N° 00004-2011-PI/TC) el Decreto de Urgencia de acuerdo con las exigencias previstas por el inciso 19 del artículo 118 de la Constitución, interpretado sistemáticamente con el inciso c) del artículo 91 del Reglamento del Congreso, debe responder a los siguientes presupuestos habilitantes:

- a) Excepcionalidad: La norma debe estar orientada a revertir situaciones extraordinarias e imprevisibles, condiciones que deben ser evaluadas en atención al caso concreto y cuya existencia, desde luego, no depende de la “voluntad” de la norma misma, sino de datos fácticos previos a su promulgación y objetivamente identificables. Ello sin perjuicio de reconocer, tal como lo hiciera el Tribunal Constitucional español, en criterio que este Colegiado sustancialmente comparte, que “en principio, y con el razonable margen de discrecionalidad, es competencia de los órganos políticos determinar cuándo la situación, por consideraciones de extraordinaria y urgente necesidad, requiere el establecimiento de una norma” (STC N.º 29/1982, F.J. 3).
- b) Necesidad: Las circunstancias, además, deberán ser de naturaleza tal que el tiempo que demande la aplicación del procedimiento parlamentario para la expedición de leyes (iniciativa, debate, aprobación y sanción), no pudiera impedir la prevención de daños o, en su caso, que los mismos devengan en irreparables.
- c) Transitoriedad: Las medidas extraordinarias aplicadas no deben mantener vigencia por un tiempo mayor al estrictamente necesario para revertir la coyuntura adversa.
- d) Generalidad: El principio de generalidad de las leyes que conforme se ha tenido oportunidad de precisar en el Caso Colegio de Notarios de Lima (STC 0001-2003-AI/TC y 0003-2003-AI/TC, fundamento 6 y ss.) puede admitir excepciones, alcanza especial relevancia en el caso de los decretos de urgencia, pues tal como lo prescribe el inciso 19 del artículo 118º de la Constitución, debe ser el “interés nacional” el que justifique la aplicación de la medida concreta. Ello quiere decir que los beneficios que depare la aplicación de la medida no pueden circunscribir sus efectos en intereses determinados, sino por el contrario, deben alcanzar a toda la comunidad.
- e) Conexidad: Debe existir una reconocible vinculación inmediata entre la medida aplicada y las circunstancias extraordinarias existentes. En tal sentido, este Tribunal comparte el criterio de su homólogo español cuando afirma que la facultad del Ejecutivo de expedir decretos de urgencia no le autoriza a incluir en él “cualquier género de disposiciones: ni aquellas que por su contenido y de manera evidente, no guarden relación alguna (...) con la situación que se trata de afrontar ni, muy especialmente aquellas que, por su estructura misma, independientemente de su contenido, no modifican de manera instantánea la situación jurídica existente, pues de ellas difícilmente podrá predicarse la justificación de la extraordinaria y urgente necesidad” (STC 29/1982, F.J. 3).

Al respecto, las medidas extraordinarias y los beneficios que su aplicación produzcan surgen del contenido mismo del Decreto de Urgencia y no de acciones diferidas en el tiempo, por lo que es congruente con una situación excepcionalmente delicada como es la emergencia sanitaria, que a la fecha esta ampliada hasta el 3 de setiembre de 2020.

De este modo, se cumple con el marco normativo y los criterios para la expedición de un Decreto de Urgencia en el marco del inciso 19 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, al considerar el cumplimiento de los requisitos formales y sustanciales descritos a continuación.

2.1. Sobre el cumplimiento de requisitos formales

El Decreto de Urgencia deberá contar con la rúbrica del Presidente de la República y el refrendo de la Presidenta del Consejo de Ministros, el Ministro de Economía y Finanzas, así como el ministro cuyo ámbito de competencia esté referido, como es el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, así como con el voto del Consejo de Ministros y se aprueba con cargo a dar cuenta al Congreso de la República.

El Decreto de Urgencia deberá contar con una fundamentación. Sobre el particular, el presente Decreto de Urgencia se encuentra fundamentado a través de los informes técnicos emitidos, además de estar acompañado de una exposición de motivos, por lo que se tiene por cumplido este requisito.

2.2. Sobre el cumplimiento de los requisitos sustanciales

2.2.1. La norma propuesta regula materia económica y financiera

En este ámbito, el proyecto de decreto de urgencia cumple con esta condición, toda vez que se autoriza el financiamiento para el funcionamiento de 500 Camas de Atención Crítica Temporal en Ambientes de Atención Crítica Temporal implementados en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales de EsSalud, lo que permitirá optimizar el manejo y atención de pacientes críticos afectados por COVID-19, mejorando así la oportunidad de atención, disminuyendo el ingreso a unidades de cuidados intensivos y mejorando la estancia hospitalaria en las UCI.

2.2.2. Sobre la excepcionalidad e imprevisibilidad

En cuanto al cumplimiento de esta condición, debe indicarse que la situación excepcional que da origen a la propuesta normativa está dada por la imprevisible evolución de pandemia del Covid-19 que ha determinado la ampliación de la emergencia sanitaria hasta por ciento ochenta (180) días calendario hasta el 03 de setiembre de 2021 y el incremento de número de casos confirmados de dicha enfermedad en el territorio nacional; así como el advenimiento de una tercera ola durante el año 2021, todo lo cual justifica la necesidad de reforzar el sistema sanitario, a través del financiamiento para la implementación por parte de EsSalud de Ambientes de Atención Crítica Temporal y el funcionamiento de 500 Camas de Atención Crítica Temporal implementados en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales de EsSalud.

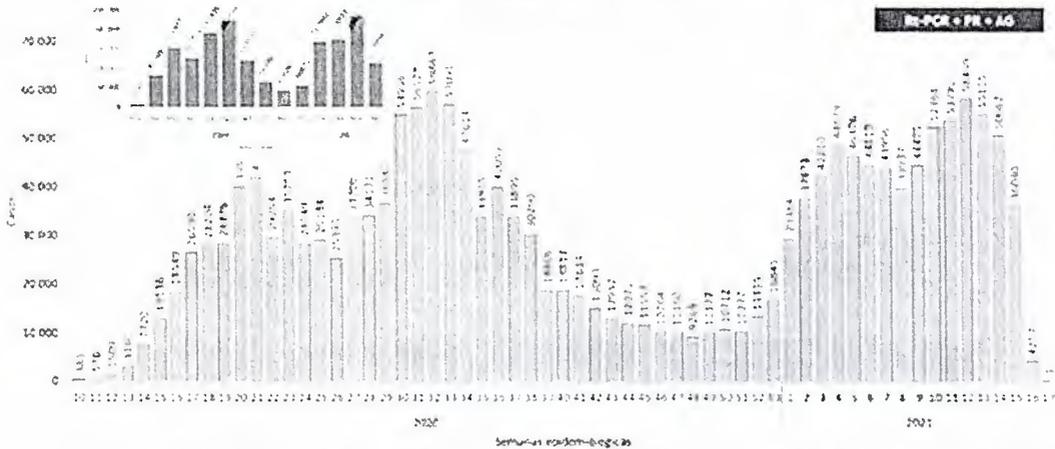
En ese contexto, debe señalarse que la situación de excepcionalidad ha sido claramente establecida, mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, publicado el 11 de marzo de 2020, en el Diario Oficial "El Peruano", que declaró la Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por el plazo de 90 días calendario, la misma que se prorrogó sucesivamente a través de los Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA y N° 009-2021-SA extendiendo la vigencia de la emergencia sanitaria hasta el 03 de setiembre de 2021.

La imprevisibilidad de la magnitud del incremento de número de casos confirmados de la enfermedad producida por el virus de la COVID-19, se puede evidenciar con la información semanal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, que desde la notificación del primer caso reportado el 12 de abril del 2021, viene reportando un incremento continuo y sostenido que se refleja en el hecho de que al 26 de abril de 2021, el Ministerio de Salud ha reportado un total de 1'768,186



casos COVID-19, de los cuales 530,932 tuvieron PCR (+) y 895,389 tuvieron prueba rápida reactiva. A la fecha aún no se observa una meseta en la curva epidemiológica del COVID-19 sino por el contrario se aprecia un crecimiento en el número de casos.

Gráfico N° 01
Casos confirmados de COVID-19, según fecha de inicio de síntomas. Perú 2020 – 2021



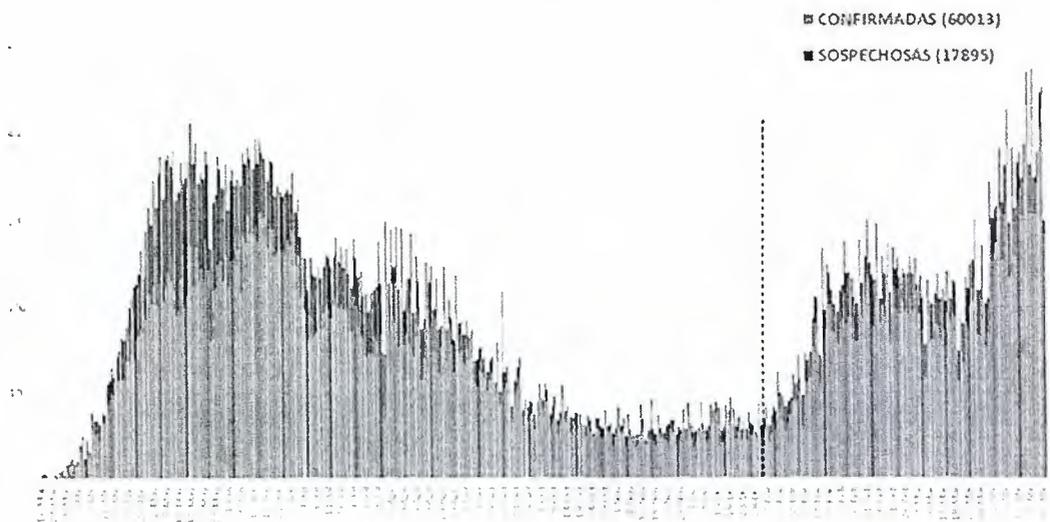
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) – MINSA

Presentación Situación actual COVID-19. Perú 2021 -2021. Fecha 25 de abril de 2021

(*) La información de las últimas 2 semanas puede sufrir variación debido a que se encuentra en proceso de actualización

Al 28 de abril de 2021 el Ministerio de salud ha reportado un total de 60,013 defunciones confirmadas y 17,895 defunciones sospechas de COVID. La tasa de letalidad a nivel nacional ha sido de 3.39%. Aún se aprecia un elevado número de defunciones a nivel nacional no observándose que la tendencia sea a la baja.

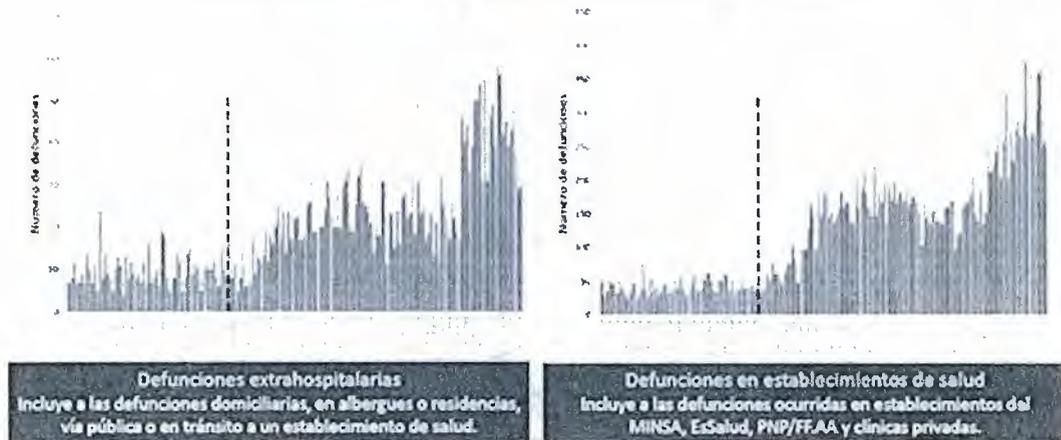
Gráfico N° 02
Tendencia de las defunciones confirmadas y sospechas de COVID-19 al 25 de abril de 2021



Fuente: Presentación del CDC-MINSA "Situación actual COVID-19. Perú 2021 –2021". Fecha 25 de abril de 2021/ Sistema de Vigilancia Noti – Sistema de Defunciones SINADef – MINSA.

(*) La información de las últimas 2 semanas puede sufrir variación debido a que se encuentra en proceso de actualización.

Gráfico N° 03
Tendencia de las defunciones confirmadas por COVID-19 extrahospitalarias y en establecimientos de salud



Defunciones extrahospitalarias
 Incluye a las defunciones domiciliarias, en albergues o residencias, vía pública o en tránsito a un establecimiento de salud.

Defunciones en establecimientos de salud
 Incluye a las defunciones ocurridas en establecimientos del MINSA, EsSalud, PNP/FFAA y clínicas privadas.

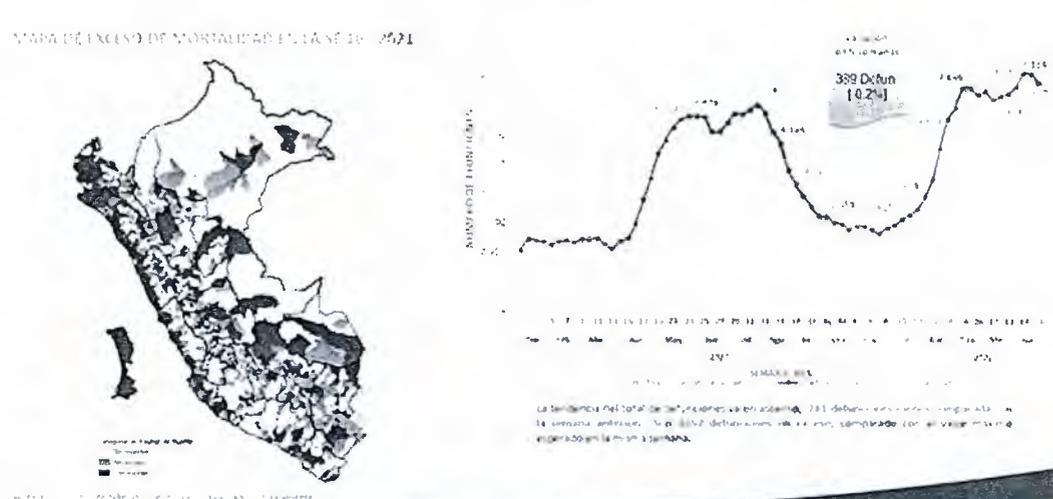
Fuente: Presentación del CDC-MINSA "Situación actual COVID-19. Perú 2021 –2021". Fecha 25 de abril de 2021/ Sistema de Vigilancia Noti – Sistema de Defunciones SINAEF – MINSA.

(*) La información de las últimas 2 semanas puede sufrir variación debido a que se encuentra en proceso de actualización.

Según los cálculos realizados por el Ministerio de Salud, se observa un exceso en la mortalidad comparada con los límites superior e inferior de la media histórica de muertes a nivel nacional. Durante la semana epidemiológica 16 – 2021 se ha observado un exceso de 4,657 defunciones, comparado con el valor máximo esperado en la misma semana.



Gráfico N° 04
Mapas comparativos del exceso de mortalidad comparada con los límites superior e inferior (IC 95%) de la media histórica de muertes. Perú

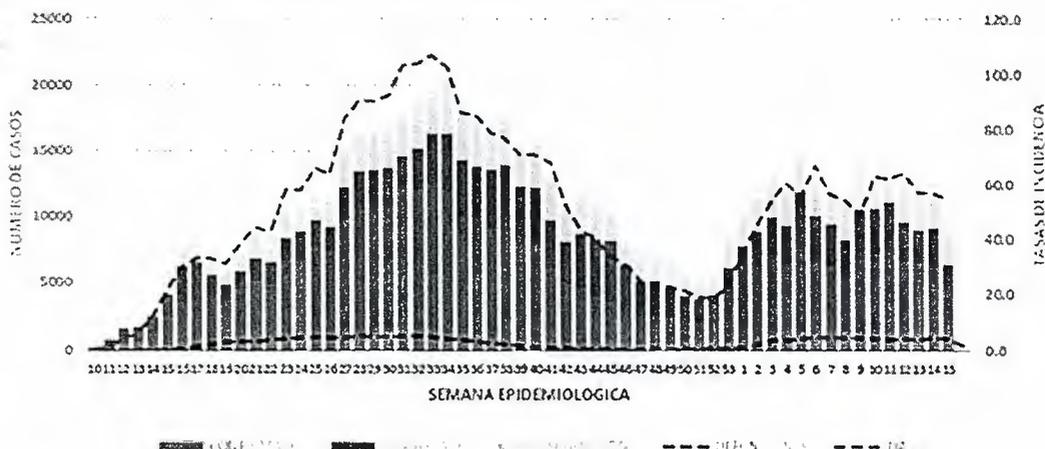


Fuente: Presentación del CDC-MINSA "Situación actual COVID-19. Perú 2021 –2021". Fecha 25 de abril de 2021/ Sistema de Vigilancia Noti – Sistema de Defunciones SINAEF – MINSA.

(*) La información de las últimas 2 semanas puede sufrir variación debido a que se encuentra en proceso de actualización.

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 hasta la semana epidemiológica 15 de 2021, EsSalud ha reportado un total de **547,169 casos confirmados de COVID-19**, 161,617 casos descartados, 140,869 casos sospechosos y 34,271 defunciones con prueba COVID positiva. Con una tasa de incidencia de 4,632.53 por 100 mil asegurados. A la fecha aún no se observa una meseta en la curva epidemiológica del COVID-19 sino por el contrario se aprecia un crecimiento continuo y sostenible.

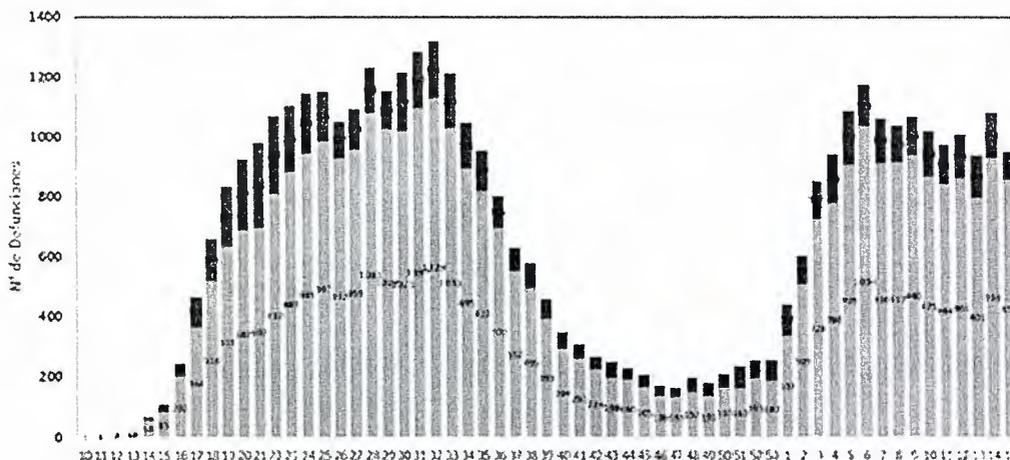
Gráfico N° 05
ESSALUD: Tendencia de casos COVID-19 en asegurados por semana epidemiológica. A la SE 15 –2021



Fuente: Sala situacional COVID-19 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. A la SE 15 – 2021

En lo que va de la pandemia por COVID-19, EsSalud ha reportado un total de 34,271 defunciones por COVID-19 confirmado y 6,867 defunciones por casos sospechosos, observándose que aún sigue incrementándose el número de defunciones.

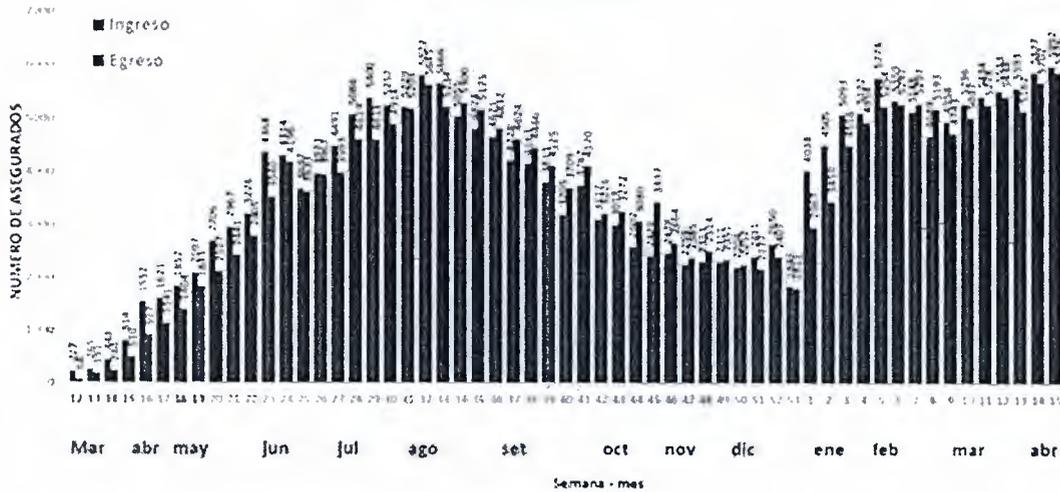
Gráfico N° 06
ESSALUD: Tendencia de las defunciones confirmadas y sospechosas de COVID-19. A la SE 15 –2021



Fuente: Sala situacional COVID-19 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. A la SE 15 – 2021

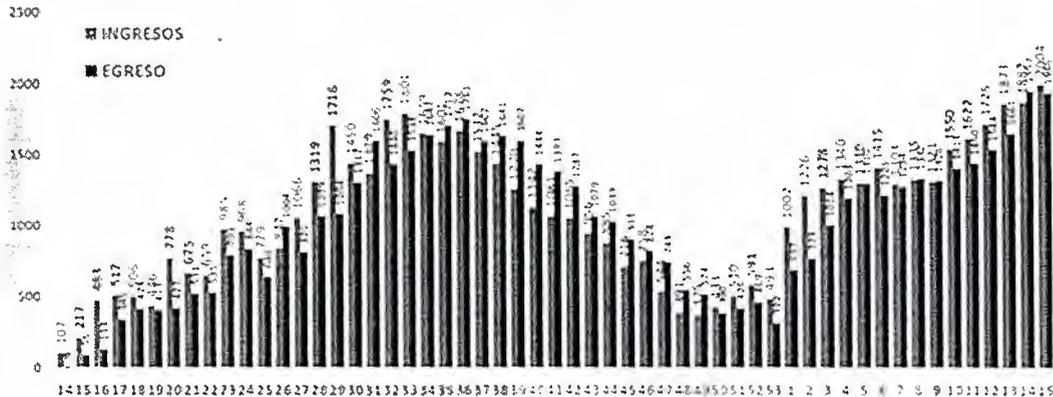
En lo que va de la pandemia por COVID-19, EsSalud ha reportado un total de 212,847 ingresos hospitalarios y 205,348 egresos, mientras que en la semana epidemiológica 15 se tuvo 5,992 ingresos y 5,876 egresos, incluyendo pacientes asegurados y no asegurados. En el gráfico puede observarse que aún permanece elevado el número de ingresos y egresos hospitalarios.

Gráfico N° 07
ESSALUD: Ingresos y egresos hospitalarios a camas COVID. A la SE 15 –2021



En lo que va de la pandemia por COVID-19, EsSalud ha reportado un total de 59,768 ingresos a las Villas y 56,628 egresos, mientras que en la semana epidemiológica 15 se tuvo 2,004 ingresos y 1,946 egresos. En el gráfico puede observarse que aún permanece elevado el número de ingresos y egresos a las Villas. Asimismo, se aprecia como es que el número de ingresos es mayor al de egresos lo que evidencia un mayor tiempo de ocupación y por tanto mayor presión sobre la demanda de servicios hospitalarios que no pueden crecer al mismo ritmo que el número de pacientes

Gráfico N° 09
ESSALUD: Ingresos y egresos hospitalarios en las Villas. A la SE 15 –2021

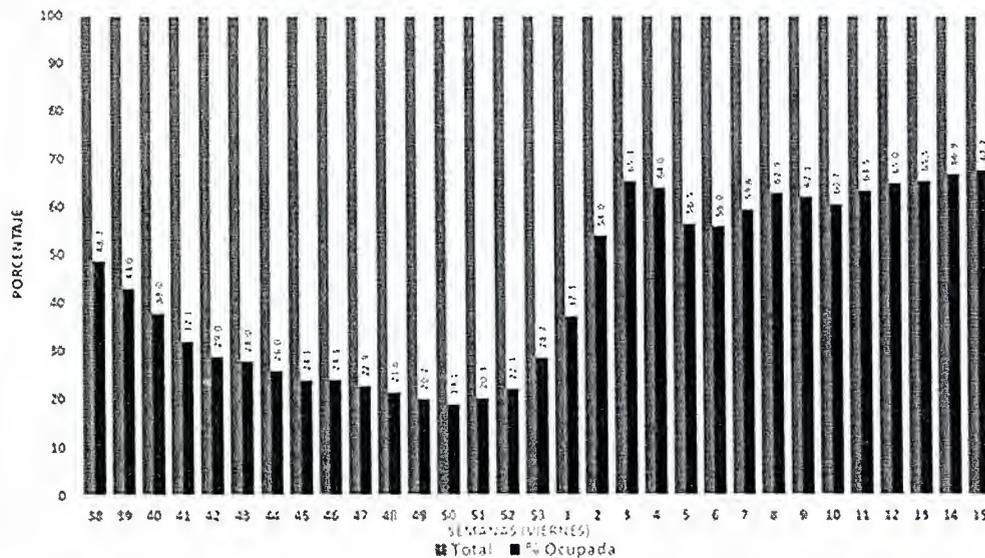


Fuente: Sala situacional COVID-19 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. A la SE 15-2021



Durante la pandemia, EsSalud ha tenido variaciones en su porcentaje de ocupación de cama según el comportamiento de la pandemia por COVID-19, es así que desde finales del año 2020 el porcentaje se ha incrementado desde 28.7% hasta 67.7% en la semana epidemiológica 15.

Gráfico N° 10
ESSALUD: Porcentaje de ocupación de camas de hospitalización general. A la SE 15 –2021



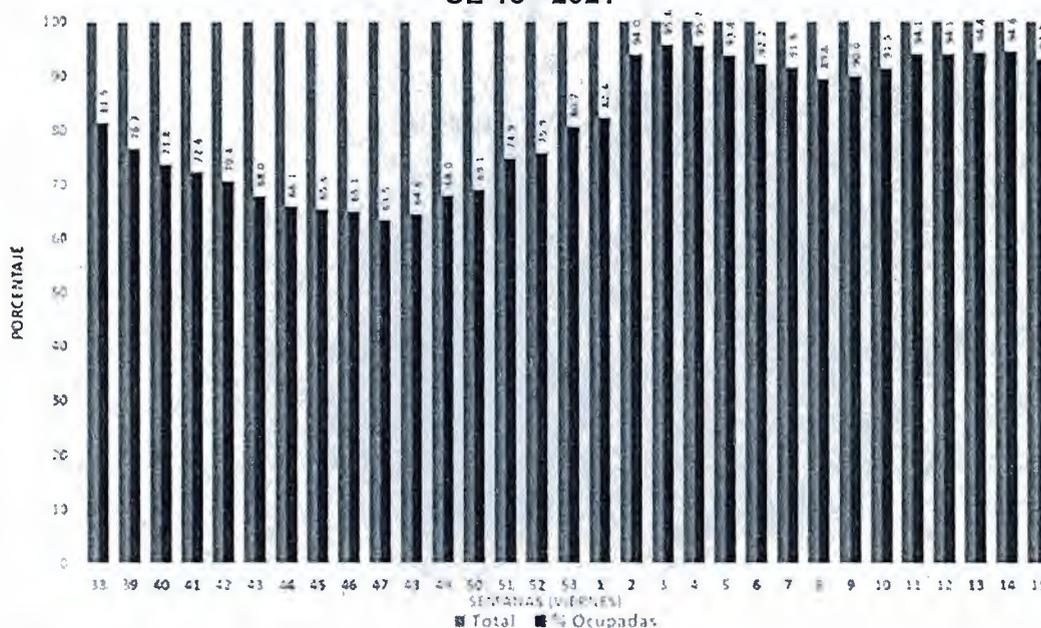
Fuente: Sala situacional COVID-19 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. A la SE 15-2021

Durante la pandemia, EsSalud ha mantenido un porcentaje de ocupación cama UCI bastante alto, manteniéndose por encima del 90% hasta 96% durante todo lo que va del



año 2021. Lo que es indicativo de una lista de espera para la ocupación de las camas UCI, que si cuentan con el oxígeno y el personal necesario para la atención del Covid-19.

Gráfico N° 11
ESSALUD: Porcentaje de ocupación de camas UCI funcional. A la SE 15 –2021



Fuente: Sala situacional COVID-19 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. A la SE 15-2021

Según la Directiva Sanitaria N° 113-MINSA/2020/DGAIN/DGOS “Gestión de camas hospitalarias para hospitalización COVID-19 y camas UCI para paciente sospechoso o confirmado con infección por COVID-19 en las IPRESS públicas, privadas y mixtas”, el porcentaje de camas UCI disponibles en todo momento no debería ser menor al 5% con la finalidad de brindar acceso y oportunidad de la atención; sin embargo, EsSalud, de acuerdo a la información registrada por SUSALUD tiene 942 camas UCI de las cuales al 02 de mayo de 2021, estaban disponibles 33, que corresponde al 3.5%, lo cual evidencia que existe déficit de camas UCI disponibles.

Tabla N° 01
Disponibilidad de camas UCI a nivel nacional, 02 de mayo de 2021

Institución	En Uso	Disponible	% disponibilidad
FFAA y PNP	77	2	3%
GOBIERNO REGIONAL	666	53	7%
MINSA	467	19	4%
PRIVADO	528	7	1%
ESSALUD	942	33	3%
Total	2680	114	4%

Fuente: SUSALUD, fecha 02 de mayo

Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

La falta de camas UCI disponibles fue puesta en evidencia por la Defensoría del Pueblo, en enero de 2021, debido a la disminución acelerada de la cantidad de camas UCI con

ventilador para adultos disponibles, especialmente en Lima Metropolitana y el Callao, donde el porcentaje de ocupación alcanzaba el 99%¹. La misma afirmación fue hecha por la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva que en el mes de enero de 2021 expresó su preocupación por el déficit de camas UCI señalando que solo en Lima existían al menos 600 personas en lista de espera.

En las Redes Prestacionales de EsSalud, al 04 de mayo la disponibilidad de camas UCI era cero, lo que implica que todo paciente que requiera de una cama UCI ingresa a una lista de espera de número indeterminado debido a que el número de pacientes se sigue incrementando.

Tabla N° 02
Disponibilidad de camas UCI en EsSalud al 04 de mayo

Red Asistencial	IPRESS (OFERTA PROPIA)	Camas UCI		
		Total	Ocup.	Disp.
REBAGLIATI	HNERM	164	164	0
REBAGLIATI	HOSPITAL KAELIN	14	14	0
REBAGLIATI	H II SUAREZ ANGAMOS	7	7	0
REBAGLIATI	H II CAÑETE	2	2	0
REBAGLIATI	H I CARLOS ALCANTARA	5	5	0
REBAGLIATI	H I ULDARICO ROCCA	4	4	0
REBAGLIATI	VILLA REBAGLIATI	0	0	0
REBAGLIATI	Total	196	196	0
SABOGAL	H.N. ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	60	60	0
SABOGAL	H.II GUSTAVO LANATTA LUJAN	7	7	0
SABOGAL	H.II LIMA NORTE - CALLAO L. NEGREIROS V.	35	35	0
SABOGAL	H.I OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ	27	27	0
SABOGAL	HOSPITAL BARTON	27	27	0
SABOGAL	H.I MARINO MOLINA SCIPPA	2	2	0
SABOGAL	CAP III MARIA DONROSE	0	0	0
SABOGAL	CAP III HUARAL	0	0	0
SABOGAL	CAP III PEDRO REYES BARBOZA	0	0	0
SABOGAL	Total	158	158	0
ALMENARA	H N G ALMENARA IRIGOYEN	68	68	0
ALMENARA	H III EMERGENCIAS GRAU	8	8	0
ALMENARA	H II S ISIDRO LABRADOR	22	22	0
ALMENARA	H II VITARTE	10	10	0
ALMENARA	H II CASTILLA	10	10	0
ALMENARA	H I A DIAZ UFANO	6	6	0
ALMENARA	H I VOTO BERNALES	1	1	0
ALMENARA	POL. CHOSICA	0	0	0
ALMENARA	C.M. CASAPALCA	0	0	0
ALMENARA	Total	125	125	0

Fuente: SUSALUD

Finalmente, es necesario considerar que el "Comité de Apoyo Técnico para la elaboración de propuestas para optimizar la respuesta institucional a la Pandemia COVID-19" de ESSALUD ha informado sobre la inminencia de la presentación de

¹ <https://www.gob.pe/institucion/defensoria-del-pueblo/noticias/324471-defensoria-del-pueblo-pide-al-ministerio-de-salud-informar-sobre-numero-de-personas-en-lista-de-espera-para-acceder-a-una-cama-uci>

nuevos incrementos de casos en nuestro país (3era ola y otras), las cuales podrían presentar una magnitud entre 4 a 7 veces la primera ola y podría ocurrir a finales del segundo e inicios del tercer trimestre del año, según análisis realizado por la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la GCPS, ello en vista de las nuevas variantes del COVID-19 caracterizadas por mayor transmisibilidad y presentes en el país.

Si se considera el escenario 4 veces mayor a la magnitud de la primera ola, que es muy probable, la proyección de necesidades de atención de asegurados, obtenida de función a la información institucional del comportamiento de la pandemia, hasta la semana epidemiológica 45, los casos esperados serían 1'294,643 de los cuales se hospitalizarían 432,102 y requerirán UCI 79,156; para atender esta demanda se requeriría una disponibilidad constante de 30,924 camas en hospitalarias o UCIM y 5,613 camas UCI, sin embargo a la fecha EsSalud solo cuenta con 1,350.

Tabla N° 03
EsSalud: Tercera Ola Escenario muy probable (incidencia x4)

	POBLACIÓN	Tasa de Incidencia x4	Casos esperados en 3era ola (4k)	Hospitalizaciones (33.29%) *	Hosp.Gral-UCIM Max Numero proyectado de camas	UCI (6.1%) **	UCI Max Numero proyectado de camas
NACIONAL	32,625,948	10,919	3,465,058	1,153,829		211,368	
ESSALUD	11,676,162	11,476	1,297,643	432,102	30,924	79,156	5,613

Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de EsSalud.

En ese sentido, la información consignada precedentemente demuestra que se está ante una situación además de crítica, extraordinaria y de evolución impredecible por cuanto no es posible determinar realmente cual va a ser el impacto que la pandemia va a tener en la salud de las personas a nivel nacional, por cuanto inclusive con las medidas de prevención dictadas por el Gobierno y el inicio del programa de vacunación contra la COVID 19 todavía se presenta un elevado número de casos y todavía no se visualiza que la segunda ola haya llegado a su fin, no pudiendo preverse con precisión este momento.

A ello debe sumarse la imposibilidad de implementar un mayor número de camas UCI por cuanto existe déficit de recursos humanos especializados para poder atenderlas. En efecto, a la fecha ESSALUD cuenta con 341 médicos especialistas trabajando en las 974 camas UCI COVID (Medicina Intensiva, Emergenciólogos, Medicina Interna, Anestesiología), lo que establece una brecha a nivel nacional de **677 déficit de médicos especialistas**.

Tabla 4
Brecha de Médicos Especialistas para UCI-COVID por Redes Asistenciales de EsSalud

REDES	TOTAL	Médicos requeridos por guardia	Médicos requeridos por mes	Médicos existentes	Brecha actual
REBAGLIATI	196	36	192	47	145
SABOGAL	155	29	156	41	115
ALMENARA	129	24	129	65	64
ANCASH	22	4	21	8	13
APURÍMAC	14	3	17	3	14
AREQUIPA	59	10	53	20	34
AMAZONAS	4	1	6	2	6
CUSCO	24	4	21	18	6
AYACUCHO	8	2	11	2	9
ICA	25	5	27	7	21

HUANUCO	23	4	21	3	19
JULIACA	8	2	11	3	8
CAJAMARCA	14	3	16	2	14
HUANCAVELICA	4	1	6	1	5
HUARAZ	4	1	6	1	5
JUNIN	25	5	27	11	16
LA LIBERTAD	50	10	54	32	24
LAMBAYEQUE	41	8	43	27	19
LORETO	18	3	16	6	10
MADRE DE DIOS	5	1	6	1	5
TARAPOTO	8	2	11	4	8
MOQUEGUA	12	2	11	2	11
MOYOBAMBA	1	1	6	3	3
PASCO	8	2	11	6	7
PIURA	67	12	65	10	57
PUNO	6	1	6	3	3
TACNA	25	5	27	9	18
TUMBES	2	1	6	1	5
UCAYALI	17	3	16	3	13
TOTAL DE LA OFERTA	974	185	998	341	677

Por consiguiente ante la inminencia del incremento de casos, con el consiguiente incremento de demanda de servicios hospitalarios, y la imposibilidad de incrementar el número de camas de Cuidados Intensivos se hace necesario tomar medidas urgentes con la finalidad de mitigar el impacto que esta situación podría tener si es que no se toman acciones concretas para atenuarlo.

2.2.3. Sobre su necesidad

Las circunstancias son de naturaleza tal que el tiempo que demande la aplicación del procedimiento parlamentario para la expedición de leyes (iniciativa, debate, aprobación y sanción), impide la prevención de daños o, en su caso, puede provocar que los mismos devengan en irreparables, poniendo en riesgo el derecho fundamental a la salud y a la vida de millones de peruanos.

En este caso, la expedición de la norma resulta imprescindible debido a que la situación de emergencia hace necesario adoptar las acciones preventivas y de respuesta inmediata para reducir el impacto sanitario de la enfermedad causada por el coronavirus COVID-19, en el territorio nacional, de tal forma que se garantice el acceso oportuno de los servicios de salud a la población asegurada y no asegurada, debiendo señalar que por la materia presupuestal que determina su contenido está dentro de los supuestos establecidos por la Constitución Política para su emisión.

En ese sentido, debe considerarse que el proceso legislativo parlamentario necesario para un adecuado estudio y debate de la propuesta normativa, implica el agotamiento de etapas que pueden retrasar la realización de acciones administrativas que se muestran como imprescindibles e inmediatas para asegurar la implementación de las medidas propuestas por cuanto, su implementación dependerá de la oportunidad del financiamiento, en un contexto de incremento de casos en varias regiones del país.

Por tanto, además del cumplimiento de los demás requisitos para la emisión de un decreto de urgencia, en el presente caso se verifica el cumplimiento del requisito de necesidad porque, atendiendo a la compleja naturaleza de la problemática originada con motivo de la pandemia producida por la COVID-19, es imprescindible la aprobación de medidas que de manera inmediata hagan frente a la misma, por cuanto, conforme se ha señalado anteriormente, el proceso parlamentario demanda de una tramitación que podría poner en riesgo la ejecución oportuna de las acciones propuestas las cuales se

considera como necesarias para incrementar el número de camas hospitalarias para la atención de pacientes críticos diagnosticados con COVID 19.

En ese sentido, debe considerarse que la necesidad está marcada por la urgencia de contar en el plazo inmediato con el financiamiento que permita realizar los procesos de contratación para la implementación de las camas de atención crítica temporal debido a que existe un procedimiento establecido para ello, que de demorarse en el tiempo puede poner en riesgo la efectividad de la medida cuanto más se debe considerar que dentro de la propuesta se encuentra la adquisición de plantas de oxígeno medicinal, bien escaso en esta coyuntura, y que son imprescindibles para garantizar la provisión del citado bien y el funcionamiento adecuado del equipamiento destinado a salvar las vidas de los pacientes críticos evitando que ingresen a UCI o fallezcan.

Debe considerarse asimismo que para poder iniciar los procesos de contratación es necesario tener la previsión presupuestal necesaria, lo cual justifica el que las acciones administrativas para tal efecto se concreten en el menor tiempo posible porque de ellas depende la posibilidad de implementar las camas materia de autorización

Debe considerarse en este sentido que la actividad normativa no contiene únicamente la aprobación de la norma con rango de ley, sino que es continuada por la necesaria emisión de actuaciones administrativas tales como los actos correspondientes a la desagregación y transferencia de partidas, y otros de naturaleza interna que permiten la ejecución del presupuesto asignado dentro de lo establecido en la normativa vigente y que demandan un espacio de tiempo adicional por lo que dada la evolución de la emergencia es importante reducirlo allí en donde sea posible a efectos de garantizar una adecuada respuesta sanitaria,

Al respecto, el procedimiento de aprobación de los decretos de urgencia, es lo suficientemente célere para permitir su ingreso al ordenamiento jurídico en un término abreviado y con ello permitir que surta efectos a la brevedad posible, garantizando la protección inmediata y oportuna de los bienes de relevancia constitucional que son objeto de resguardo a través de esta norma, objetivo que no podría ser cumplido si se realizara un procedimiento de aprobación que implicara mayor número de etapas, ya que, en el especial escenario generado con motivo de la COVID-19, las medidas deben ser aprobadas y ejecutadas de manera inmediata para hacer frente a la problemática generada por el mismo.

2.2.4. Sobre su transitoriedad

Las medidas extraordinarias aplicadas mantienen su vigencia durante el tiempo estrictamente necesario para revertir la emergencia sanitaria de la COVID 19. En el presente caso, el Decreto de Urgencia estaría vigente hasta los 30 días calendario después de culminada la emergencia sanitaria nacional.

El plazo de 30 días calendario permitirá culminar con las atenciones que se estén brindando a pacientes críticos en las Camas de Atención Crítica Temporal en Ambientes de Atención Crítica Temporal implementados en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales de EsSalud al momento de la culminación de la emergencia sanitaria nacional, por cuanto debe tenerse considerarse que al momento de culminar, podrían existir pacientes que continúen en tratamiento y requieran permanecer en hospitalización, por lo que el plazo antes señalado permitirá que lo culminen posibilitando una mejor recuperación y asegurando una atención oportuna y de calidad.

2.2.5. Sobre su generalidad e interés nacional.

Debe ser el "interés nacional" el que justifique la aplicación de la medida concreta. Ello quiere decir que los beneficios que depara la aplicación de la medida no pueden

circunscribir sus efectos en intereses determinados, sino por el contrario, deben alcanzar a toda la comunidad.

Las medidas contenidas en el Decreto de Urgencia son de interés nacional, y son de carácter general por cuanto, la protección de la salud de las personas es un deber del Estado establecido en el artículo 7 de la Constitución Política del Estado y esta obligación tiene íntima relación con la protección de la vida humana consagrada como derecho fundamental en el inciso 1 del artículo 2 del texto fundamental. Por tanto, las medidas propuestas deben ser adoptadas con carácter de urgencia, dado que de no autorizarse de manera inmediata se verá afectada la población en general al no contar con una oferta de salud suficiente para atender sus necesidades en salud, lo cual devendría en la mayor demanda de fondos públicos, con el objeto de restablecer los daños que ocasione la falta de atención oportuna y urgente por parte de los servicios de salud.

Debe considerarse que, conforme al artículo 7 de la Constitución Política del Perú, la salud es un derecho fundamental de las personas, que abarca tanto al individuo como a su entorno familiar y de su comunidad.

Asimismo, en el plano del sistema internacional de protección de derechos humanos, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar (...)".

En el mismo sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", establece que "toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".

En consecuencia, tanto la Constitución como las normas supranacionales en materia de derechos humanos, reconocidas por el estado peruano, contemplan como derecho fundamental a la salud, el mismo que debe ser protegido y garantizado por el Estado.

En este orden de ideas, conforme a los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, "Ley General de Salud", "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bien individual y colectivo. Asimismo, "la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla".

Adicionalmente, respecto de la promoción de la cobertura de servicios de salud, el numeral VI del referido Título Preliminar señala que "*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*".

De igual forma, el numeral VII del mencionado Título Preliminar señala que "*el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido*".

Como puede notarse, como parte de la protección y garantía del derecho a la salud de las personas se encuentra el aseguramiento universal y progresivo de la población, a efectos de evitar que alguna persona quede desprotegida de dicho derecho.

Asimismo, tal como lo ha señalado el Tribunal Constitucional en reiterada jurisprudencia, el derecho a la salud, en tanto derecho social, es un derecho de desarrollo progresivo e implica la obligación del Estado de buscar que todas las personas tengan la posibilidad de acceder a los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y

accesibilidad, así como la existencia de mecanismos de protección económica que hagan posible que la satisfacción de sus necesidades de salud no ponga en riesgo sus estabilidad económica justificando de esa forma la existencia del aseguramiento universal en salud como política nacional.

La satisfacción de las necesidades en materia de salud de las personas, obliga al Estado a agotar esfuerzos según sus posibilidades materiales y en el marco de la legislación vigente para poder dotar a los establecimientos de salud, de servicios de necesarios para realizar las atenciones.

2.2.6. Sobre su conexidad.

Debe existir una reconocible vinculación inmediata entre la medida aplicada y las circunstancias extraordinarias existentes.

El cumplimiento de este requisito se da por cuanto las disposiciones contenidas en el proyecto de Decreto de Urgencia tienen relación directa con la emergencia sanitaria nacional declarada por el Decreto Supremo N° 008-2020-SA y sus prórrogas, y su adopción contribuye a fortalecer las acciones en materia de prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus (COVID-19), así como la defensa del derecho a la salud y a la vida como derecho fundamental, debiendo señalar que, en el marco del Estado de Emergencia Nacional, por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote de la COVID-19 se necesita fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud del Sector Salud, a través de las acciones señaladas en el Decreto de Urgencia.

En efecto, las medidas propuestas, vale decir la implementación de camas de atención crítica temporal como medida de contención ante el incremento de la demanda de servicios hospitalarios críticos generada por la pandemia es directa, por cuanto la implementación de este tipo de camas servirá como contención de la demanda ante la imposibilidad de implementar un mayor número de camas UCI, permitiendo de esa forma una mejor atención a los pacientes asegurados y no asegurados que requieran el servicio.

Por lo expuesto, la propuesta normativa, se encuentra acorde a lo dispuesto por el numeral 19 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, que faculta al Poder Ejecutivo dictar medidas extraordinarias mediante decreto de urgencia con fuerza de ley, en materia económica y financiera, cuando así lo requiera el interés nacional, situación que está justificada para adoptar las medidas extraordinarias propuestas para reforzar la respuesta sanitaria que se viene dando ante el Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19; y requiere la aprobación del Consejo de Ministros conforme a las atribuciones establecidas en el numeral 2 del artículo 125 de la citada carta magna.

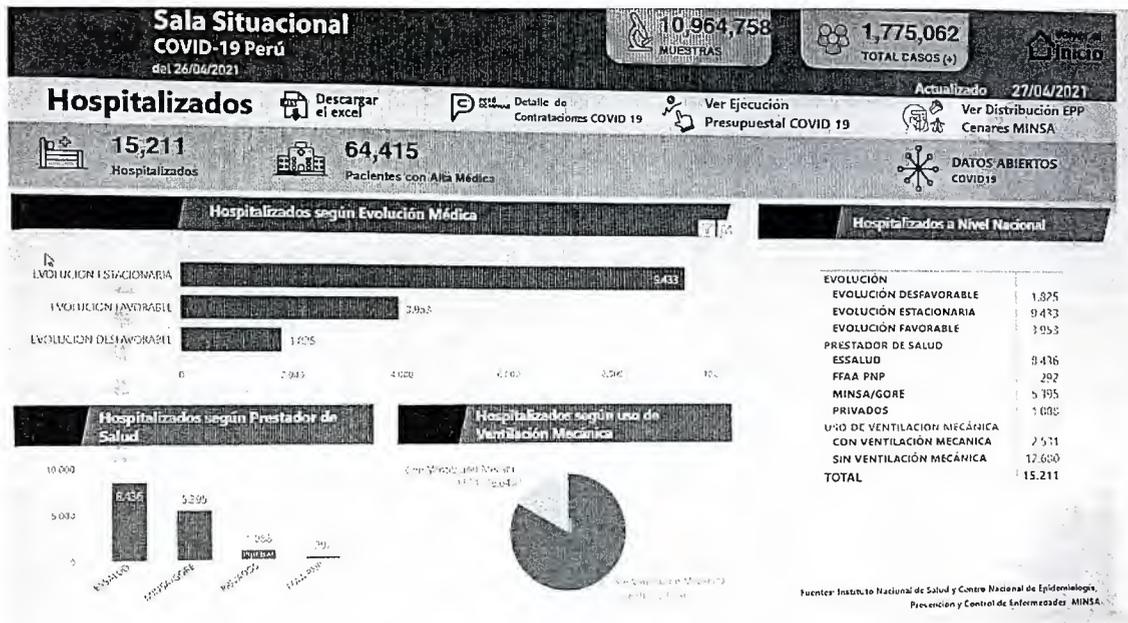
III. PROBLEMÁTICA Y NECESIDAD DE LA PROPUESTA

3.1 Evolución de la Pandemia por el COVID 19

Desde el inicio de la pandemia por COVID hasta el 27 de abril de 2021 el Ministerio de Salud ha reportado un total de 1 775 062 **casos confirmados de COVID-19**, con una letalidad de 3.40%. Asimismo, registra un total de 60 416 fallecidos



Figura 1
Hospitalización de pacientes COVID

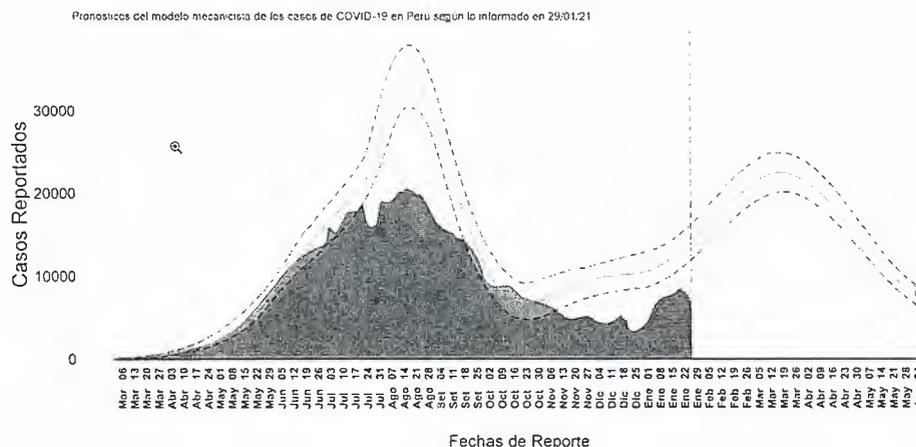


FUENTE: Ministerio de Salud. Sala Situacional COVID 19

Como se muestra en la imagen precedente, el Minsa reporta un total de 15 211 hospitalizados por COVID 19 de los cuales 2351 están con ventilación mecánica. Asimismo, se reporta un total de 2756 camas UCI de las cuales 2641 se encuentran ocupadas.

El Ministerio de Salud estima que al final de la segunda ola aproximadamente habrían 2 185 015 casos de COVID-19 (con un escenario máximo de 2 454 971 casos). Del mismo modo, se estima que el pico de la segunda ola se produciría la tercera semana del mes de marzo y que la duración de la segunda ola se prolongaría hasta la primera semana de junio de 2021.

Gráfico N° 12



Fuente:
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC – Perú)
Nota Informativa N° 0524-2021-CDC/MINSA (Exp. 21-007721-001)

Otro punto importante a tener en cuenta es cómo, como se ha señalado anteriormente la llegada de una tercera ola sería inminente si se tiene en cuenta su evolución en otros países en donde viene teniendo un impacto mayor al de la primera ola.

La imprevisibilidad de la magnitud del incremento de número de casos, a pesar del tiempo transcurrido aún se mantiene debido a que la enfermedad se mantiene activa y no es posible predecir el comportamiento de la pandemia, no teniéndose proyección de hasta cuándo podría afectar a nuestro país ni en qué magnitud; sin embargo, tal como se proyectó en el año 2020 hoy tenemos la confirmación de la ocurrencia de una segunda ola de contagios que aún no termina y el posible advenimiento de una tercera ola cuyo impacto no es posible aun prever en toda su magnitud dada la imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad aunque las proyecciones existentes concluyen en que este será mayor al de la primera ola.

Además, debe considerarse que, como se ha señalado anteriormente, a la situación antes descrita, se suma el hecho de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que la variante del SARS-CoV-2 de Reino Unido se ha detectado en otros 40 países / territorios / áreas en cinco de las seis regiones de la OMS. La circulación de estas nuevas variantes del SARS-CoV-2 en diferentes países, ha llevado al cierre de fronteras con Europa y a implementar estrategias de cuarentena y aislamiento a los viajeros que ingresen al país de destino.

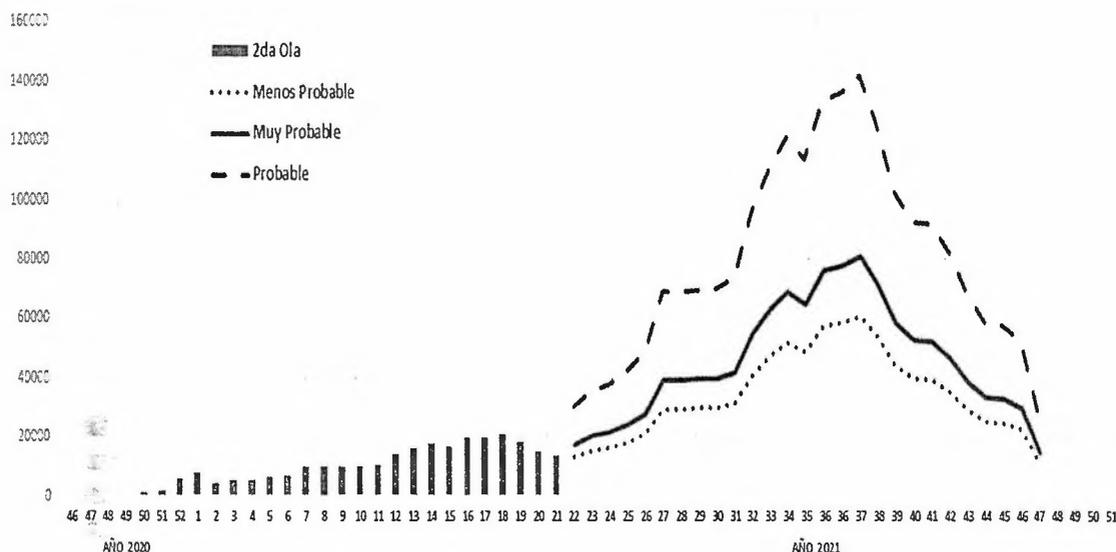
Para el tercer trimestre el año, la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria (OIS) de EsSalud en su Informe 002-OIS-EsSalud-2021, de fecha 26 de marzo de 2021, en función lo observando a nivel internacional respecto a la evolución de la epidemia de la Covid 19 y el tiempo que transcurrió entre la aparición de la 1era y 2da ola, proyecta² el inicio de tercera ola para 3er trimestre del 2021, observado que esta vez que el tiempo entre la segunda ola y la tercera será más breve (en promedio 3 semanas) y los escenarios en la proyección de comportamiento de la segunda y tercera ola muestran nuevo incremento de casos Covid 19 en el 2021, de entre 4 a 7 veces mayor a la magnitud de la primera ola.



² Considerando las proyecciones del Imperial College of London en diferentes escenarios y los datos generados por la atención a pacientes asegurados con información del ESSI en hospitalizaciones y pacientes críticos, además se presenta la comparación de la ocupación máxima de camas de hospitalización general y destacar que la capacidad de Unidad de Cuidados Intensivos siempre se ha mantenido al 100% de ocupación. Asimismo, considerando que las características de la pandemia obedecen a una interacción multifactorial que genera demasiada fluctuación en la tendencia de casos. (agente, huésped susceptible, fuente del agente).

Gráfico 13

EsSalud: Casos Covid-19 y escenarios de proyecciones para la tercera ola por semana epidemiológica



Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de EsSalud.

La capacidad de respuesta de los servicios de salud se debe estimar con la posibilidad de enfrentar olas de casos en mejores condiciones de estructura, en este grupo de posibilidad el Seguro Social de Salud asume el escenario Muy Probable (es decir 4 veces mayor a la magnitud de la primera ola), en vista de:

- Incremento de riesgo de población susceptible por levantamiento de cuarentenas focalizadas.
- Identificación de variantes como la P1 de Brasil en las principales ciudades del país.
- Levantamiento de la cuarentena.
- Incremento de fómites o causas que promueven o incrementan el riesgo de contagio en población que mantiene cuarentena voluntaria.
- Fechas festivas como semana santa y el día de la madre (entre otras).

En una tercera ola y ante el escenario 4 veces mayor a la magnitud de la primera ola, que es muy probable, la proyección de necesidades de atención de asegurados, obtenida de función a la información institucional del comportamiento de la pandemia, hasta la semana epidemiológica 45, los casos esperados serían 1'294,643 de los cuales se hospitalizarían 432,102 y requerirán UCI 79,156; para atender esta demanda se requeriría una disponibilidad constante de 30,924 camas en hospitalarias o UCIM y 5,613 camas UCI, sin embargo a la fecha EsSalud solo cuenta con 1,350.

Tabla 05
EsSalud: Tercera Ola Escenario muy probable (incidencia x4)

	POBLACIÓN	Tasa de Incidencia x 4	Casos esperados en 3era ola (4x)	Hospitalizaciones (33.29%)*	HospGral - UCIM Max Numero proyectado de camas	UCI (6.1%)**	UCI Max Numero proyectado de camas
NACIONAL	32,525,943	10,919	3,465,058	1,153,829		211,363	
ESSALUD	11,576,162	11,476	1,297,643	432,102	30,924	79,156	5,613

Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de EsSalud.

3.2 Brecha de camas UCI

Según los ratios de camas críticas por cada 100 mil habitantes se establece tres escenarios:

- Mínimo: ratio es de 8.8 camas UCI por cada 100 mil habitantes
- Máximo: ratio es de 15.6 camas UCI por cada 100 mil habitantes
- Promedio: ratio es de 12 camas UCI por cada 100 mil habitantes

Tabla N° 06

BRECHA ESTIMADA DE CAMAS UCI A NIVEL NACIONAL EN RELACION AL PROMEDIO DE LA OCDE

PERU	CAMAS:UCI OPERATIVAS CON VENTILACIÓN	POBLACIÓN	CAMAS:UCI EXISTENTES POR CADA 100 MIL HAB.	ESTIMADO OCDE POR CADA 100 000 HABITANTES (intervalo de confianza)		
				MINÍMO	MÁXIMO	PROMEDIO
Total Nacional	2,508	32,162,178	7.8	8.8	15.6	12

		BRECHA
Total de camas UCI según ratio máximo de 15.6 x 100 mil habitantes	5029	2,521
Total de camas UCI según ratio promedio de 12 x 100 mil habitantes	3880	1,372

La oferta actual de camas UCI a nivel nacional, según el reporte de SUSALUD del 5 de abril es de 2,508 camas críticas lo que equivale a una ratio de 7.8/100 mil habitantes, lo que establece una **brecha a nivel nacional de:**

- Según ratios mínimos: <1> cama/100 mil habitantes, déficit 332 camas.
- Según ratio máximos: <7.8> camas/100 mil habitantes, déficit 2521 camas.
- Según ratio promedio: <4.2> camas/ 100 mil habitantes, déficit 1372 camas.

La oferta actual de camas UCI en ESSALUD, según el reporte de SUSALUD del 5 de abril es de 974 camas lo que representa un 38.8% de la oferta nacional de camas críticas lo que equivale a una ratio de 8.5 /100 mil habitantes lo que establece una brecha a nivel nacional en ESSALUD de:

- Según ratios mínimos: <0.3> cama/100 mil habitantes, déficit 34 camas.
- Según ratio máximos: <7.1>camas/100 mil habitantes, déficit 816 camas.
- Según ratio promedio: <3.5> camas/ 100 mil habitantes, déficit 400 camas.

Por tanto, la estimación del déficit de camas en todo EsSalud considerando una ratio promedio de 12 camas UCI por cada 100 mil habitantes, resulta en 400 camas.

Tabla N° 07

RED ASISTENCIAL	Población	Ratios OCDE (x 100,000 hab.)	VM que corresponden	VM existencia actual	VM alquilados actual	Total oferta actual VM	VM brecha actual
INCOR						0	0
RED ASIST.AMAZONAS	71,535	12.00	8.58	4		4	-5
RED ASIST.ANCASH	227,466	12.00	27.30	22		22	-5
RED ASIST.APURIMAC	86,645	12.00	10.40	14		14	4

RED ASIST.AREQUIPA	671,908	12.00	80.63	59		59	-22
RED ASIST.AYACUCHO	110,754	12.00	13.29	8		8	-5
RED ASIST.CAJAMARCA	187,160	12.00	22.46		14	14	-8
RED ASIST.CUSCO	347,838	12.00	41.74	24		24	-18
RED ASIST.HUANCAVELICA	79,427	12.00	9.53	4		4	-6
RED ASIST.HUANUCO	170,896	12.00	20.51	23		23	2
RED ASIST.HUARAZ	114,746	12.00	13.77	4		4	-10
RED ASIST.ICA	470,541	12.00	56.46	25		25	-31
RED ASIST.JULIACA	140,504	12.00	16.86	8		8	-9
RED ASIST.JUNIN	372,017	12.00	44.64	25		25	-20
RED ASIST.LA LIBERTAD	674,732	12.00	80.97	50		50	-31
RED ASIST.LAMBAYEQUE	609,239	12.00	73.11	41		41	-32
RED ASIST.LORETO	242,648	12.00	29.12	18		18	-11
RED ASIST.MADRE DE DIOS	37,331	12.00	4.48	5		5	1
RED ASIST.MOQUEGUA	98,060	12.00	11.77	12		12	0
RED ASIST.MOYOBAMBA	53,754	12.00	6.45	1		1	-5
RED ASIST.PASCO	95,317	12.00	11.44	8		8	-3
RED ASIST.PIURA	649,158	12.00	77.90	65	2	67	-11
RED ASIST.PUNO	100,760	12.00	12.09	6		6	-6
RED ASIST.TACNA	120,517	12.00	14.46	25		25	11
RED ASIST.TARAPOTO	113,450	12.00	13.61	8		8	-6
RED ASIST.TUMBES	70,609	12.00	8.47	2		2	-6
RED ASIST.UCAYALI	142,443	12.00	17.09	17		17	0
RED PRESTACIONAL ALMENARA	1,609,565	12.00	193.15	129		129	-64
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	1,967,005	12.00	236.04	196		196	-40
RED PRESTACIONAL SABOGAL	1,814,476	12.00	217.74	155		155	-63
TOTAL	11,450,501		1,374	958	16	974	-400



3.3 Ausencia de recursos humanos para permitir el cierre de brechas de camas UCI

La pandemia por COVID-19 ha agudizado la crisis global de recursos humanos en salud, por lo que estos han pasado a convertirse en un elemento central para la atención de los pacientes con coronavirus, sino también para aquellos pacientes que requieren atención por patologías crónicas.

Sólo antes de la pandemia por COVID-19, se estimaba que en América Latina existía un déficit de 391,000 puestos de trabajo en salud; por lo que se consideraba que la escasez de recursos humanos en salud era un serio obstáculo para el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de protección social y para el logro de resultados de las intervenciones en salud.

Dado el continuo incremento de pacientes con COVID-19, así como el ingreso de nuevas variantes del coronavirus, es indispensable que los sistemas de salud implementen acciones que permitan mejorar la capacidad de respuesta de un país frente a esta pandemia, sobre todo en el ámbito hospitalario, a través de la **reorganización y ampliación de capacidades de estos; movilización y gestión efectiva de los recursos humanos, suministros y tecnológicos, financieros y; manteniendo las condiciones de protección y seguridad de todo el personal.**¹

A la fecha, esta reorganización y ampliación de las capacidades de los establecimientos, ha permitido que muchos de ellos estén prioritariamente destinados a la atención de pacientes COVID-19. Sin embargo, dado el incremento de la atención de pacientes con necesidad de hospitalización y requerimiento de oxígeno medicinal, especialmente en las áreas críticas como UCI y UCIN, ha tenido una repercusión en el incremento de las

mismas, lo que genera insuficiente disponibilidad de oferta de recurso humano especializado para la atención de los pacientes usuarios de dichas áreas críticas.

Es así que al 5 de abril, en ESSALUD se ha reportado 974 camas de UCI, teniendo un total aproximado de 341 médicos especialistas que se encuentran atendiendo a estos pacientes. Cabe mencionar que el ratio de atención es de 6 camas UCI por médico intensivista, sin embargo, dada la situación de emergencia sanitaria por la pandemia, otras especialidades como anestesiología, emergencia y desastres o médicos internistas vienen colaborando con la atención de los pacientes en estas áreas críticas.

A la fecha ESSALUD cuenta con 341 médicos especialistas trabajando en las 974 camas UCI COVID (Medicina Intensiva, Emergenciólogos, Medicina Interna, Anestesiología), lo que establece una brecha a nivel nacional de **677 déficit de médicos especialistas**.

Tabla 08
Brecha de Médicos Especialistas para UCI-COVID por Redes Asistenciales de EsSalud

REDES	TOTAL	Médicos requeridos por guardia	Médicos requeridos por mes	Médicos existentes	Brecha actual
REBAGLIATI	196	36	192	47	145
SABOGAL	155	29	156	41	115
ALMENARA	129	24	129	65	64
ANCASH	22	4	21	8	13
APURÍMAC	14	3	17	3	14
AREQUIPA	59	10	53	20	34
AMAZONAS	4	1	6	2	6
CUSCO	24	4	21	18	6
AYACUCHO	8	2	11	2	9
ICA	25	5	27	7	21
HUANUCO	23	4	21	3	19
JULIACA	8	2	11	3	8
CAJAMARCA	14	3	16	2	14
HUANCAVELICA	4	1	6	1	5
HUARAZ	4	1	6	1	5
JUNIN	25	5	27	11	16
LA LIBERTAD	50	10	54	32	24
LAMBAYEQUE	41	8	43	27	19
LORETO	18	3	16	6	10
MADRE DE DIOS	5	1	6	1	5
TARAPOTO	8	2	11	4	8
MOQUEGUA	12	2	11	2	11
MOYOBAMBA	1	1	6	3	3
PASCO	8	2	11	6	7
PIURA	67	12	65	10	57
PUNO	6	1	6	3	3
TACNA	25	5	27	9	18
TUMBES	2	1	6	1	5
UCAYALI	17	3	16	3	13
TOTAL DE LA OFERTA	974	185	998	341	677

3.4 Oferta de Áreas Críticas

Debe considerarse que la atención de pacientes críticos se da a través de dos modalidades:

Para el funcionamiento de esta unidad se consideran los siguientes requerimientos de recursos humanos (ver cuadro)

La unidad de cuidados intermedios (UCI), es una unidad organizada que trabaja de manera coordinada con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), brindando atención monovalente en medicina intensiva al paciente crítico que no requiere monitoreo ni tratamiento predominantemente invasivo, pero cuyo estado aun reviste gravedad. Proporciona atención que no puede ser brindada en las unidades de hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en las unidades de cuidados intensivos; para manejo fundamentalmente de pacientes prioridad III. La prioridad II bajo evaluación individualizada, y para consolidar el manejo posterior al egreso de cuidados intensivos.

Nº	RRHH	CRITERIOS	CANTIDAD	REFERENCIA
1	MÉDICO	Intensivista Certificado con título Universitario, registrado en Colegio Médico del Perú (C)	1 x (no más de 06 camas UCI por guardia)	R.M.Nº489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/DGSP-V-01-2005
2	ENFERMERA	Enfermero con especialidad en Cuidados Intensivos Certificado con título Universitario (U)	1 x 02 camas UCI por guardia	R.M.Nº489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/DGSP-V-01-2005
3	TÉCNICO	Con título de Técnico de enfermería, con experiencia en UCI, Mínimo de 6 meses.	1 x 03 camas UCI por guardia.	Acta del comité central de UCI y UCI N° 014-GCPS-ESSALUD-2015
4	TERAPISTA RESPIRATORIO	Con título certificado (C), Ciudadanos Intensivo	1 terapeuta respiratorio por cada 6 camas UCI.	R.M.Nº489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/DGSP-V-01-2005
5	NUTRICIONISTA	Certificado con Título Universitario.	1x Turno diurno (*)	R.M.Nº489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/DGSP-V-01-2005
6	PSICOLOGO	Certificado con Título Universitario.	1x Turno diurno (*) por servicio/departamento	Acta del comité central de UCI y UCI N° 014-GCPS-ESSALUD-2015

Tabla N° 09
Requerimiento de recursos humanos en una UCI

La unidad de cuidados intermedios (UCI), es una unidad estructural que brinda atención especializada de medicina intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente, potencialmente recuperable que puede requerir o no procedimientos especiales de diagnósticos y/o terapéuticos que preserven la vida; para manejo fundamentalmente de pacientes prioridad I y II. La prioridad III bajo evaluación individualizada o con criterio pre establecido específico.

Para el funcionamiento de una UCI se consideran los siguientes requerimientos de recursos humanos (ver tabla N° 4).

- Unidad de cuidados intermedios
- Unidad de cuidados intermedios



Tabla N° 10
Recursos Humanos en la unidad de cuidados intermedios polivalentes y monovalentes

N°	RRHH	CRITERIOS	CANTIDAD	REFERENCIA
1	MÉDICO	Intensivista Certificado con título Universitario, registrado en Colegio Médico del Perú (*)	1 x (no más de 8 camas UCIN por guardia)	R.M.N°489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/ DGSP-V-01-2005
2	ENFERMERA	Enfermero con especialidad en Cuidados Intensivos Certificado con título Universitario(*)	1x 03 cama UCIN por guardia	Acta del comité central de UCI y UCIN N° 014-GCPS-ESSALUD-2015
3	TÉCNICO	Con título de Técnico de enfermería, con experiencia en UCI, mínimo de 6 meses	1x 04 cama UCIN por guardia	Acta del comité central de UCI y UCIN N° 014-GCPS-ESSALUD-2015
4	TERAPISTA RESPIRATORIO	Con título certificado (*), con experiencia en Cuidados Intensivo	1 terapeuta respiratorio por cada 6 camas UCIN.	R.M.N°489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/ DGSP-V-01-2005 Acta del comité central de UCI y UCIN N° 014-GCPS-ESSALUD-2015
5	NUTRICIONISTA	Certificado con Título Universitario.	1x Turno diurno (*)	R.M.N°489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/ DGSP-V-01-2005 Acta del comité central de UCI y UCIN N° 014-GCPS-ESSALUD-2015
6	PSICOLOGO	Certificado con Título Universitario.	1x Turno diurno (*)	R.M.N°489-2005/MINSA, aprobó NT N° 031 MINSA/ DGSP-V-01-2005 Acta del comité central de UCI y UCIN N° 014-GCPS-ESSALUD-2015

SOPORTE VENTILATORIO

Se denomina ventilación mecánica (VM) a todo procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria, pudiendo además mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar. La ventilación mecánica no es una terapia, sino un soporte que mantiene al paciente mientras se corrige la lesión estructural o la alteración funcional por la cual se indicó.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se define como un soporte ventilatorio externo administrado sin necesidad de intubación orotraqueal (IOT). Persigue los mismos fines que la ventilación mecánica invasiva (VMI): aumentar o sustituir el cambio cíclico de volumen de aire alveolar que se produce con los movimientos respiratorios. Ambas terapias, VMNI y VMI, aplicadas a pacientes con insuficiencia respiratoria tienen como fin conseguir una ventilación suficiente para mantener un intercambio gaseoso adecuado a los requerimientos metabólicos del organismo. (Referencia: Ventilación mecánica no invasiva e invasiva/Invasive and noninvasive mechanical ventilation Author links open overlay panel E.García Castillo ac M.Chicot Llanobc D.A.Rodríguez Serranobc E.Zamora García ac)

Existen varios tipos de respiradores, pero se pueden distinguir en dos grupos según la ventilación que realizan: invasiva (requiere intubación endotraqueal) o no invasiva (no requiere intubación). Los respiradores de cuidados intensivos usados para los pacientes con COVID-19 realizan una ventilación mecánica invasiva.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) puede definirse como cualquier forma de soporte ventilatorio administrado sin necesidad de intubación endotraqueal, la VMNI ha experimentado en las últimas décadas un crecimiento importante en su aplicación. La demostración de la eficacia de la presión positiva en la vía aérea mediante mascarillas y el desarrollo de respiradores portátiles y relativamente fáciles de manejar han propiciado el gran auge de esta técnica ventilatoria en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda y de la crónica.

Un aspecto clave de la VMNI es la posibilidad de evitar la intubación traqueal y la ventilación mecánica invasiva y sus potenciales complicaciones. Además, es más confortable, el paciente puede comunicarse, comer y beber, expectorar, evita la necesidad de sedación profunda y se preservan los mecanismos de defensa de la vía aérea superior(1). La aplicación de VMNI en la insuficiencia respiratoria aguda permite reducir la intubación endotraqueal, la tasa de morbimortalidad y la estancia hospitalaria. Además, esta técnica puede utilizarse fuera de UCI, lo cual permite un inicio más precoz del soporte ventilatorio y un menor consumo de recursos(2). En pacientes con fallo ventilatorio crónico, el soporte ventilatorio no invasivo nocturno se asocia a una mejoría significativa en los síntomas, calidad de vida y en parámetros fisiológicos. (Referencia: Ventilación mecánica no invasiva D. del Castillo Otero, C. Cabrera Galán, M. Arenas Gordillo, F. Valenzuela Mateos)

OXIGENO

Uno de los principales bienes usados en el tratamiento y manejo clínico de las complicaciones que presentan las personas hospitalizadas por COVID-19 es el oxígeno medicinal. El oxígeno medicinal es calificado como un medicamento que se encuentra dentro del grupo denominado como gases medicinales.

La fuente más sencilla y segura de generar es la de concentradores portátiles de oxígeno. Los concentradores, en especial los portátiles, se pueden mover de un sitio a otro y requieren de un suministro de energía para su funcionamiento. Muchos de ellos tienen baterías que les permiten funcionar sin conexión a la red durante unos minutos, pero si el desplazamiento va a ser grande (como puede ser un traslado en vehículo sin posibilidad de conexión a la energía) no es el sistema de suministro adecuado. Los concentradores suelen tener un flujo de suministro de entre 5 l/min y 10 l/min y son muy prácticos para suministros de larga duración⁶.

La siguiente fuente más sencilla en manejo de instalación es la de los balones de oxígeno que pueden ser colocados como botellas individuales tanto para suministro principal o como reserva por si se produce un corte en el suministro centralizado; o como baterías de botellas en línea como suministro centralizado. El principal reto con el uso de botellas es que, si el flujo de oxígeno a dosificar es elevado, se consumen muy rápidamente; por lo que, es fundamental contar con un sistema probado para cambio de botellas, que evite omisiones o retrasos.

En los casos que van a hacer un despliegue muy largo en un lugar (oferta temporal), o en los que se tienen consumos grandes, como en las respuestas a COVID-19, es más práctico y habitual instalar plantas PSA o depósitos de oxígeno líquido.

Para las plantas PSA se requiere de un proyecto de instalación, se deben acondicionar un espacio para su instalación; además, considerar otros servicios, como los accesos y el suministro de electricidad fiable para que la planta pueda funcionar con normalidad.

Los depósitos de oxígeno líquido (isotanques o tanques criogénicos) son ideales para cuando se va a realizar una operación larga en el tiempo y con consumos importantes de oxígeno durante su funcionamiento. El principal problema que se tiene con esta fuente es que deben existir un fabricante o suministrador de oxígeno líquido que pueda rellenar los depósitos cuando éstos lleguen a su fin y que además tengan depósitos y sistemas de gasificación disponibles para su instalación.

En el cuadro siguiente puede observarse las fuentes de producción o suministro de oxígeno con sus principales características

	O ₂ comprimido en botellas	O ₂ licuado como líquido criogénico	Concentradores de O ₂ (7)	Plantas generadoras de oxígeno (12)
Características	2 tipos de suministro: <ul style="list-style-type: none"> • Individuales - suministro directo al paciente • Bloques de botellas de gran tamaño conectadas entre sí (16 a 18 botellas) Presentaciones 0,5 - 50 l	<ul style="list-style-type: none"> • O₂ se suministra por la red de distribución, desde el depósito criogénico (fijo o móvil) hasta los puntos de uso • Capacidad de los tanques 1.500 - 40.000 l 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo médico que concentra O₂ a través del paso de aire por tamices moleculares • Concentraciones para uso clínico 82 - 95,5% • 2 tipos • Estacionarios (2 a 5 pacientes) • Portátiles (individuales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema adsorción por oscilación de presión - PSA (pressure swing adsorption). El aire pasa por generadores de O₂ con tamices moleculares de zeolita que adsorben el nitrógeno • Concentración 93 - 95%

Fuente: OPS

3.5 La estrategia de implementación de Ambientes de Atención Crítica Temporal para la atención de Covid-19

Habiéndose realizado el análisis de las diferentes opciones de incremento de camas para pacientes críticos por COVID19 en términos de viabilidad tomando en consideración factores como:

- Brecha de camas críticas (según ratios y comportamiento de la demanda)
- Condiciones de infraestructura
- Oferta de recursos humanos:
 - o Médicos especialistas (intensivistas)
 - o Profesionales de la salud especializados
 - o Personal de apoyo especializado
- Oferta disponible de equipamiento biomédico (ventiladores, monitores, bombas de infusión, etc.)
- Tiempos de adquisición de oferta requeridas (oportunidad de atención)
- Condiciones de producción, provisión, almacenamiento, suministro y distribución de oxígeno
- Uso de medicamentos complejos (sedación, relajantes musculares, protectores neurológicos, vasopresores, etc)

Y considerando la imposibilidad de incrementar la oferta de camas UCI para la atención de pacientes críticos, la estrategia de implementación de Ambientes de Atención Crítica Temporal (AACT) permitiría el incremento de oferta de camas de atención crítica, teniendo como objetivos:

- mejorar la oportunidad de atención de un paciente crítico;
- disminuir la demanda de ingresos de pacientes a UCI y
- mejorar la estancia hospitalaria de camas de cuidados intensivos

En efecto, frente a las camas UCI las camas de atención crítica temporal a instalarse en los Ambientes de Atención Crítica Temporal (AACT) presentan las siguientes ventajas:

- no requieren infraestructura compleja
- equipo de manejo más sencillo
- equipo de RRHH capacitado
- mayor oferta en el mercado para su implementación
- procedimientos no invasivos

- monitoreo periódico
- contribuye a la disminución de la estancia hospitalaria en cuidados intensivos asumiendo los días de convalecencia inmediata
- menores riesgos de complicaciones asociados a los cuidados críticos

En ese sentido, debe considerarse como posibilidad cubrir la brecha de camas equipadas con equipos de ventiladores mecánicos con camas de atención crítica temporal para lo cual se considera una brecha de 560 ventiladores.

Para el cálculo de la brecha se ha utilizado los ratios de la OCDE que relaciona el número de camas UCI por 100 mil habitantes en un escenario promedio (ratio 12x100mil habitantes) para todas las redes asistenciales que no cuentan con hospital de alta complejidad. Para las redes que cuentan con hospitales de alta complejidad se ha utilizado el ratio del escenario máximo (15.6x100 mil habitantes) debido a que son los hospitales que reciben las referencias de las regiones vecinas.

Con respecto a la distribución de las camas de atención crítica temporal, ésta toma en cuenta la brecha negativa de camas críticas y la evaluación de las condiciones anteriormente señaladas.

Uno de los factores importantes para la distribución de las camas fue la cantidad de referencias recibidas durante el año 2020 y 2021, según se muestra a continuación, donde se evidencia que las Redes Prestacionales de Rebagliati, Almenara y Sabogal, así como las Redes Asistenciales La Libertad, Lambayeque, Arequipa, Piura, Junín, Cusco, Ica, Juliaca, Loreto y Ancash la mayor cantidad de referencias atendidas a nivel nacional (88%). Cabe señalar que todas las Redes Asistenciales y Prestacionales a las que se ha considerado una ratio de 15.6 por tener un hospital de alta complejidad están incluidos en este grupo.

Tabla N° 11
EsSalud: Referencias según Red Asistencial y Prestacional, 2020 – 2021

Redes asistenciales / prestacionales	Año 2020			Año 2021			Total 2020-2021		
	Citado	Pendiente de atención	Total	Citado	Pendiente de atención	Total	Citado	Pendiente de atención	Total
R.P. REBAGLIATI	9,963	760	10,723	4,239	2,576	6,815	14,202	3,336	17,538
R.P. ALMENARA	8,572	1,549	10,121	3,443	2,578	6,021	12,015	4,127	16,142
R.A. LA LIBERTAD	7,575	1,097	8,672	3,383	1,580	4,963	10,958	2,677	13,635
R.P. SABOGAL	7,113	696	7,809	3,139	1,664	4,803	10,252	2,360	12,612
R.A. LAMBAYEQUE	5,681	2,146	7,827	2,445	1,193	3,638	8,126	3,339	11,465
R.A. AREQUIPA	5,335	924	6,259	2,006	659	2,665	7,341	1,583	8,924
R.A. PIURA	5,078	392	5,470	2,627	437	3,064	7,705	829	8,534
R.A. JUNIN	2,888	152	3,040	1,079	422	1,501	3,967	574	4,541
R.A. CUSCO	2,685	317	3,002	1,086	417	1,503	3,771	734	4,505
R.A. ICA	1,448	189	1,637	725	282	1,007	2,173	471	2,644
R.A. JULIACA	1,058	51	1,109	525	213	738	1,583	264	1,847
R.A. LORETO	1,122	69	1,191	476	43	519	1,598	112	1,710
R.A. ANCASH	1,072	32	1,104	533	63	596	1,605	95	1,700
INST.NAC.DEL CORAZON	963	40	1,003	391	143	534	1,354	183	1,537
R.A. PUNO	1,007	0	1,007	463	27	490	1,470	27	1,497
R.A. AYACUCHO	665	201	866	361	131	492	1,026	332	1,358
R.A. PASCO	866	159	1,025	193	130	323	1,059	289	1,348
R.A. CAJAMARCA	753	83	836	363	68	431	1,116	151	1,267
R.A. HUANUCO	566	164	730	257	84	341	823	248	1,071
R.A. TACNA	475	39	514	315	100	415	790	139	929
R.A. APURIMAC	387	124	511	97	50	147	484	174	658
R.A. UCAYALI	430	73	503	102	35	137	532	108	640
AFESSALUD	133	251	384	30	225	255	163	476	639

R.A. TARAPOTO	403	28	431	163	35	198	566	63	629
R.A. HUARAZ	176	7	183	178	10	188	354	17	371
R.A. AMAZONAS	216	12	228	114	26	140	330	38	368
R.A. MOQUEGUA	219	7	226	81	24	105	300	31	331
R.A. TUMBES	160	9	169	95	11	106	255	20	275
R.A. HUANCAMELICA	78	85	163	64	46	110	142	131	273
R.A. MOYOBAMBA	140	0	140	98	15	113	238	15	253
R.A. MADRE DE DIOS	58	13	71	19	9	28	77	22	99
CENT.DE HEMODIALISIS	31	2	33	13	10	23	44	12	56
Total general	67,316	9,671	76,987	29,103	13,306	42,409	96,419	22,977	119,396

Fuente: GCOP

Según la evaluación de condiciones para la implementación de la estrategia de camas críticas temporales (infraestructura, recursos humanos, situación de oxígeno, brecha) se tiene la siguiente distribución que hace un total de 500 camas críticas temporales a implementar.

Tabla N° 12
EsSalud: Propuesta de distribución de las 500 camas críticas temporales a implementar

RED ASISTENCIAL	Población	Ratios OCDE(X 100,000 hab.)	VM que corresponden	VM existencia actual	VM alquilados actual	Total de oferta VM actual	VM brecha actual	VM por adquirir a corto plazo	Nueva brecha	Total CAF
INCOR						0	0	19	19	
RED ASIST.AMAZONAS	71,535	12.00	8.58	4		4	-5		-5	
RED ASIST.ANCASH	227,466	12.00	27.30	22		22	-5		-5	20
RED ASIST.APURIMAC	86,645	12.00	10.40	14		14	4	2	6	
RED ASIST.AREQUIPA	671,908	15.60	104.82	59		59	-46	4	-42	25
RED ASIST.AYACUCHO	110,754	12.00	13.29	8		8	-5		-5	
RED ASIST.CAJAMARCA	187,160	12.00	22.46		14	14	-8		-8	
RED ASIST.CUSCO	347,838	15.60	54.26	24		24	-30	2	-28	
RED ASIST.HUANCAMELICA	79,427	12.00	9.53	4		4	-6		-6	
RED ASIST.HUANUCO	170,896	12.00	20.51	23		23	2		2	
RED ASIST.HUARAZ	114,746	12.00	13.77	4		4	-10		-10	
RED ASIST.ICA	470,541	12.00	56.46	25		25	-31	5	-26	20
RED ASIST.JULIACA	140,504	12.00	16.86	8		8	-9		-9	
RED ASIST.JUNIN	372,017	15.60	58.03	25		25	-33	5	-28	20
RED ASIST.LA LIBERTAD	674,732	15.60	105.26	50		50	-55		-55	20
RED ASIST.LAMBAYEQUE	609,239	12.00	73.11	41		41	-32	7	-25	25
RED ASIST.LORETO	242,648	12.00	29.12	18		18	-11	3	-8	
RED ASIST.MADRE DE DIOS	37,331	12.00	4.48	5		5	1		1	
RED ASIST.MOQUEGUA	98,060	12.00	11.77	12		12	0		0	
RED ASIST.MOYOBAMBA	53,754	12.00	6.45	1		1	-5		-5	
RED ASIST.PASCO	95,317	12.00	11.44	8		8	-3		-3	
RED ASIST.PIURA	649,158	15.60	101.27	65	2	67	-34	9	-25	20
RED ASIST.PUNO	100,760	12.00	12.09	6		6	-6		-6	
RED ASIST.TACNA	120,517	12.00	14.46	25		25	11		11	
RED ASIST.TARAPOTO	113,450	12.00	13.61	8		8	-6		-6	
RED ASIST.TUMBES	70,609	12.00	8.47	2		2	-6	3	-3	
RED ASIST.UCAYALI	142,443	12.00	17.09	17		17	0		0	
RED PRESTACIONAL ALMENARA	1,609,565	15.60	251.09	129		129	-122	15	-107	50
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	1,967,005	15.60	306.85	196		196	-111	8	-103	200
RED PRESTACIONAL SABOGAL	1,814,476	15.60	283.06	155		155	-128	50	-78	100
TOTAL	11,450,501		1,666	958	16	974	-692	132	-560	500

Las 500 camas se implementarían en Ambientes de Atención Crítica Temporal (AACT) de acuerdo a lo dispuesto por el ente rector en la RM 455-2020-MINSA, que señala que dichas áreas comprenden "... ambientes de estructuras desplegadas, adecuadas o acondicionadas expansión externa habilitadas para la atención del paciente crítico destinada a brindar soporte vital avanzado y especializado en medicina intensiva..." para lo cual las IPRESS las implementarán de acuerdo a la disponibilidad y condiciones, según lo establecido en la tabla anterior.

Asimismo, las redes asistenciales consideradas en esta estrategia que cuenten con Centros de Atención Temporal (CAAT) podrán hacer uso de la infraestructura y recursos habilitados para este fin.

En las redes asistenciales de las otras regiones la implementación podría realizarse en ambientes exclusivos dentro de la infraestructura existente.

De las 500 camas críticas a implementar a nivel nacional, 350 se ubican en el ámbito de Lima y Callao. Cabe señalar que el indicador de 12 camas UCI por 100,000 asegurados propuesto por la OCDE permite comparar el desempeño entre los países y no representa una medida ideal del número de camas pero sí constituye un valor referencial de lo mínimo que se debe tener. Por tanto, a pesar que la brecha de ventiladores mecánicos en las Redes Prestacionales de Lima y Callao es de 288 para un ratio de 15.6 camas UCI x 100,000 asegurados, las condiciones factibles de implementar 350 camas críticas en lugar de 288, involucra alcanzar un ratio de 16.8 camas UCI x 100,000 asegurados, un valor por debajo de algunos países de la región que se encuentran dentro de la OCDE, como Brasil cuyo ratio es de 20.6 camas UCI x 100,000 habitantes³, y aun así en los momentos picos de la pandemia ha tenido servicios de salud colapsados. Debe señalarse además que este cálculo se ha realizado considerando solo a la población asegurada a EsSalud y la cobertura que se pretende brindar es a la población general, más aun considerando que el porcentaje de disponibilidad de camas UCI en Lima Metropolitana y Callao es menor del 5% (según último reporte de SUSALUD).

La distribución de las 350 camas en Lima y Callao se realizaría según el siguiente esquema:

- Red Prestacional Rebagliati:
 - o Villa Rebagliati: 100 camas
 - o Villa Panamericana: 100 camas
- Red Prestacional Almenara
 - o Villa San Juan de Lurigancho (en proceso): 50 camas
- Red Prestacional Sabogal:
 - o Villa Mongrut : 100 camas

CAMAS CAF EN REDES PRESTACIONALES		
RED PRESTACIONAL ALMENARA	50	CAMAS CAF EN LOS CAAT
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	100	
VILLA PANAMERICANA	100	
RED PRESTACIONAL SABOGAL	100	
TOTAL	350	

En las Redes Asistenciales de las otras regiones la implementación podría realizarse en ambientes exclusivos dentro de la infraestructura existente.

³ OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

CAMAS CAF EN REDES ASISTENCIALES		
RED ASIST.ANCASH	20	CAMAS CAF INTRA HOSPITALARIAS
RED ASIST.AREQUIPA	25	
RED ASIST.CAJAMARCA	-	
RED ASIST.ICA	20	
RED ASIST.JUNIN	20	
RED ASIST.LA LIBERTAD	20	
RED ASIST.LAMBAYEQUE	25	
RED ASIST.LORETO	-	
RED ASIST.MOYOBAMBA	-	
RED ASIST.PIURA	20	
RED ASIST.TARAPOTO	-	
RED ASIST.TUMBES	-	
RED ASIST.UCAYALI	-	
TOTAL	150	

Así, en la tabla siguiente se muestra los ambientes a ser acondicionados y el número de camas de atención crítica a implementar.

Tabla N° 13
Ambientes a ser acondicionados

RED ASISTENCIAL	POBLACION	RATIOS OCDE (X 100,000 HAB)	TOTAL CAF
INCOR			
RED ASIST.AMAZONAS	71.535	12.00	
RED ASIST.ANCASH	227.466	12.00	20
RED ASIST.APURIMAC	86.645	12.00	
RED ASIST.AREQUIPA	671.908	15.60	25
RED ASIST.AYACUCHO	110.754	12.00	
RED ASIST.CAJAMARCA	187.160	12.00	
RED ASIST.CUSCO	347.838	15.60	
RED ASIST.HUANCAVELICA	79.427	12.00	
RED ASIST.HUANUCO	170.896	12.00	
RED ASIST.HUARAZ	114.746	12.00	
RED ASIST.ICA	470.541	12.00	20
RED ASIST.JULIACA	140.504	12.00	
RED ASIST.JUNIN	372.017	15.60	20
RED ASIST.LA LIBERTAD	674.732	15.60	20
RED ASIST.LAMBAYEQUE	609.239	12.00	25
RED ASIST.LORETO	242.648	12.00	
RED ASIST.MADRE DE DIOS	37.331	12.00	
RED ASIST.MOQUEGUA	98.060	12.00	
RED ASIST.MOYOBAMBA	53.754	12.00	
RED ASIST.PASCO	95.317	12.00	
RED ASIST.PIURA	649.158	15.60	20
RED ASIST.PUNO	100.760	12.00	
RED ASIST.TACNA	120.517	12.00	
RED ASIST.TARAPOTO	113.450	12.00	
RED ASIST.TUMBES	70.609	12.00	
RED ASIST.UCAYALI	142.443	12.00	
RED PRESTACIONAL ALMENARA	1.609.565	15.60	50
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	1.967.005	15.60	200
RED PRESTACIONAL SABOGAL	1.814.476	15.60	100
TOTAL	11,450,501		500



Para la implementación de la estrategia de ampliación de camas críticas temporales en EsSalud se ha calculado un requerimiento diario de oxígeno de 43,200 m3 para 500 camas, cuya distribución se observa en el cuadro siguiente:

Tabla N° 14
Requerimiento de oxígeno para las 500 Camas de Atención Crítica Temporal

RED ASISTENCIAL	CANTIDAD	O2 M3/DIA REQUERIMIENTO	ISOTANQUE REQUERIDO	PLANTA O2 M3/H REQUERIDO	BALONES 10M3 OFERTA REQUERIDO
RED ASIST.ANCASH	20	1,728	1,728	72	173
RED ASIST.AREQUIPA	25	2,160	2,160	90	216
RED ASIST.ICA	20	1,728	1,728	72	173
RED ASIST.JUNIN	20	1,728	1,728	72	173
RED ASIST.LA LIBERTAD	20	1,728	1,728	72	173
RED ASIST.LAMBAYEQUE	25	2,160	2,160	90	216
RED ASIST.PIURA	20	1,728	1,728	72	173
RED PRESTACIONAL ALMENARA	50	4,320	4,320	180	432
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	200	17,280	17,280	720	1,728
RED PRESTACIONAL SABOGAL	100	8,640	8,640	360	864
TOTAL	500	43,200	43,200	1,800	4,320

El volumen de oxígeno requerido es el punto crítico de la presente propuesta y se podrá obtener a través de las diferentes modalidades de producción y/o suministro de acuerdo a la capacidad, disponibilidad y necesidad de cada red, pudiendo incluso combinar las modalidades señaladas.

3.4. Financiamiento para la ampliación de 500 Camas de Atención Crítica Temporal para la atención de Covid-19 en establecimientos de salud de EsSalud

El costo estimado de la estrategia incluye el monto adicional no contemplado en los presupuestos institucionales ya sean propios o los transferidos del tesoro público mediante dispositivos legales.

La estimación del costo total para el funcionamiento de las 500 camas requeridas por un periodo de cuatro meses, incluye la proyección del gasto de capital y gasto corriente. La **estimación del gasto capital** para un periodo de cuatro meses se realizó por cada cama crítica temporal, y consideró los valores referenciales de los costos de un equipo CAF, una cama, un monitor y el consumo de oxígeno.

Para determinar la mejor opción para la provisión del principal elemento que es el oxígeno, primero, como se observa en la Tabla N° 15, se realizó un análisis comparativo de los costos que implica contratar servicios para suministro de oxígeno por un lado y contar con una planta de oxígeno propia por otro. Para tal efecto, se tomó como referencias el volumen de oxígeno que produce una planta por año que es 1'555,200 m3; el costo de contratar un proveedor para el suministro de oxígeno en ese mismo periodo que es de S/. 10'575,360 con un precio referencial de S/ 6.8 soles por m3; y, el costo que implica adquirir una planta de oxígeno propia que tiene un valor referencial de S/. 9'000,000.00 debiendo señalar que para fijar este último monto se ha considerado como referencia el valor total de una planta generadora adquirida para el CAAT de la Villa Panamericana.

En ese sentido, asumiendo que el valor referencial para adquirir e instalar las plantas sea S/ 9 000 000.00 las prestaciones accesorias correspondientes al servicio de mantenimiento preventivo a realizar durante los próximos años no están incluidas en el

costo presupuestado para la transferencia financiera por lo que este y otros que pudieran surgir serán asumidos por EsSalud en el marco de sus competencias.

Tabla N° 15

Modalidad	Vol. O2 (m3)	Precio referencial del mercado por m3 (S/.)	Costo (S/.)
Suministro de O2 x proveedor	1,555,200	6.8	10,575,360(*)
Planta de oxígeno	1,555,200	--	9,000,000(**)

(*) Costo del suministro de 1'555,200 m3 por doce meses

(**) No incluye costo de mantenimiento

Es así que, tomando de referencia la producción anual de una planta (1'555,200 m3), en un periodo de 3 años, si se cuenta con una planta de oxígeno propia en lugar de contratar los servicios de un proveedor, se obtiene un beneficio de S/. 1'575,360 en el primer año y de S/. 10'318,560 en el segundo y en el tercer año como se muestra en la Tabla N° 16, precisando que en dicho período de tiempo se considera el costo del mantenimiento preventivo para efectos del análisis.

Tabla N° 16

Análisis de costos (S/.)	1er año	2 año	3 año
Suministro de O2 x proveedor	10,575,360	10,575,360	10,575,360
Planta de oxígeno	9,000,000	256 800(*)	256 800(*)
Beneficio	1,575,360	10,318,560	10,318,560

(*) Mantenimiento preventivo

Por tanto, el análisis de costos muestra que tener una planta de oxígeno sería la mejor opción.

Entonces, considerando que una cama crítica temporal tiene un requerimiento de oxígeno diario de hasta 86.4 m3, las 500 camas requeridas necesitarían un total de 43,200 m3 de oxígeno diariamente. Por tanto, como la producción diaria de una planta de oxígeno es de 4,320 m3, se necesitaría el funcionamiento de diez (10) plantas de oxígeno para abastecer suficientemente las 500 camas críticas temporales. Esto significa que el beneficio obtenido por las 10 plantas de oxígeno requeridas para abastecer a las 500 camas críticas temporales, en lugar de contratar los servicios de suministro de oxígeno de un proveedor, se multiplicaría cada año por la totalidad de plantas de oxígeno obtenidas.

N° Cama CAF	Req O2 (m3) x día
1	86.4
500	43,200

Suministro mediante planta generadora de oxígeno	
Producción	Vol. de O2 (m3)
Horaria	180
Diaria	4,320
Mensual	129,600
Anual	1,555,200

Nº de plantas	10
---------------	----

Por lo tanto, la estimación del gasto de capital incluyendo el equipamiento y las plantas de oxígeno, considerando los costos referenciales de un equipo CAF de S/30,000 (equipo, cánula de alto flujo, corrugado y accesorios, que son dispositivos e insumos médicos), una cama de S/ 3,400 y un monitor de S/20,000 asciende a S/. 53,400 en equipamiento por cada cama de atención crítica temporal implementada; es decir, por las 500 camas requeridas se necesitaría un total de S/. 26,700,000. Mientras que la estimación del costo del abastecimiento de oxígeno por las diez (10) plantas de oxígeno necesarias alcanza los S/. 90,000,000 con un costo referencial por planta de oxígeno de S/. 9,000,000. Por tanto, se requiere un presupuesto adicional como gasto de capital de S/. 116,700,000 (ciento dieciséis millones setecientos mil y 00/100 soles) para el funcionamiento de las 500 camas críticas temporales por un periodo de cuatro meses, precisando que ese gasto se realizaría por única vez.

Tabla N° 17

1. GASTO DE CAPITAL	
Equipamiento (S/.)	
Equipo CAF (*)	30,000
Cama	3,400
Monitor	20,000
Subtotal (1 cama)	53,400
Subtotal (500 camas)	26,700,000
Planta de oxígeno (S/.)	
10 plantas de oxígeno	90,000,000
Total de gasto de capital	116,700,000

(*) Equipo, cánula de alto flujo, corrugado y accesorios

La **estimación del gasto corriente** para un periodo de cuatro meses se calculó considerando los recursos humanos adicionales necesarios por cada cama crítica temporal, referido a los médicos especialistas, aunque no necesariamente intensivistas, lo que asciende a un total de **S/. 13,333.33 (trece mil trescientos treinta y tres y 33/100 soles)**.

Tabla N° 18

Cálculo del presupuesto adicional requerido para recursos humanos por cama crítica temporal por un periodo de cuatro meses

RRHH	Cantidad	Rendimiento	Requerimiento	Remuneración	Meses	Total (S/.)
Enfermera	5	5	-	6,000.00	4	-
Médico especialista	5	15	0.33	10,000.00	4	13,333.33
Médico general	5	5	-	8,000.00	4	-
Tc. de enfermería	5	5	-	3,500.00	4	-
Subtotal						13,333.33

Cabe señalar que en caso de contratar nuevo recurso humano se requerirían aproximadamente 165 médicos especialistas por mes para la operación de las 500 camas críticas temporales, debiendo señalar que parte del personal regular de EsSalud también participaría del proceso de atención, por lo que no ha sido incluido en la estimación del futuro gasto; en este último caso será la disponibilidad de cada CAAT y Red que determina la cantidad de personal regular que puede ser asignado a la atención

de los pacientes hospitalizados. Es necesario señalar que el personal nuevo sería contratado bajo el régimen temporal del Decreto Legislativo N° 1057 y de la primera disposición complementaria final del Decreto de Urgencia N° 004-2021, que aprueba medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas. que autoriza al Seguro Social de Salud -EsSalud, "a realizar la contratación de personal bajo la modalidad del régimen del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, que preste servicios para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19. Para tal efecto, queda exonerado de lo dispuesto en el artículo 8 del citado Decreto Legislativo N° 1057 señalando además que **"los contratos administrativos de servicios que se suscriben en virtud a la presente disposición tienen naturaleza estrictamente temporal y quedan resueltos automáticamente una vez culminada la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud debido a la existencia de la COVID-19"**.

Por último, la estimación del costo total se obtiene al sumar el gasto capital de S/. 116'700,000 y el gasto corriente de S/. 6'666,667 por las 500 camas de atención crítica temporal requeridas, lo que hace un total de **S/. 123'366,667 (ciento veintitrés millones trescientos sesenta y seis mil seiscientos sesenta y seis y 00/100 soles) para el funcionamiento de las 500 camas críticas temporales por un periodo de cuatro meses, bajo la modalidad de suministro de oxígeno por una planta de oxígeno.** Esto correspondería a los recursos adicionales necesarios para cubrir el financiamiento de aquellos gastos corriente y de capital, lo cual ha sido optimizado según la oferta disponible de camas y/o monitores con los que cuentan las Redes Asistenciales y Prestacionales de EsSalud.

Estimación del costo por cama crítica temporal para un periodo de cuatro meses.

1. GASTO DE CAPITAL	
----------------------------	--

Equipamiento (S/.)	
Equipo CAF (*)	30,000
Cama	3,400
Monitor	20,000
<i>Subtotal (1 cama)</i>	53,400
<i>Subtotal (500 camas)</i>	26,700,000

Planta de oxígeno (S/.)	
10 plantas de oxígeno	90,000,000

Total de gasto de capital	116,700,000
----------------------------------	--------------------

2. GASTO CORRIENTE	
---------------------------	--

Recursos humanos	
<i>Subtotal (1 cama)</i>	13,333
<i>Subtotal (500 camas)</i>	6,666,667

Total de gasto corriente	6,666,667
---------------------------------	------------------

3. PRESUPUESTO TOTAL	123,366,667
-----------------------------	--------------------

(*) Equipos, CAF, accesorios (corrugados)

Adicionalmente, se muestran los costos desagregados por cada Red Asistencial y Prestacional de EsSalud según las camas críticas temporales requeridas, según se detalla a continuación, sin considerar el costo de la adquisición e instalación de las plantas de oxígeno, ni del mantenimiento preventivo de las mismas, el cual será asumido por EsSalud:

Tabla N° 19

RED ASISTENCIAL	Camas críticas temporales	Costo x camas	Costo x CAF	Costo x monitores	Total equipamiento	Total de gasto corriente
RED ASIST. ANCASH	20	68,000	600,000	400,000	1,068,000	266,667
RED ASIST. AREQUIPA	25	85,000	750,000	500,000	1,335,000	333,333
RED ASIST. ICA	20	68,000	600,000	400,000	1,068,000	266,667
RED ASIST. JUNIN	20	68,000	600,000	400,000	1,068,000	266,667
RED ASIST. LA LIBERTAD	20	68,000	600,000	400,000	1,068,000	266,667
RED ASIST. LAMBAYEQUE	25	85,000	750,000	500,000	1,335,000	333,333
RED ASIST. PIURA	20	68,000	600,000	400,000	1,068,000	266,667
RED PRESTACIONAL ALMENARA	50	170,000	1,500,000	1,000,000	2,670,000	666,667
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	200	680,000	6,000,000	4,000,000	10,680,000	2,666,667
RED PRESTACIONAL SABOGAL	100	340,000	3,000,000	2,000,000	5,340,000	1,333,333
TOTAL	500	1,700,000	15,000,000	10,000,000	26,700,000	6,666,667

Cabe señalar, que la estimación de los costos no incluye los ligados a otros conceptos como: alquiler de infraestructura temporal, medicamentos, recursos humanos regulares (es decir los que ya trabajan en los EESS), servicios de salud complementarios, servicios generales y otros que ya cuentan con presupuestos asignados (presupuesto institucional o tesoro público), debido a que para el caso de las camas ubicadas en los CAAT existen transferencias del tesoro que financian su funcionamiento y en el caso de las ubicadas en las Redes Asistenciales, los presupuestos institucionales correspondientes contienen también la asignación presupuestal respectiva; esto es así porque no se están habilitando camas nuevas sino se están reconvirtiendo camas hospitalarias en camas críticas temporales.

3.5 Situación presupuestaria de EsSalud

Al respecto, es pertinente indicar que el Presupuesto Institucional de Apertura de EsSalud para el presente ejercicio fiscal, fue aprobado considerando una programación del gasto que se resume por periodos trimestrales de la siguiente manera:

Tabla N° 20

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA 2021

(En Millones de Soles)

RUBROS	PROGRAMACIÓN				PIA 2021
	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
INGRESOS TOTALES	3,122.0	3,207.7	3,248.8	3,363.0	12,941.5
INGRESOS OPERATIVOS	3,088.6	3,175.3	3,215.4	3,330.6	12,809.9
INGRESOS DE CAPITAL	1.0	-	1.0	-	2.0
RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	32.4	32.4	32.4	32.4	129.6
EGRESOS TOTALES	3,082.6	3,077.0	3,146.4	3,428.8	12,734.8
EGRESOS OPERATIVOS	2,916.1	2,944.4	3,005.6	3,206.0	12,072.1
GASTOS DE CAPITAL	125.8	91.7	88.5	117.0	423.0
EGRESOS POR TRANSFERENCIAS	40.7	40.9	52.3	55.8	189.7
FINANCIAMIENTO (RESERVA TÉCNICA)	-	-	-	50.0	50.0
SALDO FINAL	39.4	130.7	102.4	65.8	206.7

Fuente: GCPP

Es preciso señalar que el PIA 2021 al incorporar recursos de Resultados de Ejercicios Anteriores por S/ 129.6 millones de soles alcanza un Saldo Final de S/ 206.7 millones de soles, escenario que presenta una aparente situación de superávit presupuestal.

No obstante, en el segundo trimestre del presente ejercicio se proyecta financiar los requerimientos no previstos para atender la emergencia sanitaria tales como: S/ 77.6 millones de soles para el Bono Extraordinario en el marco del artículo 2° del DU 022-2021, S/ **123 366.667 millones de soles** de soles para la adquisición de plantas de oxígeno a nivel nacional, y S/ 100.0 millones de soles para la adquisición de equipamiento médico no programado por el incremento de oferta de camas UCI, tal como se presenta en el siguiente cuadro:

Tabla N° 21

Requerimientos adicionales no programados

CONCEPTOS	IMPORTE (Millones de Soles)	Programación
Bono Extraordinario en el marco del artículo 2° del Decreto de Urgencia N° 022-2021.	77.6	II trimestre
Adquisición de Plantas de Oxígeno.	120.0	II trimestre
Adquisición de Equipo Médico no programado para el incremento de oferta de camas UCI.	100.0	II trimestre
TOTAL	297.6	

Fuente: GCPP



Anexo 1: Detalle de las plantas de oxígeno adquiridas en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19

(En Soles)

RED A SISTENCIAL	IMPORTE	DESCRIPCION
1200800000 RED H.I CORTEZ-TUMB.	5,600,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 50m3/h
1200900000 RED H.III CAYETANO HEREDIA - PIURA	4,650,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 60m3/h
1201200000 RED H.II CAJAMARCA	5,900,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 100m3/h
1201300000 RED H.I HIGOS URCO - AMAZONAS	4,400,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 50m3/h
1201500000 RED H.IV LAZARTE	3,148,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 30m3/h
	2,700,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 20m3/h
	2,450,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 20m3/h
1201700000 RED H.II HUARAZ	4,440,336	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 60m3/h
1202300000 RED H.IV A.HERNANDEZ	3,650,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 50m3/h
1202500000 RED H.II ABANCAY - APURIMAC	2,391,650	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 60m3/h
1202600000 RED H.I V.LAZO-MDIOS	2,500,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 30 m3/h
1202700000 RED H.N. RAMIRO PRIALE - JUNIN	5,220,652	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 90m3/h
	4,650,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 45.4 m3/h
1202800000 RED H.II CERRO DE PASCO	4,665,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 50m3/h
1202900000 RED H.II HUÁNUCO	2,800,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 20m3/h
1203000000 RED H.II HUAMANGA-CT	5,220,652	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 80m3/h
1203100000 RED H.II HUANCVELICA	2,800,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 20m3/h
1203200000 RED H.III IQUITOS - LORETO	3,060,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 40m3/h
1203500000 RED H.II TARAPOTO	2,934,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 70m3/h
1203600000 RED H.I ALTO MAYO - MOYOBAMBA	2,300,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 20m3/h
12B1000000 RED H.N. AGUINAGA	3,500,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 42.5 m3/h
	2,450,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 20 m3/h
1201000000 RED H.II JAEN	2,300,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 20m3/h
12G2400000 RED H.N. GUEVARA-CUSCO	5,790,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 108m3/h
12099A0000 VILLA PANAMERICANA	2,183,150	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 40 m3/h
	9,253,800	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 117 m3/h
12K05H0001 H. N. SABOGAL	2,800,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 30 m3/h
	5,400,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 60 m3/h
	3,148,000	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 30 m3/h
12K06H0001 H.N. GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN	5,312,263	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 80m3/h
12K07H0001 H.N. EDGARDO REBAGLIATI MARTINS	2,449,666	01 Planta generadora de oxigeno para uso medicinal capacidad 30m3/h
TOTAL	120,067,169	31 Plantas generadoras de oxigeno en 23 Redes y Villa Panamericana



Anexo 2: Detalle de Equipos Médicos adquiridos en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19

(En Soles)

RED A SISTENCIAL	Cantidad	Precio unitario	IMPORTE	DE SCRIPCIÓN
1200800000 RED H.I CORTEZ-TUMB.	4	76145	304,580	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1200900000 RED H.III CAYETANO HEREDIA - PIURA	31	76145	2,360,495	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1201200000 RED H.II CAJAMARCA	30	70970	2,129,100	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	30	160500	4,815,000	Ventilador volumétrico + pcv avanzado
1201300000 RED H.I HIGOS URCO - AMAZONAS	3	70970	212,910	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	3	160500	481,500	Ventilador volumétrico + pcv avanzado
1201500000 RED H.IV LAZARTE	45	76145	3,426,525	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1201600000 RED ÁNCASH	5	70970	354,850	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	5	160500	802,500	Ventilador volumétrico + pcv avanzado
1201700000 RED H.II HUARAZ	5	70970	354,850	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	6	5535	33,210	Aspirador de secreción rodable
1202000000 RED H.II MOQUEGUA	8	179770	468,340	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	3	177000	531,000	Ventilador volumétrico + pcv avanzado
1202100000 RED H.III D.A.CARRIO	8	76145	609,160	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1202200000 RED H.II PUNO	7	76145	533,015	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1202300000 RED H.IV A.HERNANDEZ	5	6350	31,750	Aspirador de secreción rodable
	26	70970	1,845,220	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1202500000 RED H.II ABANCAY - APURIMAC	5	70970	354,850	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1202600000 RED H.I V.LAZO-NDIOS	1	76145	76,145	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1202700000 RED H.N. RAMIRO PRIALE - JUNIN	24	70970	1,703,280	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1202800000 RED H.II CERRO DE PASCO	5	76145	380,725	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1202900000 RED H.II HUÁNUCO	5	70970	354,850	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1203000000 RED H.II HUAMANGA-CT	5	6765.89	33,829	Aspirador de secreción rodable
	6	70970	425,820	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1203100000 RED H.II HUANCANELICA	5	70970	354,850	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1203200000 RED H.III IQUITOS - LORETO	6	70970	425,820	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1203300000 RED H.II PUCALLPA	18	76145	1,370,610	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1203400000 RED H.III JULIACA	3	70970	212,910	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1203500000 RED H.II TARAPOTO	8	76145	609,160	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
1203600000 RED H.I ALTO MAYO - MOYOBAMBA	4	76145	304,580	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
12099A0000 VILLA PANAMERICANA	191	534000	33,998,000	Ventilador volumétrico + pcv avanzado
1281000000 RED H.N. AGUINAGA	23	76145	1,751,335	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
12G2400000 RED H.N. GUÉVARA-CUSCO	6	70970	425,820	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
12J1800000 RED H.N. SEGUIN-AREQ	16	70970	1,135,520	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
12K05H0001 H. N. SABOGAL	1	5200	5,200	Aspirador de secreción rodable
	137	74190	10,164,030	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	12	129000	1,548,000	Ventilador volumétrico + pcv básico
12K05H0001 H.N. GUILLERMO ALMIENARA IRIGROYEN	15	70970	1,064,550	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	15	321000	2,407,500	Ventilador volumétrico + pcv avanzado
12K07H0001 H.N. EDGARDO RESAGLIATI MARTINS	61	24565.66	398,455	Aspirador de secreción rodable
	16	62650	994,600	Monitor de funciones vitales 6 parámetros
	15	58250	873,750	Monitor de funciones vitales 7 parámetros
	78	286760	5,579,710	Monitor de funciones vitales de 8 parámetros
	5	327900	819,700	Ventilador neonat pediátr.cicl.p/templimita
	4	298000	357,600	Ventilador Mecánico Adulto-Pediátrico
	78	682900	12,856,500	Ventilador volumétrico + pcv avanzado
	2	129000	258,000	Ventilador volumétrico + pcv básico
TOTAL			100,039,504	

Considerando la incorporación de los requerimientos señalados previamente, así como la ejecución de ingresos por S/ 3,304.9 millones y egresos por S/ 2,992.3 millones obtenidos en el I trimestre; se proyecta que al cierre del presente ejercicio se presentará un déficit presupuestal de S/ 3.6 millones, tal como se aprecia en el siguiente detalle:

Tabla N° 22
PROYECCIÓN DE INGRESOS Y GASTOS AL CIERRE DEL 2021
(en millones de soles)

RUBROS	PIA 2021	EJECUCIÓN		PROYECCIÓN		PROYECC. CIERRE 2021
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
INGRESOS TOTALES	12,941.5	3,304.9	3,207.7	3,248.8	3,363.0	13,124.4
EGRESOS TOTALES	12,734.8	2,992.3	3,485.8	3,194.7	3,455.2	13,128.0
SALDO FINAL	206.7	312.6	-278.1	54.1	-92.2	-3.6

Fuente: GCPP

IV. EXPOSICIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta tiene por objeto dictar medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permitan ampliar la oferta de servicios de salud a nivel nacional ante su creciente demanda, a efectos de reforzar la respuesta sanitaria oportuna y efectiva, para la atención de la emergencia producida por la COVID-19 a través del acondicionamiento de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud -ESSALUD, para el funcionamiento de 500 Camas de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal así como en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD para la atención de pacientes asegurados y no asegurados sospechosos o confirmados, de infección por COVID 19.

Al respecto, debe señalarse que la Directiva Sanitaria N° 109-MINSA/2020/DGAIN, “para el cuidado de salud en ambiente de hospitalización temporal y ambiente de atención crítica temporal para casos sospechosos o confirmados, moderados o severos por infección por COVID 19, en el marco del Decreto de Urgencia N° 055-2020 y sus modificatorias” aprobada mediante Resolución Ministerial N° 455-2020-MINSA, define a los Ambientes de Atención Crítica Temporal como ambientes de estructuras desplegadas, adecuados o acondicionados para expansión interna o externa habilitadas para la atención del paciente crítico destinada a brindar soporte vital avanzado y especializado en medicina intensiva.”

Asimismo, señala que la expansión de capacidad de atención clínica es toda forma de adecuación, ampliación, creación o implementación de ambientes que pueden ser módulos, carpas, contenedores o instalaciones no sanitarias pre existentes a sanitarias, que aseguran la atención clínica, que funcionan bajo la responsabilidad del director médico o responsable del cuidado de salud de casos sospechosos o confirmados, moderados o severos de infección por COVID 19, en el marco de lo dispuesto por el Decreto de Urgencia N° 055-2020 y sus modificatorias.

Entonces se tiene que las camas de atención crítica temporal se deben instalar en ambientes de atención crítica temporales acondicionados en los CAAT o en los establecimientos de salud con tal finalidad.

El detalle del número de camas y la red asistencial o CAAT en donde funcionarán dichas camas es el siguiente:

- Red Prestacional Rebagliati:
 - o Villa Rebagliati: 100 camas
 - o Villa Panamericana: 100 camas
- Red Prestacional Almenara
 - o Villa San Juan de Lurigancho (en proceso): 50 camas
- Red Prestacional Sabogal:
 - o Villa Mongrut : 100 camas

CENTROS DE ATENCION Y AISLAMIENTO TEMPORAL DE ESSALUD CON AMBIENTES DE ATENCION CRITICA TEMPORAL Y CAMAS DE ATENCION CRITICA TEMPORAL	
Nombre	Nro Camas
RED PRESTACIONAL ALMENARA	50

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	100
VILLA PANAMERICANA	100
RED PRESTACIONAL SABOGAL	100
TOTAL Camas	350

Igualmente, en las Redes Asistenciales de las otras regiones la implementación podría realizarse en ambientes dentro de la infraestructura pre existente temporal o permanente.

REDES ASISTENCIALES DE ESSALUD CON AMBIENTES DE ATENCION CRITICA TEMPORAL Y CAMAS DE ATENCION CRITICA TEMPORAL	
NOMBRE	Nro Camas
RED ASIST.ANCASH	20
RED ASIST.AREQUIPA	25
RED ASIST.ICA	20
RED ASIST.JUNIN	20
RED ASIST.LA LIBERTAD	20
RED ASIST.LAMBAYEQUE	25
RED ASIST.PIURA	20
TOTAL Camas	150

Debe considerarse que la autorización legal para realizar dichas contrataciones es necesaria debido a que las camas servirán para atender a pacientes asegurados y no asegurados. En efecto, conforme lo establecido en el artículo 1 de la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), la entidad tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través, entre otros, del otorgamiento de prestaciones de prevención promoción, recuperación y rehabilitación, siendo que además los fondos que administra son intangibles conforme lo señalado en el artículo 12 de la Constitución Política del Estado, es decir, los ingresos que se obtienen por las aportaciones no pueden afectarse para fines distintos de su creación, por lo que no pueden ser destinados a cubrir prestaciones de pacientes no asegurados.

En ese sentido, de igual forma que se ha dado a lo largo de la emergencia sanitaria por la COVID 19, (por ejemplo, en el caso de los Centros de Atención y Aislamiento Temporal, o de las actividades vinculadas al Plan Territorial de Vacunación contra la COVID 19), la posibilidad de que ESSALUD brinde atenciones a pacientes no asegurados tal y como se propone en la fórmula legal materia de sustento, requiere de autorización legal que permita realizar dichas prestaciones.

Asimismo, considerando que, como se ha señalado anteriormente, la intangibilidad de los recursos ESSALUD obliga a que las acciones destinadas a las atenciones de pacientes no asegurados sean financiadas con transferencias que provengan del tesoro público.

En ese sentido, para la operatividad de los Ambientes de Atención Crítica Temporal se autoriza a ESSALUD a realizar las contrataciones para el funcionamiento de Camas de

Atención Crítica Temporal incluyendo la adquisición de medicamentos, insumos, dispositivos médicos, mobiliario clínico y equipamiento necesario para su operatividad así como para la adquisición, instalación y/o distribución de Plantas generadoras de Oxígeno Medicinal, la instalación de redes de gases medicinales de las plantas generadoras de oxígeno medicinal.

La programación de la ejecución de gastos es la siguiente:

PROGRAMACIÓN DE EJECUCIÓN DE GASTOS 2021

(En soles)

DESCRIPCIÓN	EJECUCIÓN				MONTO SOLICITADO
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	
GASTO CORRIENTE	1.666.666	1.666.667	1.666.667	1.666.667	6.666.667
RECURSOS HUMANOS	1.666.666	1.666.667	1.666.667	1.666.667	6.666.667
GASTO DE CAPITAL	116.700.000	-	-	-	116.700.000
MOBILIARIO	1.700.000	-	-	-	1.700.000
EQUIPAMIENTO	25.000.000	-	-	-	25.000.000
PLANTAS DE OXIGENO	90.000.000	-	-	-	90.000.000
TOTAL	118.366.666	1.666.667	1.666.667	1.666.667	123.366.667

La programación antes expuesta tiene su justificación en el hecho de que el 78% del gasto programado es gasto de capital el mismo que debe de ejecutarse en la primera parte de la programación para la ejecución debido a que antes de funcionar las camas, debe culminarse con el proceso de habilitación que comprende la compra del equipamiento y de las plantas de oxígeno medicinal.

Asimismo, debe considerarse que la propuesta considera la posibilidad de que la totalidad de plantas de oxígeno medicinal puedan adquirirse de forma inmediata recurriendo al mercado nacional como internacional. Sin embargo, debe considerarse que la recepción de dichos bienes no es inmediata sino que esta depende de las condiciones pactadas las cuales son determinadas por el mercado.

De otro lado, considerando la variabilidad de las condiciones de la evolución de la pandemia se autoriza a que EsSalud mediante Resolución de su titular, pueda determinar la redistribución del número de camas y variar el lugar asignado en los anexos del presente Decreto de Urgencia, teniendo en consideración la brecha negativa de oferta de camas para casos de COVID-19, y/o la alta demanda epidemiológica.

Para la implementación de lo señalado anteriormente se autoriza una Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021, hasta por la suma de **S/ 123 366.667 millones soles** a favor del pliego: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para financiar las transferencias financieras a favor del Seguro Social de Salud – ESSALUD, con cargo a los recursos de la Reserva de Contingencia del Pliego Ministerio de Economía y Finanzas a los que hace referencia el numeral 61.5 del artículo 61 de la Ley N° 31084. Dicho costo incluye la adquisición de plantas de oxígeno medicinal.

De otro lado, se dispone que las intervenciones públicas para la adquisición de bienes e implementación para las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, así como los bienes a ser adquiridos que son considerados como activos estratégicos, excepcionalmente serán registrados por la respectiva Unidad Formuladora, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la adquisición de dichos activos estratégicos mediante inversiones de optimización, en el aplicativo informático del Banco de Inversiones, mediante el Formato 07-D: Registro de IOARR – Estado de Emergencia Nacional; exceptuándose de la aprobación previa de dicho Formato y registros en la Fase de Ejecución del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.



Se considera importante contar con la excepcionalidad en los plazos del registro, pues es de suma importancia que se vayan realizando las adquisiciones (por la naturaleza de la emergencia sanitaria), en forma paralela a los registros, pues implica coordinaciones con las áreas usuarias para completa información requerida en el referido formato 7D. Debe precisarse que la exoneración propuesta no exime a la entidad de realizar el registro respectivo en el aplicativo informático del Banco de Inversiones, sino que más al contrario obliga a la Entidad a realizar las acciones necesarias para que la información se encuentre debidamente registrada.

En ese sentido, la experiencia adquirida por la Entidad durante la pandemia permite demostrar que dada la necesidad de enfrentar de manera pronta y en oportunidad las necesidades urgentes de lucha contra la pandemia, requieren que se vayan realizando los procesos de contratación en paralelo con el registro, dado que se ha podido observar que, en muchos casos, la recopilación de data para completar la información para el llenado del formato 7 D, muestran demoras en ser entregadas y sistematizadas adecuadamente, por las razones propias del estado de cosas que actualmente vivimos, caracterizado entre otros por la restricción en la movilización, la coordinación personal y directa y el acceso directo a los documentos necesarios para ello.

De forma referencial, se plantea el siguiente cronograma:

Actividades	CRONOGRAMA								
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9
Planificación									
Elaboración de la propuesta	X								
Aprobación de la propuesta	X								
Operación									
Planta de oxígeno									
Elaboración del requerimiento	X								
Desarrollo del proceso de selección		X	X	X	X				
Recepción y conformidad					X	X	X	X	X
Equipamiento									
Elaboración de requerimientos de equipos CAF, camas y monitores	X								
Desarrollo del proceso de selección		X							
Recepción y conformidad del equipamiento					X	X	X	X	X
Recursos humanos									
Convocatoria de RRHH		X	X	X					
Contratación de RRHH					X				
Inducción y capacitación					X	X			
Marcha blanca						X	X	X	
Inicio de la operación (500 camas)									X

V. ANÁLISIS DE COSTO BENEFICIO

Los beneficios de la implementación de la propuesta se van a materializar al momento de la utilización de los servicios implementados por EsSalud para la atención de pacientes COVID a través del uso de 500 camas que van a permitir afrontar de mejor manera las necesidades de atención en salud de la población sirviendo además como un efectivo mecanismo para cubrir la brecha de camas UCI existente a nivel nacional.

Debe considerarse que las medidas antes expuestas deben contribuir a mantener y mejorar el desempeño del servicio de salud con calidad y oportunidad que demanda la población peruana.

Debe considerarse además que su implementación va a permitir atender a pacientes asegurados y no asegurados por lo que en general los beneficios de la implementación de la propuesta van a reflejarse en toda la población, ya que, dada las actuales circunstancias cualquier persona puede necesitar de asistencia ventilatoria cuando es contagiada por el virus del coronavirus COVID 19.

Las medidas antes expuestas deben contribuir a mantener y mejorar el desempeño del servicio de salud con calidad y oportunidad que demanda la población peruana. Debe considerarse que su implementación va a beneficiar no solo a 11 971 163 afiliados a EsSalud, a diciembre de 2020, entre titulares y familiares directos (derechohabientes), sino que además podrá beneficiar a cualquier peruano residente en el territorio de la República por lo que en ese sentido la población beneficiada es el 100% de la que reside en el país por cuanto debido al sistema de referencias y contrarreferencias, en principio no es necesario que una persona que reside en determinado lugar pueda atenderse solo en la Red de su residencia sino que por necesidad, oportunidad o situación de emergencia puede atenderse en una Red diferente.



El costo de implementación de la propuesta es de S/ 123 366 667 soles, de los cuales S/ 116 700 000 son gastos de capital, correspondiendo casi el 78% a la inversión destinada a la compra de plantas de oxígeno medicinal, que es el elemento más importante para permitir el funcionamiento de los sistemas instalados en las camas de atención crítica temporal.



Debe considerarse que, como se ha señalado anteriormente, tomando de referencia la producción anual de una planta (1'555,200 m3), en un periodo de 3 años, se obtiene un beneficio de S/. 1'575,360 en el primer año y de S/. 10'318 560 en el segundo y tercer año, si se cuenta con una planta de oxígeno propia en lugar de contratar los servicios de un proveedor. Por tanto, el análisis de costos muestra que tener una planta de oxígeno sería la mejor opción

De otro lado, el financiamiento de la implementación de la propuesta será con cargo a los recursos del tesoro público para lo cual se plantea una transferencia financiera de S/ 123 366 667 soles.

VI. ANÁLISIS DE IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La iniciativa legislativa no deroga ni modifica la legislación vigente. No plantea la modificación ni derogación de ninguna norma de rango legal o infralegal.



El Peruano

FUNDADO EL 22 DE OCTUBRE DE 1825 POR EL LIBERTADOR SIMON BOLIVAR

Gerente de Publicaciones Oficiales: **Ricardo Montero Reyes**

AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA

NORMAS LEGALES

Año XXXVIII - N° 16015

JUEVES 13 DE MAYO DE 2021

1

EDICIÓN EXTRAORDINARIA

SUMARIO

PODER EJECUTIVO

DECRETOS DE URGENCIA

D.U. N° 045-2021.- Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para ampliar la oferta de servicios de salud durante la Emergencia Sanitaria declarada por la COVID -19 **1**

TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO

R.M. N° 080-2021-TR.- Aprueban el "Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2022-2024 del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo" **4**

R.M. N° 081-2021-TR.- Aprueban transferencia financiera del Programa para la Generación de Empleo Social Inclusivo "Trabaja Perú" a favor de organismos ejecutores del sector público, para el pago del Aporte Total del Programa de siete (07) convenios, en el marco de las Actividades de Intervención Inmediata AII-09 **5**

PODER EJECUTIVO

DECRETOS DE URGENCIA

DECRETO DE URGENCIA N° 045-2021

DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA AMPLIAR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR LA COVID -19

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Organización Mundial de la Salud ha calificado, con fecha 11 de marzo de 2020, el brote de la COVID-19 como una pandemia, al haberse extendido en más de ciento veinte países del mundo de manera simultánea;

Que, a través del Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19, se declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por el plazo de noventa (90) días calendario, habiéndose prorrogado dicho plazo mediante los Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA y N° 009-2021-SA, este último por un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, a partir del 7 de marzo de 2021;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social, se declara el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de treinta y un (31) días calendario, a partir del martes 1 de diciembre de 2020, quedando restringido el ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y la seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito en el territorio, comprendidos en los incisos 9, 11 y 12 del artículo 2 y en el inciso 24, apartado f) del mismo artículo de la Constitución Política del Perú; el mismo que fue prorrogado por los Decretos Supremos N° 201-2020-PCM, N° 008-2021-PCM, N° 036-2021-PCM, 058-2021-PCM y N° 076-2021-PCM; este último por el plazo de treinta y un (31) días calendario, a partir del sábado 1 de mayo de 2021;

Que, la Constitución Política del Perú, en su artículo 7, establece que todos tienen derecho a la protección de su salud y, en su artículo 9, dispone que el Estado determina la política nacional de salud, que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, y que es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud. Asimismo, el artículo 44 de la norma constitucional prevé que son deberes primordiales del Estado garantizar la plena vigencia de los derechos humanos, proteger a la población de las amenazas contra su seguridad y promover el bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación;

Que, en la misma línea, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la

salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, a efectos de reforzar la respuesta sanitaria oportuna y efectiva, así como, los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta del Sistema Nacional de Salud para la atención de la Emergencia Sanitaria producida por la COVID-19, resulta de interés nacional y de carácter urgente adoptar medidas extraordinarias en materia económica y financiera para reducir el riesgo de propagación y el menor impacto sanitario de la COVID-19 en el territorio nacional;

Que, la evolución de la pandemia hace necesario ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud con la finalidad de garantizar una mejor respuesta frente a las necesidades que se presentan en un contexto de agravamiento de la situación sanitaria por el advenimiento de nuevas olas de contagio, reduciendo la brecha de atención existente;

Que, mediante el Decreto de Urgencia N° 030-2020, Decreto de Urgencia que dictan medidas complementarias y temporales para la autorización a ESSALUD para el uso de inmuebles para la prevención y atención de la emergencia producida por el COVID-19, cuya vigencia fue ampliada mediante el Decreto de Urgencia N° 138-2020, se dispuso de la afectación en uso y entrega temporal de las Torres que identifique el Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Villa Panamericana ubicada en el Predio "Pueblo Joven Villa El Salvador Sector Quinto Área Zonal 26 – Complejo Biotecnológico", para implementar, ejecutar y operar las actividades médicas y sanitarias necesarias para el tratamiento de pacientes confirmados con la COVID-19 y sospechosos sintomáticos, asegurados y no asegurados;

Que, mediante el Decreto de Urgencia N° 055-2020, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias para ampliar la oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por el COVID-19, se autorizó de manera excepcional, al Seguro Social de Salud – EsSalud, a realizar las contrataciones para la adquisición, arrendamiento, ejecución, instalación y puesta en funcionamiento de infraestructura y equipamiento de salud temporal, servicios médicos de apoyo y módulos de atención temporal y otros similares de naturaleza temporal, para el acondicionamiento de Camas de Hospitalización Temporal y Camas de Atención Crítica Temporal, a nivel nacional, para la atención de personas con sospecha o diagnosticadas con COVID-19, en los centros de atención y aislamiento temporal, en el marco de las acciones de respuesta ante la Emergencia Sanitaria causada por la COVID-19, a nivel nacional;

Que, mediante Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas, se autorizó al Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud, a implementar y operar, durante la Emergencia Sanitaria declarada mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA y sus prórrogas, los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y Establecimientos de Salud señalados en la misma; además, se autoriza al Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud a realizar contrataciones para el acondicionamiento de Camas de Hospitalización Temporal y Camas de Atención Crítica Temporal para su funcionamiento;

Que, de acuerdo con la normatividad vigente, los Ambientes de Atención Crítica Temporal comprenden ambientes de estructura desplegada, adecuados o acondicionados para expansión interna o externa, habilitados para la atención del paciente crítico, y se destinan a brindar soporte vital y especializado en medicina intensiva;

Que, la implementación de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Aislamiento y Atención Temporal, así como en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud, permitirá el incremento de oferta de Camas de Atención Crítica Temporal, para mejorar la oportunidad de atención de pacientes críticos, disminuir la demanda de ingresos de

pacientes a UCI y mejorar la estancia hospitalaria de Camas de Cuidados Intensivos;

Que, de acuerdo con artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, y el artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Seguro Social de Salud EsSalud – EsSalud es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como de otros seguros de riesgos humanos;

En uso de las facultades conferidas por el inciso 19 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros; y,
Con cargo de dar cuenta al Congreso de la República:

DECRETA:

Artículo 1. Objeto

El presente Decreto de Urgencia tiene por objeto dictar medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permitan ampliar la oferta de servicios de salud a nivel nacional ante su creciente demanda, a efectos de reforzar la respuesta sanitaria oportuna y efectiva, para la atención de la Emergencia Sanitaria producida por la COVID-19, a través del acondicionamiento de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud -EsSalud para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal que permitan la atención de pacientes asegurados y no asegurados, sospechosos o confirmados, de infección por COVID -19.

Artículo 2. Autorización para el acondicionamiento de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud y, el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal

2.1 Autorízase, de manera excepcional, al Seguro Social de Salud - EsSalud, a acondicionar Ambientes de Atención Crítica Temporal para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal así como en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud señaladas en el Anexo que forma parte del presente Decreto de Urgencia, para la atención de pacientes asegurados y no asegurados, sospechosos o confirmados, de infección por COVID -19.

2.2 Para la operatividad de los Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales señaladas en el Anexo del presente Decreto de Urgencia, autorízase al Seguro Social de Salud – EsSalud a realizar las contrataciones para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal, que incluye la contratación de recursos humanos conforme a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas; la adquisición de insumos, dispositivos médicos, mobiliario clínico y equipamiento necesario para su operatividad, así como para la adquisición e instalación de Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, y la instalación de redes de gases medicinales de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal.

2.3 Excepcionalmente, mediante Resolución de su titular, previa opinión favorable del Ministerio de Salud o a solicitud de éste, el Seguro Social de Salud - EsSalud puede determinar la redistribución del número de Camas de Atención Crítica Temporal y variar el lugar asignado en el Anexo del presente Decreto de Urgencia, teniendo en consideración la brecha negativa de oferta

de dichas Camas para casos de COVID-19, y/o la alta demanda epidemiológica; dichas acciones se financian sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Artículo 3. Transferencia de partidas para el acondicionamiento de Ambientes de Atención Crítica Temporal en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud y, el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal

3.1 Autorízase una Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021, hasta por la suma de S/ 123 366 667,00 (CIENTO VEINTITRÉS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE Y 00/100 SOLES) a favor del pliego: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para financiar las transferencias financieras a favor del Seguro Social de Salud – EsSalud, con el fin de que dicha entidad financie la contratación de recursos humanos, conforme a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas; la adquisición e instalación de Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, la instalación de redes de gases medicinales de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal; la adquisición de insumos, dispositivos médicos, equipamiento, mobiliario clínico y otros gastos necesarios para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal en los Ambientes de Atención Crítica Temporal a acondicionar en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales señaladas en el Anexo que forma parte del presente Decreto de Urgencia, con cargo a los recursos de la Reserva de Contingencia del Ministerio de Economía y Finanzas, de acuerdo al siguiente detalle:

DE LA: En Soles

SECCIÓN PRIMERA : Gobierno Central
 PLIEGO 009 : Ministerio de Economía y Finanzas
 UNIDAD EJECUTORA 001 : Administración General
 CATEGORIA PRESUPUESTARIA 9002 : Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
 ACTIVIDAD 5000415 : Administración del Proceso Presupuestario del Sector Público
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO 1 : Recursos Ordinarios

GASTO CORRIENTE	
2.0 Reserva de Contingencia	6 666 667.00
	=====
CASTO DE CAPITAL	
2.0 Reserva de Contingencia	116 700 000.00
	=====
TOTAL EGRESOS	123 366 667.00
	=====

A LA: En Soles

SECCIÓN PRIMERA : Gobierno Central
 PLIEGO 012 : Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
 UNIDAD EJECUTORA 001 : Ministerio de Trabajo - Oficina General de Administración
 CATEGORIA PRESUPUESTARIA 9002 : Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
 ACTIVIDAD 5006269 : Prevención, Control, Diagnóstico y Tratamiento de Coronavirus
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO 1 : Recursos Ordinarios

GASTO CORRIENTE	
2.4 Donaciones y Transferencias	6 666 667.00
	=====
CASTO DE CAPITAL	
2.4 Donaciones y Transferencias	116 700 000.00
	=====
TOTAL EGRESOS	123 366 667.00
	=====

3.2. El Titular del pliego habilitado en la presente Transferencia de Partidas aprueba, mediante Resolución, la desagregación de los recursos autorizados en el numeral precedente, a nivel programático, dentro de los cinco (05) días calendario de la vigencia del presente Decreto de Urgencia. Copia de la Resolución es remitida dentro de los cinco (05) días de aprobada a los organismos señalados en el numeral 31.4 del artículo 31 del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

3.3. La Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en el pliego involucrado, solicita a la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, las codificaciones que se requieran como consecuencia de la incorporación de nuevas Partidas de Ingresos, Finalidades y Unidades de Medida.

3.4. La Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en el pliego involucrado, instruye a las Unidades Ejecutoras para que elaboren las correspondientes "Notas para Modificación Presupuestaria" que se requieran, como consecuencia de lo dispuesto en el presente artículo.

3.5 Autorízase, de manera excepcional, durante el Año Fiscal 2021, al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, a realizar transferencias financieras a favor del Seguro Social de Salud – EsSalud, con cargo a los recursos a los que se refiere el numeral 3.1 de este artículo, para financiar la contratación de recursos humanos conforme a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto de Urgencia N° 004-2021, Decreto de Urgencia que aprueba medidas extraordinarias para reforzar la respuesta sanitaria en el marco del Estado de Emergencia Nacional por la COVID-19 y dicta otras medidas; la adquisición e instalación de Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, la instalación de redes de gases medicinales de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal; la adquisición de insumos, dispositivos médicos, equipamiento, mobiliario clínico y otros gastos necesarios para el funcionamiento de Camas de Atención Crítica Temporal en los Ambientes de Atención Crítica Temporal a acondicionar en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal y en las Redes Asistenciales señaladas en el Anexo que forma parte del presente Decreto de Urgencia.

Dichas transferencias financieras se aprueban mediante Resolución del Titular del pliego Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, previo informe favorable de la Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en dicho pliego, y se publica en el diario oficial El Peruano.

3.6 Las intervenciones públicas para la adquisición de bienes e implementación de las Plantas Generadoras de Oxígeno Medicinal, así como, de los bienes a ser adquiridos, en el marco de lo establecido en el presente artículo, que son considerados como activos estratégicos, excepcionalmente, son registrados por la respectiva Unidad Formuladora, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la adquisición de dichos activos estratégicos, mediante inversiones de optimización, en el aplicativo informático del Banco de Inversiones, mediante el Formato 07-D: Registro de IOARR – Estado de Emergencia Nacional; exceptuándose de la aprobación previa de dicho Formato y registros en la Fase de Ejecución del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

3.7 El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo es responsable del monitoreo y seguimiento de lo dispuesto en presente artículo.

3.8 El Seguro Social de Salud - EsSalud es responsable de la adecuada implementación, así como del uso y destino de los recursos comprendidos en el presente artículo en el marco de sus competencias.

3.9 Los recursos transferidos en el marco de lo establecido en el presente artículo se destinan solo a los fines para los cuales se autorizó su transferencia.

3.10 Los saldos no utilizados de los recursos transferidos a favor del Seguro Social de Salud – EsSalud, en el marco del presente Decreto de Urgencia, son devueltos al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo para su reversión al Tesoro Público, conforme a los procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería.

Artículo 4. Vigencia

El presente Decreto de Urgencia tiene vigencia hasta treinta (30) días calendario posteriores al término de la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por la COVID-19, declarada mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19, y sus prórrogas.

Artículo 5. Refrendo

El presente Decreto de Urgencia es refrendado por la Presidenta del Consejo de Ministros, el Ministro de Economía y Finanzas, y el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los trece días del mes de mayo del año dos mil veintiuno.

FRANCISCO RAFAEL SAGASTI HOCHHAUSLER
Presidente de la República

VIOLETA BERMÚDEZ VALDIVIA
Presidenta del Consejo de Ministros

WALDO MENDOZA BELLIDO
Ministro de Economía y Finanzas

JAVIER EDUARDO PALACIOS GALLEGOS
Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo

ANEXO

**REDES ASISTENCIALES Y CENTROS
DE ATENCIÓN Y AISLAMIENTO TEMPORAL (CAAT)
CON AMBIENTES DE ATENCIÓN
CRÍTICA TEMPORAL**

CENTROS DE ATENCIÓN Y AISLAMIENTO TEMPORAL DE ESSALUD CON AMBIENTES DE ATENCIÓN CRÍTICA TEMPORAL Y CAMAS DE ATENCIÓN CRÍTICA TEMPORAL	
Nombre	Nro Camas
RED PRESTACIONAL ALMENARA	50
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI	100
VILLA PANAMERICANA	100
RED PRESTACIONAL SABOGAL	100
TOTAL Camas	350

REDES ASISTENCIALES DE ESSALUD CON AMBIENTES DE ATENCIÓN CRÍTICA TEMPORAL Y CAMAS DE ATENCIÓN CRÍTICA TEMPORAL	
NOMBRE	Nro Camas
RED ASIST.ANCASH	20
RED ASIST.AREQUIPA	25
RED ASIST.ICA	20
RED ASIST.JUNIN	20
RED ASIST.LA LIBERTAD	20
RED ASIST.LAMBAYEQUE	25
RED ASIST.PIURA	20
TOTAL Camas	150

1952969-1

**TRABAJO Y PROMOCIÓN
DEL EMPLEO**

Aprueban el “Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2022-2024 del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo”

**RESOLUCIÓN MINISTERIAL
N° 080-2021-TR**

Lima, 12 de mayo de 2021

VISTOS: El Acta N° 003-2021-CPEMTPPE de la Comisión de Planeamiento Estratégico del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; el Memorando N° 0347-2021-MTPE/4/9 de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto; el Informe N° 0147-2021-MTPE/4/9.1 de la Oficina de Planeamiento e Inversiones de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto; y el Informe N° 390-2021-MTPE/4/8 de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1 del artículo 25 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, establece, entre otros, que corresponde a los Ministros de Estado dirigir el proceso de planeamiento estratégico sectorial, en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN), así como determinar los objetivos sectoriales funcionales nacionales aplicables a todos los niveles de gobierno;

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, se crea el SINAPLAN, orientado al desarrollo de la planificación estratégica como instrumento técnico de gobierno y gestión para el desarrollo armónico y sostenido del país, y el fortalecimiento de la gobernabilidad democrática en el marco del Estado constitucional de derecho, formando parte integrante de dicho Sistema los órganos del gobierno nacional, con responsabilidades y competencias en el planeamiento estratégico;

Que, el numeral 12 del artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, establece que la Programación Multianual consiste en que el Presupuesto del Sector Público tiene una perspectiva multianual orientada al logro de resultados a favor de la población, en concordancia con las reglas fiscales establecidas en el Marco Macroeconómico Multianual y con los instrumentos de planeamiento elaborados en el marco del SINAPLAN;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 0103-2020-TR, se aprueba la Directiva General N° 009-2020-MTPE/4 “Lineamientos para la Elaboración, Aprobación, Ajuste, Consistencia, Modificación, Seguimiento y Evaluación del Plan Operativo Institucional (POI) del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE)”, cuyo objeto es establecer lineamientos que coadyuven a orientar el proceso del planeamiento operativo que comprende la elaboración, aprobación, ajuste, consistencia, modificación, seguimiento y evaluación del Plan Operativo Institucional (POI) del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, en el marco de lo establecido por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN);

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 075-2021-TR, se aprueba la ampliación al 2025 de las metas del “Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2017-2023 del Sector Trabajo y Promoción del Empleo”, así como de las metas del “Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2023 del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo”;

Que, el artículo 1 de la Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00022-2021/CEPLAN/PCD resuelve: “Prorrogar el plazo de la sección 6.2 de la Guía para el Planeamiento Institucional, aprobada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 033-2017/CEPLAN/