

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN
(Periodo Anual de Sesiones 2020-2021)

ACTA

TRIGÉSIMA SEGUNDA SESIÓN ORDINARIA
CELEBRADA EL DÍA MARTES 15 DE JUNIO DEL 2021

I. APERTURA

En Lima, siendo las once con cinco minutos a través de la Plataforma Virtual Microsoft Teams, bajo la presidencia del Congresista **Omar Merino López**, con la asistencia de los congresistas titulares **Omar Merino López, Jorge Luis Pérez Flores, Jorge Luis Pérez Flores, Yessy Nélide Fabián Díaz, Luis Felipe Castillo Oliva, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Ángel Gonzales Santos, Manuel Arturo Merino de Lama, Absalón Montoya Guivin, Tania Rosalía Rodas Malca, Widman Napoléon Vigo Gutiérrez, Betto Barrionuevo Romero, Rubén Ramos Zapana.** se inicia la trigésima segunda sesión ordinaria de la Comisión de Salud y Población.

Congresista accesitaria presente: Matilde Fernández Flores

II. APROBACIÓN DEL ACTA

El PRESIDENTE, pone a consideración Acta de la **Trigésima Primera Sesión Ordinaria** de la Comisión de Salud y Población, celebrada el martes 08 de junio del 2021, con el voto a favor de los congresistas **Omar Merino López, Jorge Luis Pérez Flores, Jorge Luis Pérez Flores, Yessy Nélide Fabián Díaz, Luis Felipe Castillo Oliva, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Ángel Gonzales Santos, Manuel Arturo Merino de Lama, Absalón Montoya Guivin, Tania Rosalía Rodas Malca, Widman Napoléon Vigo Gutiérrez, Betto Barrionuevo Romero, Rubén Ramos Zapana.**

Se aprobó por unanimidad.

El Presidente como parte de la Agenda de la presente sesión señaló que se remitió a las correspondientes cuentas de correos electrónicos de los señores congresista: La agenda de la presente sesión, acta de la trigésima primera sesión ordinaria, así como el pre dictamen considerado en la agenda del día de hoy. Comunicó que si algún congresista tuviera interés con algún documento puede solicitar copia del mismo a la secretaria de la comisión de Salud y Población.

III. INFORMES

Presidente invita a los señores congresistas a intervenir mediante el chat de la Plataforma virtual Microsoft Teams. No habiendo Informes se pasa a la estación de Pedidos. No habiendo uso de la palabra por los señores congresistas se pasa a la orden del día.

IV. ORDEN DEL DÍA

Presidente Exposición de la Congresista señora Mónica Elizabeth Saavedra Ocharan, sobre el Proyecto de Ley N° 7708/2020-CR que propone crear el fondo universal de alto costo en salud.

Congresista Mónica Elizabeth Saavedra Ocharan

Inicia su intervención saludando al Presidente y miembros integrantes de la Comisión de Salud y Población, agradece por la oportunidad para poder exponer esta importante iniciativa contenida en el **Proyecto de Ley 7708/2020-CR** que de seguro será beneficioso para los pacientes que padecen enfermedades de alto costo en nuestro país. El contenido de esta breve exposición se ha estructurado de la siguiente forma primero el objetivo del proyecto, un poco la problemática de las enfermedades de alto costo quienes son los beneficiarios del FISAL, cuál es el presupuesto del FISAL, el impacto de la pandemia en la atención de pacientes con enfermedades de alto costo y la brecha del financiamiento que debemos cubrir. Posteriormente algunas fuentes de financiamiento y se culminará con los beneficios del fondo universal de alto costo. El objetivo del proyecto, es crear el fondo universal de alto costo en salud como mecanismo nacional para brindar una cobertura financiera a los tratamientos de enfermedades de alto costo, así como, establecer las diferentes disposiciones necesarias para su funcionamiento. Donde tratamos del fondo intangible solidario de Essalud, FISAL es una unidad ejecutora de seguro integral de salud y está encargada de financiar las atenciones de salud de los peruanos con alguna enfermedad de alto costo. Los recursos provienen de la asignación que se efectúa desde el MEF y no desde una fuente fija de financiamiento. El FISAL no puede generar un fondo de reserva intangible en la que pueda administrar riesgos de manera solidaria; al funcionar como una unidad ejecutora, sus fondos son reversibles, cualquier excedente a finales de año se devuelve a la caja fiscal del ministerio de economía y finanzas. Esto es muy importante como todas las U a nivel nacional. El FISAL efectúa una cobertura parcial solo para los afiliados del SIS que representan el 59%. El total de afiliados en el SIS cubre 22 millones de peruanos. Cabe resaltar señor que este número era 17 millones hasta noviembre del 2019. Sin embargo, el incremento de afiliados no viene acompañado con un aumento de presupuesto acorde con esas necesidades del fondo; por otro lado, si bien es cierto el número de pacientes atendidos se ha incrementado con el tiempo, aún no es suficiente como todos sabemos. En el año 2020 se atendieron 31,953 pacientes con enfermedades oncológicas, 11,617 Pacientes con insuficiencia renal crónica y 31,953 pacientes con enfermedades raras y huérfanas.

En cuanto al presupuesto, la mayor parte es asignado a cubrir tratamientos renales a diferencia de otras patologías; como enfermedades raras y huérfanas que reciben un menor presupuesto. Ante esta situación es necesario que el estado tome medidas para mejorar la cobertura financiera y prestacional de la población y así evitar que se incurra en gastos que puede afectar su salud y economía. El fondo se relaciona con las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Esto en primer piso está el SIS, esta Essalud, esta

SALUPOL y las IAFAS también que efectúan el pago de las primas estimadas en función del número de afiliados y el plan de Essalud establecido. La limitada cobertura financiera del FISAL genera mayores gastos de bolsillo, este gasto represento en el 2017 el 28% del gasto total en ESSALUD, lo cual, al estándar de la OMS, la población paga de su bolsillo gran porcentaje de los servicios de ESSALUD, lo que muestra que no está cubierto adecuadamente.

Sobre el impacto en la pandemia. Además de los problemas estructurales que existen en la cobertura del FISAL, la coyuntura de la pandemia por la covid 19 ha impactado sobre manera a los pacientes oncológicos y a las enfermedades raras y huérfanas, quienes se han visto seriamente perjudicados. Según estudio en la consultora Apoyo, en el caso de pacientes oncológicos, hubo una reducción de los casos atendidos del 70%, eso sucedió entre febrero y junio equivalente a un 74,000 caso no atendidos.

En cuanto a la brecha de financiamiento. Actualmente el FISAL no logra cubrir la demanda de enfermedades de alto costo. La consultora VIDENSA estima que hay una brecha de financiamiento aproximadamente de 3'500,000 millones. Esto se traduce en una cobertura parcial de tratamiento para algunos pacientes y además en una población que no logra acceder a esos tratamientos. Aunque no es posible determinar con exactitud, cuál sería la brecha de financiamiento para FISAL y ESSALUD; con certeza principalmente a la diferencia en la calidad costo de las prestadoras y la edad de los asegurados al aplicar la proporción de asegurados para estas IAFAS; a la brecha estimada por VIDENSA existiría una brecha de enfermedades de alto costo de 2' 243, 000.00.

La brecha de financiamiento para la población SIS, estimado del punto anterior de 2'243,000.00 podría ser cubierta por un equivalente impuesto selectivo al consumo del 45%, como podemos ver la gran mayoría de enfermedades en nuestro país se debe al consumo de productos que generan daños en nuestro organismo; por eso consideramos coherente establecer impuestos selectivos o canalizar los ya existentes para el aumento del fondo universal de alto costo. Sobre los beneficios de alto costo, es el Aseguramiento Universal, para la cobertura en enfermedades complejas en la coyuntura de la Pandemia que se ha agravado últimamente; después el impacto directo en reducción de gastos catastróficos y empobrecedor a más de un millón de personas, después la reducción de inequidad en el acceso. El sostenimiento del financiamiento y así continuidad darla en atención subsistemas del sector ESSALUD.

La optimización presupuestal del presupuesto público y de essalud y después mejora en la gestión de control de enfermedades fortalecimiento institucional con mayor autonomía. La economía de Escala que genera partir de una mayor cobertura financiera finalmente es mejorar el acceso a medicamentos de alto costo sin incrementar el gasto de manera sostenible. Concluye su exposición agradeciendo a la Presidencia con la confianza que tendrá el apoyo de toda la Comisión de Salud y Población para el dictamen correspondiente.

El Presidente

Presentación de la Congresista **Matilde Fernández Flores** para que sustente el **Proyecto de Ley 7582/2020-CR**, Ley que incorpora al profesional en enfermería en la Comunidad Educativa a fin de contribuir en la prevención de enfermedades

y promoción de la salud de la Educación Básica. Congresista Matilde Fernández Flores usted tiene el uso de la palabra

Congresista Matilde Fernández Flores

Saludando al Presidente y colegas congresistas de la Comisión da inicio al sustento del **Proyecto de Ley N° 7582/2020-CR**, Ley que incorpora al profesional en enfermería en la Comunidad Educativa a fin de contribuir en la prevención de enfermedades y promoción de la salud en la Educación Básica.

En el contexto de la crisis sanitaria, en el cual se desenvuelve prácticamente nuestro país, la base fundamental en este tema vienen a ser nuestro niño, de la educación básica, de nivel primario y también nuestros estudiantes de nivel secundario. La prevención de enfermedades, la detección de enfermedades de forma oportuna, dar el tratamiento directo adecuado y la rehabilitación; si el caso lo amerita. En cuanto al retorno a las labores escolares presenciales. Si bien Es cierto, que nuestro país va avanzando en forma paulatina y lenta, con el tema de la vacunación, tenemos que entender que el problema del COVID se quedará con nosotros, a vivir con nuestros adultos, nuestros niños y adolescentes, y para ello será necesario pues que el personal de Salud en este caso el profesional de enfermería pueda abocar todas sus labores para poder prepararlos y poder prevenir esta enfermedad. Así mismo la presencia de profesionales en enfermería en los establecimientos educativos, también dará lugar a un proceso de evitar la presencia de hepatitis ya que ya sabemos que es a través de la trasmisión de alimentos.

El tema de controlar, el tema de tratamiento de parasitosis, la anemia, la tuberculosis, que es también una de las enfermedades muy peligrosas que se ha visto últimamente en nuestras instituciones educativas, los cuales tienen como foco a los adultos que pueden estar a su entorno en la casa, en la comunidad y que no son detectados oportunamente.

La enfermera tiene que participar en forma activa en la detección oportuna de la sintomatología que pueda presentar. Así mismo, las enfermedades no transmisibles diabetes dilictus que es muy aliado con el sobre peso y la obesidad que se presentan en nuestros niños de edad escolar y los adolescentes. Así mismo en la prevención y la atención de los accidentes y en los primeros auxilios que se requiere muchas veces en las instituciones educativas.

El objeto de la presente es incorporar al profesional de enfermería como integrante de la comunidad educativa, establecido en la ley 28044 ley general de educación a fin de prestar sus servicios en el área de su competencia; prevención de enfermedades y promoción de la salud, estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa y esto dará como resultado una vida más saludable y de mejor calidad.

El presente proyecto es una propuesta legislativa que tiene respaldo constitucional legal y presupuestal en virtud a la reciente reforma constitucional que dispone que el estado invierta en educación no menos del 6% del PBI a nivel nacional. Ley sobre Salud que no se ponen en práctica; por cuanto esto afecta a los estudiantes.

Sobre la promoción de la salud del menor de edad que no se pone en práctica en las instituciones educativas. Así por ejemplo poco o nada se ha hecho para la implementación de la ley 30021, ley de promoción de alimentación saludable para niñas y niños adolescentes que tienen por objeto la promoción y la protección efectiva del derecho a la salud pública al crecimiento y desarrollo de las personas a través de las acciones de educación.

En las instituciones de educación básica para reducir y eliminar las enfermedades vinculadas con el sobre peso, la obesidad y las enfermedades crónicas, conocidas también como no transmisibles el problema de la obesidad o sobre peso es un gran aliado para que este problema del COVID 19 pueda afectar muchas veces y dejar secuelas muy graves y lamentablemente con este problema y el covid-19 llegan hasta fallecer. Entonces son temas importantes que debemos tomar muy en cuenta. Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición CENAN del INS del MINSA la presencia del sobrepeso y obesidad en escolares menores de 12 años es de 32.3% y 23.9% de nuestros adolescentes también padecen de este problema.

Es importante recalcar que la enfermedad escolar desarrolla acciones relacionados con la prevención de contagios de enfermedades epidémicas, enfermedades pandémicas, el tema de primeros auxilios y otros que protejan la salud a ser definidas por el ministerio de educación a través de sus órganos competentes y de ser el caso en coordinación con el ministerio de salud.

Con relación a la función del profesional en enfermería, según lo establecido en el artículo 2 de la ley 27669, la enfermera o enfermero como profesional de ciencias en la salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral en forma científica, tecnológica y sistemática; en los procesos de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad. Considerando el contexto social, cultural económico, ambiental en el que se desenvuelve con el propósito de contribuir en mejorar la calidad de vida y bienestar de la población en general

Esta iniciativa legislativa implica modificar los artículos 52 y 62 a) de la ley 28044 Ley general de educación con el objeto de incorporar al profesional de enfermería como integrante de la comunidad educativa, cuya función principal está orientada a prestar servicios en el área de su competencia, relacionados con la prevención de enfermedades y promoción de la salud a los estudiantes de educación básica; además de los miembros de la comunidad educativa.

El ministerio de educación a través de sus órganos competentes normará las funciones del profesional de enfermería; su incrementación será progresiva en un lapso de cinco años que será normado a través de un decreto supremo en un plazo no mayor de 60 días. Además de dictar las normas de reglamentación para su aplicación.

La población de escolares y adolescentes alcanzan un promedio de 9 millones. Este proyecto de ley es una iniciativa legislativa que va a encajar exactamente en el trabajo que se realiza por nuestras instituciones educativas, pronto se entrara a

las labores presenciales en nuestras instituciones educativas y será necesario tener a los profesionales que puedan hacer una labor bastante efectiva.

Existe el programa salud escolar y adolescente en nuestros establecimientos de salud pero por las grandes brechas existentes en recursos humanos, ministerio de salud y otros, imposibilitan que el personal de salud pueda estar un poco más de tiempo en las instituciones educativas. Hoy en día se realiza una visita fugaz del personal de enfermería a las instituciones educativas solo con fines de descartar la anemia, con fines de descartar la parasitosis, pero no se hace un trabajo integral permanente, un trabajo de promover buenos estilos de vida, hacer una buena prevención de enfermedades entre otros temas. Al término de su exposición hizo un llamado a sus colegas congresistas señalando a la población en su conjunto en la mayoría de los profesionales de la salud que todos, todos están en la obligación de velar por la buena salud, buenos estilos de vida y prevenir tantos problemas de salud como los que hoy se vive día a día.

PRESIDENTE

Presentación de la Congresista **Yessy Nélide Fabián Díaz** a fin de que presente el Informe Final de su gestión como Coordinadora del Grupo de Trabajo Brechas de Infraestructura y Recursos Humanos en el Sector de ESSALUD.

Congresista Yessy Nelida Fabián Diaz

Saluda al Presidente de la Comisión de Salud y Población y a los miembros que la integran inicia su exposición resaltando la labor que realizó el Grupo de Trabajo de Brechas de Infraestructura y recursos humanos en el sector salud del que como integrante Coordinadora del Grupo de Trabajo la Congresista realiza la presentación de los miembros que la integran Congresista Jorge Luis Pérez, Congresista María teresa Céspedes Cárdenas, Congresista Absalón Montoya Guivin y Congresista Orlando Arapa.

Dentro de los antecedentes, señor Presidente en el marco de la Pandemia del Covid-19, se presentó el gran reto de analizar y proponer acciones conjuntas y articuladas con la finalidad de disminuir las brechas de infraestructura sanitarias de salud; que viene azotando a nuestro país. En ese sentido, señor presidente esta situación ha permitido visibilizar la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención a los ciudadanos, como una estrategia, para aumentar la capacidad de atención de las postas médicas, centros de salud del país y descongestionar los hospitales nacionales e institutos especializados que hoy se encuentran rebalsando; tanto en su infraestructura, como en la capacidad de atención. Sin embargo, señor Presidente, este fortalecimiento debe comprender además mayor cantidad de recursos humanos; así como, las mejoras en todo lo que comprenda la infraestructura, equipamiento, abastecimiento de medicamentos e insumos en general aunada a las necesidades de potenciar el segundo nivel de atención de menor complejidad para una adecuada referencia de pacientes.

Es evidente la urgente necesidad de cerrar las brechas de infraestructura en nuestro país existen muchos proyectos con retraso significativos como los de la reconstrucción con cambios y los que están pendientes, la construcción de los establecimientos de ESSALUD del Norte del país y de muchas regiones.

La Ley N° 26842 Ley General de ESSALUD establece que el Ministerio de Salud es la autoridad de salud a nivel nacional, cuya finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.

Mediante la resolución ministerial 546-2020-MINSA, se aprobó el plan estratégico institucional en el PIM del ESSalud periodo 2019 – 2023.

El 31 de enero del 2021 se aprobó un diagnóstico de brechas de Infraestructura y equipamiento del sector salud, instrumento normativo de aplicación obligatorio por el MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y gobiernos regionales a través de sus órganos especializados en materia de ESSALUD Y Gobiernos Locales, que intervienen en la gestión de inversión pública en salud.

En el marco del Sistema Nacional de Programación multianual, en gestión de inversiones y demás entidades Públicas, adscritas al sector Salud, se han utilizado en la elaboración de la programación multianual de la inversión 2022 a 2024

Dentro de ellos los indicadores de productos, la Oficina de Programación multianual de inversiones o PMI del MINSA, ha definido 10 indicadores de productos asociados a las brechas de infraestructura y equipamiento de Essalud. Según tipologías de inversión y servicios públicos los cuales se detallaron.

Porcentaje de los indicadores de brechas, porcentaje de establecimientos de ESSALUD del primer nivel de atención, con capacidad instalada inadecuada, da un valor absoluto de 8 mil 531 300 un porcentaje del 97%; porcentaje de nuevos establecimientos de Essalud del primer nivel de atención de implementar 1,791 porcentaje del 44%, porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada 236 haciendo un porcentaje de 96%, porcentaje de nuevos hospitales por implementar 156 haciendo un porcentaje del 41%, porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada 10 haciendo un porcentaje del 77%, porcentaje de laboratorio del Instituto Nacional de Essalud con capacidad instalada inadecuada 39 haciendo un porcentaje de 95%, porcentaje de laboratorios regionales de Essalud publica, con capacidad instalada inadecuada 23 haciendo un porcentaje de 96% , porcentaje de Centros de Promoción y vigilancia comunal requeridos 1,393 haciendo un porcentaje del 69 % ,porcentaje de sedes administrativas con inadecuado índice de ocupación 898 haciendo un porcentaje de 79%, porcentaje de sistema de información de ESSalud que no funciona adecuadamente 159 haciendo un porcentaje de 76% . Esto se ha sacado de RENIPREs, Banco de Inversiones en el MINSA 20 de las tipologías de inversión como parte de la vinculación de los indicadores de brechas con los objetivos estratégicos institucionales y con los objetivos estratégicos sectoriales.

Se han identificado 9 tipologías de inversión correspondientes a la función división y grupo funcional del sector salud. Tipología de Inversión función división poblacional Establecimientos de ESSALUD del primer nivel de atención función 20, división 44 de Essalud individual una atención medica dentro de ese grupo que se catalogan con sus códigos respectivos. Establecimientos de ESSALUD

hospitalarios, institutos especializados, laboratorios de referencia nacional, laboratorios regionales de Essalud públicas en las regiones, Centros de promoción y prevención de essalud, sedes institucionales, tecnologías de información y comunicación.

El objetivo determinar las brechas de infraestructura, equipamiento y mantenimiento, en todo el territorio nacional, regional y local para impulsar el cierre de brechas cuantitativas y cualitativas contando con profesionales técnicos de la salud pública y políticas institucional y equipamiento a nivel nacional, contar con recursos humanos en todos los centros de ESSALUD, para una buena atención y mejoras en el servicio de salud.

El Grupo de Trabajo el año pasado ha hecho llegar a la Comisión de cómo podemos implementar el sistema de salud modular y el establecimiento de salud del primer nivel. Dentro de ello, se presentó el proyecto donde nos catalogan como hospital modular de estructura flexible, que permite crecer en función de áreas de camas al momento de su respuesta según las necesidades de rápida implantación de 150 días a 180 días a un costo menor del 30% del total de la infraestructura convencional, integrados en la red de Essalud. Con servicios de salud de centros de diagnósticos se reducen los tiempos de elaboración del perfil que se encuentran actualmente estandarizados y expedientes técnicos en menor de 3 meses. La idea es cerrar brechas de infraestructura y Recursos Humanos se señaló una fotografía de un sistema modular de un establecimiento de Esalud de un primer nivel.

Las sesiones realizadas es de 06 sesiones semipresenciales dentro de los cuales se contó con la participación de funcionarios del MINSA,, PRONIS, ESSALUD SENARES y la Autoridad de Reconstrucción con Cambios, durante los cuales se pudo determinar lo siguiente: La Ley de Presupuesto para el año 2021 tiene una programación de 1,500 millones destinados a proyectos de inversión e infraestructura en Lima y a nivel nacional con 135 intervenciones a cargo de los tres niveles de gobierno; de los cuales 120 corresponden a gobiernos locales y 09 a Gobiernos Regionales.

Existe una gran brecha de Recursos Humanos de 61,000 personas, tanto en el primer nivel, en el segundo nivel, en el tercer nivel las ex presidencias con mayor cantidad de brechas son obstétricas, cirugía general, medicina interna estas últimas ligadas al tema del covid19.

Dentro de la Conclusiones existen grandes brechas de infraestructura en nuestro país, que pese a la urgente necesidad de cerrarlas aún se tienen proyectos con retrasos significativos respecto a la construcción de establecimientos de Essalud del Norte del país y de muchas regiones como son la de reconstrucción con cambios. A raíz de la pandemia se ha aplicado distintas estrategias para la contratación de recursos humanos donde se han realizado la contratación de todos los profesionales enlazados que como llegaban con los meses válidos, básicos para en este caso contar con el SERUN.

Uno de los retos fundamentales para nuestro país es incrementar la accesibilidad a los servicios de Essalud, carencia que genera exclusión sanitaria y que impacta casi el 20% de la población nacional. Así como optimizar la gestión de inversión del sector salud favoreciendo el ordenamiento de las necesidades de infraestructura y equipamiento como medio para una atención de salud satisfactoria de la población.

En las conclusiones, la regulación en el tema de saneamiento físico legal de los terrenos de los diferentes centros y puestos de salud vienen produciendo el retraso de una cantidad importante de obras y eso dificulta a que pueda estar con inicio de obra o tener expediente técnico listo para poder iniciar la obra. La brecha de recursos humanos se ha incrementado pese a haberse contratado entre 10,00 a 12,000 trabajadores entre personal asistencial, médico y no médico para cubrir el déficit de atención de pacientes de COVID 19. Sin embargo, desatendiendo a enfermedades crónicas y pacientes con comorbilidad. Respecto a los EPPS se logró abastecer a la totalidad de las direcciones de Essalud a nivel nacional salvo las regiones que tienen problemas para la compra, dilatándose el abastecimiento de los centros de salud.

La propuesta que proponemos la creación del Fondo de Infraestructura en Salud dependiente del Ministerio de Salud MINSA con la finalidad de iniciar programas proyectos de inversión o inversiones de optimización de ampliación marginal y de rehabilitación y reposición.

Las actividades con mantenimiento de los establecimientos de Essalud a nivel nacional cuya ejecución estará a cargo de los tres niveles de gobierno, la ejecución y puesta en funcionamiento de infraestructura y equipamiento de essalud modular, servicios médicos de apoyo y módulo de atención de Essalud y otros similares, orientados a ampliar la oferta de ESALUD y reducir brechas de Infraestructura de ESSALUD en todo el territorio nacional, contar con el personal especializado pero no solamente es el número de incremento del número de plazas; sino que esa infraestructura donde se pueda tener hospitales docentes de tal manera que los médicos tengan el campo clínico para poder desarrollar y además pueden especializarse.

Se ha presentado Proyectos de leyes para el nombramiento del personal de ESSALUD, sabemos que en cuanto al MINSA el último corte fue en el 2009 a la fecha no tenemos nuevos nombramientos. La Ley que se había aprobado hasta por insistencia en el Congreso. Ha sido denunciado ante el Tribunal constitucional por el ex Presidente Martín Vizcarra. Señor Presidente. Esos proyectos modulares que se presentó en su debido momento a la Comisión de Salud, la verdad no tiene esa predisposición de poder apoyar a nivel regional nacional para cerrar brechas de infraestructura. seguimos con lo mismo, la necesidad urge el equipamiento la construcción de nuevos hospitales y centros de Salud.

Se presentó una iniciativa a corto plazo, sabemos que el piloto que lo están realizando actualmente está en Ica hubo un momento donde inclusive paralizaron la obra, pero creo ahora han vuelto a continuar. La idea es tener ese piloto y estandarizar cerrar brechas de Infraestructura y evitarnos los grandes trámites que

se realizan o que han estandarizado los ministerios para poder obstaculizar a muchos de nuestros conciudadanos. Muchos gobiernos locales señor Presidente tanto locales y regionales han invertido haciendo un perfil un expediente y no pueden contar con el financiamiento o algunos se han quedado solo en el perfil y ya no tienen para el expediente y entonces cuanto de dinero se está quedando solamente en papeles quedan en vista y nunca se ejecutan. El que pierde es el pueblo. Antes de finalizar felicita a todos sus colegas Congresista Jorge Luis Pérez, Congresista María Teresa Céspedes, Congresista Absalón Montoya y al Congresista Jesús Arapa Roque, que contribuyeron a poder sacar el Informe Final.

Congresista Jorge Pérez

Agradeciendo al Presidente de la Comisión de Salud y Población Omar Merino por concederle el uso de la palabra indica que quería recalcar de que no ha habido durante todo este tiempo la voluntad de invertir y de cerrar las brechas en infraestructura y equipamiento; no ha habido un plan concreto al respecto. Los órganos especializados técnicos por ejemplo como PRONIS tienen ya como proyectos terminados pero lamentablemente el Ministerio de Economía y Finanzas no han sido los suficientemente capaces de poder evaluar la magnitud de desastres de salud que estamos viviendo y poner en marcha por ejemplo los hospitales modulares, el cierre de brechas a nivel de infraestructura y de equipamiento, considerando no solamente el tema de la Covid 19; sino muchas enfermedades; como médicos conocemos que esto no se ha desligado solamente por la Covid 19 muchas personas hablan que esta pandemia a desnudado el precario sistema nacional de salud. Y eso es falso nosotros los médicos somos carne de cañón y nos enfrentamos a los padres de familia cuyos niños no pudieron o no pueden acceder a un ventilador mecánico o en todo caso o un recién nacido, no puede ni siquiera, llegar a una incubadora la oferta de camas uci ha sido incluso antes de la Pandemia deficiente, nuestros pacientes neurológicos, nuestros pacientes cardiacos,, pacientes trasplantados tenían que tratar prácticamente de priorizarse y de repente alguien necesitaba, una cama UCI no se podía dar y cuál era el trámite. El trámite era hablar con el Director, hablar con alguien, pedir ayuda por las redes sociales, pedir por favor que un congresista pueda llamar a alguien. Donde está el seguro social, donde está el SIS donde están las EPS, Sanidad Policial Sanidad Militar.

Entonces realmente vemos a muchas personas que pagan un seguro, invierten mucho dinero, de pronto sacando parte de ese dinero de su sueldo y no hay la oferta adecuada. La oferta siempre estuvo abandonada. 14,000 médicos faltan en el Perú 16,000 enfermeras aproximadamente. La infraestructura de casi 8,500 establecimientos de ESSALUD, 78.8% están en estado de precariedad y no hay un Plan.

Uno se va al Ejecutivo y te dice bueno vaya usted al Ministerio de Essalud. Te vas al Ministerio de Salud hacemos las reuniones, ellos lo tienen clarito. Es más, todos estos datos que la Congresista Fabián muestra, todos nosotros hemos ido y nos han explicado con proyección con video todos lo bonito que podría hacer de manera rápida en tres meses cuatro meses al corto plazo y mediano y largo plazo,

pero cual es al final. El gobierno tiene que autorizar mediante el Ministerio de Economía Finanzas ese presupuesto adicional para poder cerrar esta brecha y eso no ha habido.

En los últimos años, los últimos presidentes de la república no les han interesado invertir en salud por eso es la mortalidad en el Perú por pacientes covid-19 y por pacientes no covid y se debe en gran medida al abandono del Sistema de Salud, al abandono de la infraestructura, al abandono del equipamiento, al abandono de los recursos humanos. Y nosotros tenemos que estar sacando leyes, tras leyes para poder afianzar el tema de la salud, el tema de los trabajadores para que los contraten adecuadamente y no los contraten como si fuesen pintores, albañiles, tenemos que estar arreglando viendo cómo se puede solucionar este tema porque ya la gente está cansada. 30% de nuestros médicos ya están en sus casas por alguna comorbilidad, por edad o por lo que fuese. Sin embargo, ha habido el examen nacional para poder hacer el residentado médico y no hay plazas estamos en plena pandemia donde se necesitan más médicos, especialistas, más profesionales, especialistas en cuidados intensivos emergencia oncológicos.

Como es posible. que en América latina el promedio de muertes por el coronavirus es del 2%, o sea que de cada 100 enfermos dos mueren. Pero nuestras regiones Piura, Lambayeque la Libertad, Ancash, el callao, Ica superan el 10% el 12%. En mi región llegó hasta 14% o sea en alguna ciudad de algún país cercano al Perú de cada 100 personas morían 2 personas. En mi región de cada 100 personas mirian 14 personas.

Entonces, que está pasando, estamos hablando del mismo virus, de la misma enfermedad, síndrome respiratorio agudo severo. Somos personas humanas, iguales y por qué acá mata más; porque hay un factor que se llama oportunidad, el peruano no tiene la oportunidad, el factor oportuno no está arraigado en el sistema de Salud. La gente se muere porque no se tiene acceso al servicio de Essalud.. Porque la oferta no existe, no tenemos infraestructura, no tenemos equipamiento, no tenemos recursos humanos. Se confabula en un delito de lesa humanidad porque cuando sabiendo el misterio de salud y todos los organismos a sabiendas teniendo ahí los documentos, los detalles de lo que se necesita para poder cerrar la brecha el estado, el gobierno el ministerio de economía y finanzas no se les da la gana de invertir en sistema de Salud. No le da la gana de cerrar esa brecha. Eso que significa que la muerte es por omisión de funciones; por omisión de acciones y eso amerita una denuncia porque la gente se muere porque no tiene una cama, porque no tiene un punto de oxígeno

Nuevamente ya empezamos con esta ola De nuevo con lo mismo. nosotros hablamos en esta comisión para llamar al Ministro de Economía y Finanzas y no les da la gana de trabajar no les importa pero los que atendemos pacientes los que vivimos con ellos, nuestras familias, nuestros padres, hermanos, primos, tíos, tías que han fallecido no podemos seguir en esta situación. La Pandemia llevo para quedarse dos años y medio más, ya lo dijo la organización mundial de la salud.

Pedimos al Pleno del Congreso mediante una Moción de parte de Covid-19, de parte de Essalud, de parte de hambre cero, para que el Ministro se apersona para que se comprometa con su pueblo. Al señor Ministro de Economía no le importa, la gente se muere, no tiene acceso de ser atendido de manera directa y ese es el gran problema y eso que no evaluamos el gasto del bolsillo y ahora en Pandemia hay más gasto de bolsillo se arraiga más la pobreza.

El Presidente

Señor Eduardo Mendoza Bellido, Ministro de Economía y Finanzas a fin de que informe sobre las medidas que se vienen implementando para reducir la brecha en Infraestructura en el sector salud y su financiamiento así como el plan a ejecutarse durante quinquenio con énfasis durante el Proyecto del presente año adicionalmente para que exponga los proyectos y el financiamiento con que cuenta y las coordinaciones realizadas con los gobiernos regionales para reconstrucción e infraestructura.

Señor Ubaldo Mendoza Bellido, Ministro de Economía y Finanzas.

Realiza su presentación con un saludo Presidente Omar Merino Presidente de la Comisión de Salud y Población y miembros que la integran. El tema se circunscribe sobre la cuestión macroeconómica y como está nuestra economía, porque de la Economía viene la recaudación, el gasto público etc. Es importante saber cómo hemos estado administrando la pandemia en el gobierno de transición y emergencia. La recuperación macroeconómica de nuestro país viene afortunadamente muy bien. Es una recuperación muy rápida el año pasado en el segundo trimestre tuvimos una caída poquísima de 0% del Producto Bruto Interno. En este primer trimestre ya hemos tenido una recuperación de 3.8% de crecimiento respecto al mismo Trimestre del año 2020 esa comparación puede ser un poco elitista. Si nos comparamos como el mismo trimestre del año 2019 el crecimiento a sido 0.1% ese numerito no dice que ya hemos recuperado los niveles previos a la pandemia lo cual es muy buena noticia para el país. La inversión privada, hemos crecido casi un 37% en el primer trimestre de este año con relación al año pasado y un 17% con relación al mismo trimestre del año 2019. Sobre las importaciones de bienes de capital es una variable que se aproxima con mucho a la inversión privada porque los capitales las maquinarias los equipos, son casi todos importados en el Perú, en consecuencia, esta variable es buen indicador de cómo va la inversión privada y afortunadamente va muy bien. La explicación de esta recuperación notable y rápida radica en dos factores fundamentalmente. Uno los créditos de los Bancos al Sector Privado no han caído durante la pandemia todo lo contrario se han elevado apreciablemente la explicación son los programas de apoyo crediticio con garantía estatal los tan criticados REACTIVA PERÚ FAE MIPE La otra explicación. tiene que ver con la inversión pública que se cayó dramáticamente el año pasado ahora en este primer trimestre ha crecido un 24 % .De inversión pública en Enero a Mayo de este año es el nivel más alto de la historia contemporánea es un trabajo abrigado de los gobiernos regionales de los gobiernos locales del gobiernos central este triunfo de la inversión Pública que está creciendo a ritmo inusual Y en el escenario latinoamericano Perú a pesar de todos sus problemas sigue siendo una estrella

brillando en el firmamento y en este año va a ser la economía que más va a crecer en América Latina una de las que más va a crecer en los siguientes años 2022 – 2024. La macroeconomía está bien pero la gente está mal eso denota falta de conocimiento de los hechos y un poquito de ignorancia. En realidad, cuando la economía crece la recaudación aumenta y cuando la recaudación aumenta el gasto público puede aumentar el presupuesto público. Puede aumentar. Si el presupuesto aumenta el estado puede cumplir mejor con sus funciones. El Presupuesto ha ido creciendo sostenidamente desde hace bastante tiempo entre el 2009 al 2021 Este creciente presupuesto se refleja también en el sector Salud cuyo presupuesto seguramente insuficiente todavía tal como lo he estado escuchando de vuestro diálogo los minutos anteriores, pero miren 6, millones en el 2009 a 21,000 millones en el 2,021 eso es crecimiento económico; ese crecimiento hay que distribuirlo bien hay que gastarlo bien quizá eso es lo que nos ha faltado.

Como ha administrado la pandemia el gobierno de transición y emergencia el número de fallecidos en el país es medido por la cifra de exceso de fallecidos en el 2019 un año normal fallecían alrededor de 2000 personas por semana en el año 2020 y el 2021 ese número de fallecidos se ha duplicado, por dos, por tres esa cifra de accesos fallecidos es un buen PROXIS de fallecidos por la COVID 19, tuvimos una segunda ola más fuerte incluso que la primera ola en ambos casos el Perú batió el record. Afortunadamente la Pandemia está en declive esperemos que siga así.

La gran novedad es que ahora tenemos las vacunas. En este momento han ingresado al país más de 8 millones de vacunas y hemos estado administrándolas. Esta absolutamente comprobado que una persona vacunada con cualquier vacuna es una persona que ya no va a ir al hospital ya no va a ir a la cama UCI no se va a enfermar fuertemente, no se va a morir. Entonces la vacuna es una bendición para el país y la vacuna ha sido conseguida. Tenemos más de 60 millones de vacunas contratadas o sea que tenemos la garantía de que en este año deben vacunarse todos los peruanos mayores de 18 años. Nuestro sistema de salud MINSA, ESSALUD, las Fuerzas Policiales, las Fuerzas militares se han relanzado y ahora la última semana hemos vacunado en promedio a 143, personas por día ha habido días de 180, por día. Hemos vacunado principalmente a los mayores a los de más de 80 años, a los demás de 70 Entonces conforme pase el tiempo conforme vacunemos a más peruanos menores de 60 y menores de 50 la curva de la epidemia esta curva de fallecidos seguirá descendiendo y habremos triunfado en esta lucha del país contra la pandemia. Hemos hecho también algo que ha pasado desapercibido en el congreso tenemos un SIS un Sistema de Salud un Sistema de seguro que permite un aseguramiento universal de los peruanos. Pero hasta hace poco había tres problemas uno. Había como 340 mil peruanos indocumentados que por no tener documentos no entraban al SIS. Había como 1 millón 400 mil peruanos que tenían su DNI, pero por motivos burocráticos administrativos no estaban en el SIS con este decreto de urgencia esos 340,000 peruanos pronto tendrán su DNI hay un dinero que se le ha puesto a RENIEC para que le den su DNI y con ese dinero han pagado automáticamente al SIS. Ese 1 millón cuatrocientas mil ingresaran al SIS, por lo tanto, en este momento no debe haber ningún peruano que no tenga un seguro de ESSALUD. Además hemos hecho que todos los que estén en el SIS accedan a la capa de una atención un poquito más completa en el sistema de salud, anteriormente

había un grupo de personas en el SIS cuya atención ya era muy básica por ejemplo se enfermaban de la COVID, los atendían volvía a su casa se recuperaban pero si tenían una recaída ya no lo atendían; ahora ya no pasa eso la atención es un poquito más completa este aseguramiento cuesta en lo que resta del año 250 millones de soles y anualmente son 500 millones de soles que es un gasto de primerísima utilidad para el país.

Sobre el tema de presupuesto indicó que se estima un nivel de recaudación. Se estima cuanto debe endeudarse un país y de acuerdo a eso cuánta plata debe tener de ingresos; endeudarse hoy significa pagar altos intereses financieros. Por lo tanto, en Presupuesto se calculan los ingresos se calcula el déficit fiscal y se lanza un presupuesto ese presupuesto evidentemente cubre lo sustantivo lo básico y aprobada la ley de presupuesto el MEF es simplemente una institución que reparte el dinero el Congreso ha aprobado en la Ley de Presupuesto. El Ministerio es un cajero que administra plata ajena. Las personas que elaboraron el Presupuesto en el gobierno anterior no pensaron en una segunda ola. Entonces hicieron un presupuesto para el sector salud donde ya estamos recuperándonos de la pandemia y viene la segunda ola y que hace el gobierno. Un crédito suplementario un endeudamiento porque hay que financiar las camas UCI, las vacunas, el oxígeno, las camas de alto flujo el pago especial para que tengamos más maquinas todo eso que ahora están reclamando. En esta administración se le ha dado 5, 700 millones de soles más de lo que tenía en el presupuesto. Varias leyes se han dado. Si hubiéramos admitido gastar en esas cosas no tendríamos ni para vacunas. Como congreso tienen que colaborar para que el gasto vaya a lo sustantivo. A lo esencial, por ejemplo. Si hubiéramos aceptado pagar la Ley que ustedes aprobaron de la ONP no hubiéramos tenido un centavo ni para vacunas ni para camas UCI. Entonces en este tema presupuestal hay que hablar con mucho cuidado. El MEF administra la plata de la Ley de presupuesto y cuando más se gaste en otras cosas menos plata hay en lo sustantivo y de esa coyuntura lo sustantivo es la salud. En esta coyuntura el gobierno de transición de emergencia solo ha creado crédito presupuestario para atender la Salud por eso es que hemos podido comprar las vacunas por eso es que estamos vacunando a 180 mil personas por día. Diariamente atendemos pedidos de regiones de municipios. Un hospital por aquí un hospital por haya. Todos con derecho absoluto. Pero en las circunstancias actuales, en la crisis actual un gobierno serio responsable tiene que priorizar. No estamos en un año normal, estamos en un año donde buena parte del presupuesto del país se da a la compra de vacunas por lo tanto que cosa puede ser más importante que la vacuna. Cuando todos estemos vacunados podemos abrir un poco más los restaurants, los centros comerciales, podremos abrir las playas, la economía se agilizará; eso lo podemos hacer a punta de vacunas, a punta de salud, a punta de cuidados. Entonces las inversiones que se hacen en años normales van a tener que esperar un poquito. A continuación, dejo a Daniel Leiva

Señor Daniel Leiva

Señor ministro, señor Presidente, señores congresistas, vamos a continuar con la exposición esta vez vamos a ver la parte de inversiones en salud. Como este año ha sido distribuido el presupuesto y como este año se está ejecutando a través de todas las entidades y los niveles de gobierno; por Ejemplo, tenemos la ejecución del gobierno nacional, regional y gobierno local a los 2021 3,500 millones aprobados para el sector salud en los cuales podemos ver el nivel de ejecución en lo que va del año. En el Gobierno Nacional tenemos un nivel de ejecución del 21% y el que resalta acá, son las otras unidades ejecutoras del gobierno nacional con 45%, que significa esto, que en todo el año tenemos un presupuesto aprobado y lo que necesitamos es ejecutar ese 100 %. En todo el año, en algunos ejercicios fiscales anteriores, el nivel de ejecución no llegaba al 100%, sino que se quedaba en un 85%, un 80 %; a veces, en los gobiernos regionales y locales al 65% y uno siempre puede evaluar este nivel de ejecución y decir porque no se gasta todo el presupuesto. Entonces ahí, ya existe un problema de ejecución, en el sentido que al final del año en diciembre, se ejecutaba aceleradamente para que no salgan recursos; de modo que al siguiente año se comience de nuevo. El Ministerio de Economía este año ha estado enfocado en lo poco que tenemos ejecutar al 100% estas cifras son ligeramente superiores en porcentaje a los años anteriores pero juntos como menciono el señor ministro en montos este año se está ejecutando históricamente más que nunca a nivel general. esto que quiere decir que de alguna forma las entidades a nivel regional y local hemos comprendido la necesidad que cada sol es importante que hay que gastar el presupuesto que tenemos que hay que invertir todo el presupuesto que tenemos que no podemos llegar al último mes y gastar como ni un costo. Ya estamos en un nivel de ejecución y distribuidas en todas las entidades del estado.

La cartera del ministerio de salud tenemos cinco proyectos que se han ejecutado o se han priorizado en este año. Por ejemplo, tenemos el hospital nacional Sergio Bernales que en inversiones casi 1,00 millones tenemos un PIM este año aprobado 100 millones y esto ha comenzado a ejecutarse en este año los 3,003 millones de soles. El otro Hospital Regional de Sacarías Correa Valdivia en Huancavelica que es un importante hospital tiene un presupuesto para este año de 12 millones y ya se ejecutó los doce millones definitivamente hay todavía una brecha por ejecutar, pero por lo menos lo que se dio ya se está gastando.

Tenemos el sistema único de información de salud que es un tema importante que salud a partir de las últimas discusiones con el ministerio de salud en el cual necesitamos información clara de cuantos están enfermos, cuantos son fallecidos, cuantos son de parte covid-19, donde está la población más vulnerable. Este sistema de información ha sido asignado junto a su presupuesto 34 millones y se está comenzado a ejecutarlo en Lima Trujillo y Huancavelica.

El otro proyecto importante es el establecimiento de salud de llata donde este año tiene un presupuesto de 82 millones y ahora se ejecutan los 15 millones que es en Huánuco y otro tema es las CIAS, las inversiones de optimización etc. que en este caso; son la adquisición de camas multipropósito, ventilador mecánico, monitores, esperadores etc. Todo lo necesario para hacer el seguimiento y atención al COVID. Ha sido asignado para este año 136 millones y ya se ejecutó 109 millones, entonces de alguna forma, el presupuesto asignado se está ejecutando con mayor velocidad que antes.

Entonces también tenemos una tabla de toda la distribución del presupuesto, definitivamente los montos varían dependiendo la cantidad de población y la cantidad de brechas. La señora Congresista Yessy Fabián en detalle demostró cómo se planifica una brecha, como se identifica la brecha, como es el Plan, la estrategia que el ministerio de salud debe ejecutar en los años subsiguientes. De acuerdo a esa forma de enfrentar las brechas es como el ministerio de salud distribuye los presupuestos. El ministerio de Economía define una bolsa grande una bolsa total y el ministerio de salud en base a todo ese análisis especializado a nivel nacional, regional y local define las prioridades de asignación. En este caso, esas prioridades primero tienen que ver con las brechas existentes en cada departamento, en cada gobierno y segundo depende también del nivel de ejecución de los proyectos. Es decir, si hay proyectos que ya están por terminar se le asignan recursos al que está por terminar y si ya cumplieron todo, terminaron todos sus proyectos, se asignan recursos al que tiene expediente técnico listo y si ya no tiene expediente técnico listo, se asigna al que tiene proyectos declarados viables; en ese orden. En el caso de Gobiernos locales también tenemos una distribución de este año de 524 millones hay un avance de ejecución del 20%, de la misma forma, tenemos el PIAM PI y un nivel de ejecución que para junio estamos haciendo lo posible: que es mucho mayor que en meses anteriores que tenemos un promedio del 15% por ciento también los gobiernos locales, las municipalidades están ejecutando con mayor velocidad que antes obviamente esto es resaltable porque nunca antes se había ejecutado con esta velocidad.

.A nivel del Ministerio de Economía, aprobamos el decreto supremo 117 este decreto supremo básicamente buscaba dar una partida extra al ministerio de salud, nosotros asesoramos a que se busque recursos de alguna partida que no se va a gastar, o que ya está pasando el tiempo y no se va a poder ejecutar totalmente y se forme una pequeña bolsa en el ministerio de salud y esa bolsa se transfiere a los gobiernos regionales y locales para que se ejecute entonces buscamos recursos de alguna forma en cada sector y los ayudamos a hacer los movimientos presupuestales y se asigna. En este caso tenemos una lista de proyectos que ya estaban en ejecución de alguna forma se enfrenta esa necesidad de urgencia obviamente el recurso no es suficiente, pero se trata de establecerse, se está buscando más recursos de otras partidas para ver de dónde consigue para pertenecer a nuevos proyectos

A nivel de la iniciativa privada estamos trabajando con PROINVERSIÓN en el tema de las APPS en este caso se ha trabajado fuertemente en este año para sacar adelante dos hospitales, el hospital especializado de Piura y el hospital especializado de Chimbote. En este caso ya se ha trabajado la parte de estructuración de reestructuración del contrato, se ha aprobado las bases En este caso, solamente faltaría ya finalizar este proceso para lanzar el proceso de adjudicación que está previsto para mayo, marzo del próximo año. Entonces todo el proceso previo que toma mucho tiempo, incluido todos los tramites, las aprobaciones previas ya están listas. Y esperamos en marzo se adjudiquen estos dos grandes hospitales. Estamos hablando de un financiamiento que es 576 millones directo incluye reposición y equipamiento en la estructura aparte de 400 millones y OPES que es operación, mantenimiento que es de 1,600 millones en los próximos 17 años. Son proyectos grandes, son proyectos de iniciativa privada, son proyectos donde el estado no va a poner más allá del monto inicial, el privado va a tener que encargarse de la operación del mantenimiento y todo esto por eso estas APPS complementan la inversión pública, expanden el servicio y se necesitan más de esto porque las brechas son gigantes a nosotros cada año tiene un presupuesto y aun son insuficientes, uno diría cuantos años van a pasar para que completemos al 100% las brechas y eso es algo que todavía incluso no lo alcanzan los países desarrollados pero a eso es a donde apuntamos

Otro tema importante que menciona el MEF que está participando con el ministerio de salud es en tratar que los proyectos lleguen listos al proceso de ejecución es decir no comencemos a gastar si el proyecto no está listo por la prisa, la necesidad de urgencia; como vamos a poner la primera piedra si no tenemos toda la documentación lista todos los permisos listos, todos los procesos aprobados, entonces comenzamos a gastar dos meses y se paraliza. Lo que no queremos es que vaya a pasar eso por eso el Ministerio de Economía ha estado apoyando al Ministerio de Salud. Por ejemplo, para aprobar una ficha técnica estándar en la cual se formule de forma estándar los proyectos de inversión en área rural. Las áreas rurales necesitan una intervención modular flexible, rápida que no son grandes proyectos, no son monumentos pero si requieren infraestructura, entonces el Ministerio de Economía y el Ministerio de salud ha trabajado en algo para aprobar esas fichas técnicas estándar de modo que cualquiera en la cual se necesita un proyecto utilice esta ficha estándar y el modelo y todos los procesos ya están aprobados simplemente es adaptar eso a una realidad específica por eso esto acelera bastante el proceso de formulación y evaluación de modo que cuando se consiga el financiamiento rápidamente se ejecuta estos proyectos.

Otro punto que hemos trabajado fuertemente es la adquisición de camas multipropósito 136 millones casi todos ejecutados y esto era muy importante en el contexto de la pandemia. En el sentido de que la gestión de la inversión pública tradicional no hubiera estado acorde a los tiempos que necesitaba la emergencia

entonces esto se aprobó con el ministerio de salud creemos que es un buen punto en el sentido de que ya se ejecutó entonces ya están los activos en los hospitales.

El Ministerio de Economía a puesto a disposición especialistas en salud en proyectos en sector salud para que las regiones, los gobiernos municipales y también el ministerio de salud cuando planteen proyectos aceleren en la fase de análisis, diseño de modo que la ejecución no se paralice. Eso es lo que quería mencionarles en esta parte de las inversiones en salud como mencionamos y como menciono el señor Ministro. El Ministerio de Economía es quien administra los recursos, quien pide las actualidades, quien las brechas es el Ministerio de Salud, nosotros lo acompañamos en este proceso, pero por especialidad. Ellos tienen justamente el conocimiento, la especialización para definir donde se prioriza, donde hay más necesidad básicamente eso quería mencionarle.

Congresista Jorge Pérez

Saludo al ministro y a las personas que lo acompañan, primero que nada, hay que entender el problema de la salud. Cuando hablamos de salud hablamos de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Cuando uno habla de vacunas es el primer escalón del tratamiento de una enfermedad que se llama prevención; lo que estamos evaluando es una parte de la salud dentro de los cinco componentes de las partidas que tiene que brindar el servicio de salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pero para poder brindar estos cinco componentes de trabajo, tenemos la Infraestructura cuya Brecha histórica es muy grande, la brecha de equipamiento de la misma forma y la de recursos humanos más de 14,000 médicos que los hay en ese sentido existe una palabra que se llama priorización y la priorización está directamente relacionada a la sensibilidad de quien ejerce ahora la rectoría, quien ejerce ahora el mando sobre lo recaudado; porque en ese mismo afán como es que se ha destinado más de 60,000 millones de soles para reactivar empresas, muchas de ellas empresas han sido destruidas por pandemia que no representan un gran porcentaje porque la gran fortuna de esta reactivación a donde iba a empresas multimillonarias que de por sí ya son multimillonarias y ahora la pandemia se ha vuelto más multimillonaria y ahí nos escatiman ahí no hay que si yo no fabrico dinero. Claro, definitivamente el doctor ha llegado en un momento de crisis, el ministro ha llegado en un momento de crisis, pero esta crisis amerita evaluar la situación de fondo, tenemos un plan de reestructuración a corto plazo, con respecto a los hospitales. Porque cuánto cuesta un hospital en el Perú, cuesta primero que nada en el tema de tiempo 14 años promedio para hacer un hospital en el Perú NRO. 1 y en el término de costo un hospital nivel 2 nivel 3 está bordeando los 400 millones de soles. Los amigos de MINSA de ESSALUD y de algunas instituciones que son no responsables de cerrar esa brecha, dijeron bueno acá tenemos hospitales de 30 millones de soles que dan la misma resolutivez, obviamente su tiempo de vida es de 20 - 30 años pero comencemos a trabajar en ello y ya no hagamos hospitales de 400 millones hagamos hospitales de 30, 40 millones; pero hagamos más hospitales, mas establecimientos de Salud, más redes integrales, fortalezcamos ahorita el primer nivel de atención. y ese es el tema porque cuando fortalecemos el primer nivel de atención, activamos

las redes integrales de salud, comenzamos a darles servicio no que no se caigan las carteras de servicio productividad a ver que cardiólogo le falta neurólogos, neumólogos intensivistas. El ministerio de trabajo el Ministerio de salud comenzara a articular es que realmente se nota el trabajo de quien si dice yo decido yo priorizo y eso es lo que nosotros estamos criticando de una sana critica, con mucha responsabilidad, no lo decimos por decir igual como manejan sus datos estadísticos económicos, nosotros le dejamos la data estadística de ESSALUD y en este momento donde tenemos más de 150,000 muertos a causa del coronavirus, donde tenemos por cáncer solamente ahorita en el acumulado tenemos más de 60,000 muertos por cáncer donde 20 millones de soles se han tirado a la basura porque sabe que la cartera de servicios de cáncer se fue no hubo atención a los pacientes con cáncer y el 60% de pacientes por cáncer sabe porque murió por falta de cirugía no hay plan de reactivación por eso un poco enfático y larga mi intervención pero hay que hacer entender a los economistas un poco de salud. La idea acá no es malograr, ni fastidiar a nadie, es simplemente para que priorice en el más breve plazo y comprometa por lo menos hasta diciembre. Primero del ejecutivo para que se pueda invertir y solucionar el tema de las brechas. En el 2017 nosotros que vivimos en la zona costera Piura tumbes, Chiclayo, Lambayeque, Trujillo, Chimbote el niño costero nos arraso; en mi región 29 establecimientos de SALUD está en reconstrucción con cambios todos están con sus expedientes pero no hay plata para invertir, del año 2017 no es de ayer y ellos han seguido, han seguido su debido proceso, sus expedientes técnicos algunos de ellos ya fenecieron sus tiempos entonces a que llamamos prioridad, a gastar más plata y la pregunta es acaso ganar dinero en salud es gasto se llama inversión recupera más del 13 o 15% de la plata que uno invierte no es eso salud no es gastar dinero es invertir porque si nosotros fortalecemos el primer nivel de atención el 70% de las enfermedades crónicas simplemente se desvanece.

Hay que entender un poco el tema de la salud para poder hablar de ella y está bien porque todos no conocemos mucho, sin embargo, muy atrevido de su parte señor ministro, decir ustedes aprobaron el presupuesto, perdón, primero que nada, el congreso no tiene iniciativa de gasto, donde está el tema de que nosotros estamos malogrando la economía nacional. Nosotros como legisladores no podemos hacer una ley de iniciativa de gasto. Nosotros no somos los ejecutores, nosotros no le damos la plata ha Reactiva Perú a Empresas multimillonarias, nosotros estamos acá por un mandato del pueblo, nosotros representamos al pueblo a ustedes los ha puesto el señor Presidente de la República. Nosotros venimos acá a luchar por lo que representa el bien social, el bien común. La Salud cuesta, la salud no es gratis y ese costo se traduce en vidas, vidas, que no hemos sabido cumplir que no hemos estado a la altura porque acá en el Perú han muerto más personas que en otros países, cuyos problemas económicos son mucho más álgidos. Quisiera saber de todo el dinero destinado para la Pandemia que sé que es más del 17 % del producto bruto interno cuanto se ha invertido realmente en salud y según los datos que tengo por lo menos no llega ni siquiera al 1% entonces donde está la priorización.

Ministro de Economía y Finanzas Waldo Mendoza Bellido

El congresista Pérez es especialista en la salud le he escuchado con mucha atención tiene toda la razón y no hay que confiarnos con este virus hay cosas que no sabemos de este virus por eso que estamos comprando vacunas por eso es que estamos destinando buena parte del presupuesto para comprar vacunas y de dónde saca el congresista que el gobierno ha gastado 70,000 millones de soles en apoyar a las empresas los 70,000 millones de soles son la garantía que ha dado el estado por los préstamos a través de distintas operaciones. Cuando va a gastar efectivamente el estado cuando las empresas no paguen sus créditos cuanto será eso 5%, 10% cuando se gastara eso 2023, 2024, 2025 en ese momento se hará el gasto público. Que hubiera sido de este país si el Banco Central de Reserva si el Ministerio de Economía y Finanzas no pudieran hecho lo que han hecho el año pasado, todos los periódicos, todas las revistas, todos entendidos; no hay una persona entendida que diga que esa política ha sido mal hecha. Gracias a eso que ha hecho el gobierno es que ahora la economía se está recuperando, si no hubiera echo eso el gobierno, la economía seguiría paralizada, el empleo seguiría peor de lo que está. Ese programa que hicieron Banco Central junto con el Ministerio de Economía y Finanzas esos fueron uno de los programas más reconocidos internacionalmente. El MEF no prioriza, la distribución del presupuesto entre los sectores se hace primero en el Consejo de Ministros. El Consejo de Ministros determina cuanto se da a un sector, cuanto se va a otro sector y cuando el Consejo de Ministros prepara la Ley de Presupuesto esa Ley de Presupuesto es enviada al Congreso y el Congreso es el que aprueba o desaprueba o cambia la composición de ese gasto, de esa Ley de Presupuesto desde el momento que el congreso aprueba la ley de presupuesto es una Ley aprobada por el Congreso. La segunda media década de los 80 nos ha enseñado que la mezcla de la buena voluntad y la ignorancia produce un caos macroeconómico en esos años también por desconocimiento, por desinformación se hicieron pésimas políticas macroeconómicas que nos condujeron a una hiperinflación la peor crisis de la historia. Hay políticas bien intencionadas aparentemente que pueden ser dañinas la manera como se elabora un presupuesto es muy importantísimo para no decir cosas que no son exactas y por ultimo a propósito de priorización que hay que priorizar en un país que como lo ha dicho el congresista tiene la tasa de fallecidos por millón de habitantes más altas del mundo que es lo que hay que priorizar construir caminos, carreteras, hacer cosas de ese tipo, o invertir la poca plata que tenemos en la emergencia. Eso es lo que ha decidido el gobierno de transición, ha decidido poner la poca plata que hay priorizando en emergencia sanitaria. Por eso que podemos decir ahora que tenemos hoy muchas más camas UCI de las que teníamos tenemos camas de alto flujo, tenemos oxígeno y tenemos vacunas.

Congresista Jorge Pérez

Presidente entiendo que el desmerecimiento es lo único que le queda al Ministro para poder no contestar lo que le hemos preguntado entiendo su bajo nivel de sensibilidad social, entiendo que los números le apabullan más que otra cosa pero para poder gastar, para poder invertir se necesita seres humanos se necesita vida en ese sentido obviamente no me siento ni aludido ni nada.

Sin embargo señor Presidente creo que no me ha contestado y es necesario ratificar cuanto es lo que se ha invertido desde su cartera en términos concretos monetarios, cuál es la inversión de su cartera que ha priorizado en el tema de la salud, ahora que nos concrete porque es que no se invierte en el tema de salud y cuanto es lo urgente que se ha invertido considerando que hay un presupuesto que se asignó para la pandemia para la COVID 19 entiendo es el 17% del producto bruto interno y cuanto es lo que se destinó a salud eso es básicamente.

ministro de economía y Finanzas señor Waldo Mendoza

El Ministerio de Economía insisto no distribuye plata no tiene plata el gobierno ha destinado 5,000 millones de soles adicionales a su presupuesto solo en lo que va del año respecto a las obras de inversión pública Daniel Leiva en su exposición a presentado todas las cifras así que podemos enviárselas señor Presidente

Congresista Jorge Pérez

Entiendo que existe un Plan de Inversión en Hospitales modulares en PRONIS y adicionalmente y también un Plan de inversión en reconstrucción con Cambios quiero saber cuánto es lo que se ha destinado para poder cerrar esta brecha de infraestructura que además son Hospitales Modulares que es básicamente la idea y a nivel de Reconstrucción con Cambios ellos han hecho todo un trabajo de inversión ya en hacernos los expedientes técnicos. Me gustaría que me detalle al respecto en los dos temas PRONIS y Reconstrucción con Cambios con respecto a inversión en infraestructura de Salud.

Presidente

Si bien es cierto el Ministro de Economía y Finanzas ha abierto una Mesa de Trabajo Técnica entre la Comisión de Salud donde el Congresista Pérez estaba integrando este Grupo de Trabajo conjuntamente con el Programa de Inversiones de Salud en las diferentes reuniones nos indica también el Director de PRONIS que han enviado bastantes expedientes y no hay el Presupuesto específico para poder realizar estos proyecto de inversión en el programa nacional de inversión y desarrollo.

Ministro de Economía y Finanzas

El Ministerio de Economía y Finanzas distribuyendo de recursos que se han aprobado en el Presupuesto de la República aprobado en el Congreso el año pasado lo estamos haciendo escrupulosamente, es la tarea que se nos asignó distribuir los recursos que están en el presupuesto del año 2021. Si esos pedidos, si esa demanda adicional no está en ese presupuesto, no estamos atendiendo ninguna demanda adicional porque estamos en medio de emergencia. Explique hace un momento, que toda la demanda adicional lo estamos asignando solamente a los temas de emergencia sanitaria. Yo recibo muchos alcaldes, gobernadores los atiendo les explico si los libros solicitados están en el presupuesto por supuesto nuestro deber atenderlo en algunos casos hay posibilidades de hacer alguna reorientación presupuestal en esa tarea también los apoyamos, pero no estamos atendiendo demandas adicionales. Sin embargo, quiero dejar la palabra a Daniel para que compromete en la respuesta a la pregunta del Congresista.

Señor Daniel Mendoza

respecto al ARC por ejemplo que se tiene una cartera aprobada de proyectos y también tiene una cartera aprobada en el sentido de que tiene proyectos que requieren financiamiento y todos estos proyectos no los que no entraron en la Ley de Presupuesto ellos lo canalizan al Ministerio de Economía, como demandas adicionales y en ese caso el , como lo menciona el señor Ministro estas demandas adicionales no pueden ser atendidas en este momento porque no existe presupuesto para esas demandas adicionales. En el caso de PRONIS tiene una cartera de proyectos también aprobada en la Ley de Presupuesto y también tiene una cartera adicional para demandas adicionales lo que nosotros hacemos el Ministerio de Economía es apoyarlos a ver de dónde pueden obtener recursos dentro del sector para ver si se pueden mover las partidas que no se van a gastar y se prioricen o se compensan con algún tipo de demanda que existen internamente. Entonces en ese sentido, se ha estado trabajando con el MINSa y por eso como les mencionaba anteriormente se obtuvo un movimiento presupuestal de modo que se pudo financiar algunos otros proyectos que ya estaban en cartera priorizados por el MINSa. Entonces efectivamente el señor Ministro el señor Congresista menciona que hay una demanda pronosticada hay una brecha y ojo la brecha es mucho más grande que la demanda adicional que presentan los sectores eso es cierto como les mencionaba como país en vías de desarrollo estamos recién cubriendo a nivel nacional 5% según los planes de competitividad con el presupuesto cerrar el 5% de la brecha gigante que tenemos como país para equipararnos con un país desarrollado entonces en esa brecha enorme los recursos se asignan de alguna forma priorizándose y lo que necesitamos es generar más recursos.

Congresista Tania Rodas

Saludar por su intermedio a mis colegas congresistas igualmente al señor Ministro de Salud y a su equipo Técnico. Hoy los más de 33 millones de peruanos queremos salud, pero con un enfoque integral, no con un enfoque de una solución por retazos o por partes. Acabo de llegar de la región Loreto y he podido ver insitu la triste realidad por la cual atraviesa el sector salud en nuestro país un primer nivel de atención de segundo nivel y tercer nivel total mente olvidado donde no ha llegado el estado. Solo la sociedad civil organizada la iglesia católica, la empresa privada ha tenido que unir esfuerzos para comprar las plantas de oxígeno, incluso para comprar medicamentos y poder cubrir esas deficiencias y esas falencias que tiene el estado. Tenemos un pueblo que se muere de hambre, que se muere por falta de acceso a un sistema de salud un seguro integral de salud que no funciona adecuadamente. Debemos de llegar y aterrizar a hechos concretos donde la salud se ponga en primer lugar, aún nuestros hermanos y hermanas peruanas siguen esperando un ventilador mecánico, siguen esperando una cama de hospitalización y siguen esperando oxígeno. Es importante recordar que el 26 de mayo del 2021 el gobierno anuncio medidas por 1,230 millones para continuar con la reactivación económica, generar empleo y brindar atención de salud; sin embargo los 388 millones fueron asignados o designados y transferidos 250 millones mediante el decreto de urgencia 046-2021 para el seguro integral de ESSALUD; otros 171 para fortalecer el proceso de vacunación contra la COVID 19 y 138 millones para financiar 08 proyectos para continuidad y culminación de obras. De Estos 250 millones según el decreto de urgencia 046 fueron destinados a Requena, Ucayali los centros de salud Bolognesi Ucayali entre otros. El señor Ministro acaba de anunciar en este momento y también por los diferentes diarios o por los diferentes medios de comunicación más de 5,000 millones de soles los anuncios parecen pues cuantiosos y deben ser puestos en el contexto de la Pandemia para comprender su importancia y magnitud. En primer lugar, los 5,000 millones no alcanzan para cerrar el déficit del presupuesto del 2021 hay que tomar en consideración que el presupuesto ejecutado del año 2020 ascendió a más de 27,000 millones. Sin embargo, el presupuesto de inicio para el año 2,021 ha sido de solo 20,900 millones, si al presupuesto del año 2021 señor Presidente se le agregara los 5,000 millones que anunciara el día de hoy el señor ministro de economía aún no se alcanzaría el monto total gastado del año 2020. En ese sentido a pesar de los 5,000 millones se mantiene el déficit presupuestal que además se ha incrementado porque se ha presentado el pico más alto de la pandemia y se han realizado desembolsos para la compra de las vacunas es de esperar que el gasto señor presidente ESSALUD para el presente año sobrepase los 27.000 millones de soles y aquí voy señor Presidente . La pregunta sería que ha hecho el ejecutivo ha implementado decretos de urgencia decretos supremos porque ellos tienen como se dice el sartén no, el mango del sartén lo tienen ellos entonces aquí no se puede ignorar y decir el Congreso fue el que aprobó efectivamente el congreso lo aprueba pero el ejecutivo tiene una serie de mecanismos para poder asignar y poder hacer decretos de urgencia y decretos supremos para cubrir y acomodar y poder delinear y poder dirigir esta economía hacia el sector salud señor Presidente . En segundo lugar el destino del gasto no

impactara inmediata y directamente en el fortalecimiento en la oferta de servicios de ESSALUD de los 250 millones de soles destinados al seguro integral de ESSALUD NO IMPLICA UN INCREMENTEO de la oferta de servicios de salud porque el seguro integral de salud señor presidente según decreto de urgencia 058-2011-pcM es un organismo público especializado que funciona como un fondo del Ministerio de Economía y Finanzas gestionado por el MINSA es decir al ser un fondo de alivio a la pobreza realiza su función mediante la compra parcial de servicios de proveedores de atención medica sean privados estos o públicos las compras se realizan en función de planes como el Plan esencial el Plan complementario y el de alto costo y los reembolsos a los servicios privados se realizan sobre el gasto total del paciente en cambio para el sector público se reembolsa una parte de ese gasto referidos sobre todo a los medicamentos los insumos laboratorios y alimentos entre otros. Sin embargo, señor presidente el problema es que hay escasez de oferta en consecuencia señor presidente la afiliación al seguro integral de salud no asegura a qué el paciente obtenga la atención médica o que no realice gastos del bolsillo. Hay muchos pacientes muchos familiares muchos conocidos que nos han referido a nosotros que tienen que gastar señor presidente además parte de esos 250 millones son usados con fines administrativos como por ejemplo el pago de viáticos a los funcionarios de la RENIEC para que otorguen DNI a los indocumentados que se les de el DNI en las comunidades de la selva y alto andina que está bien si pero hay prioridades ahorita el rol importante es atender a todos señor Presidente esto se hace para cruzar información de los ciudadanos entre LA RENIEC y ESSALUD la finalidad de tener un padrón de ciudadanos que aún no tienen ningún tipo de seguro de esa manera afiliarlos al SIS y también para afiliar a los ciudadanos que por diversos motivos aun no lo han hecho señor Presidente al margen del financiamiento la contribución del decreto de urgencia el 046-2021 ROMPE EL esquema ideológico del aseguramiento mercantilista porque elimina los planes de cobertura para recibir la atención medica los planes son un listado de daños que el SIS debería de reembolsar en sentido contrario se excluye otra serie de daños que el seguro integral de salud no paga esta anomalía señor presidente es violatoria de los derechos humanos según la política y el ejercicio de estos derechos. Por tanto el estado no ha debido dejar plasmados en una norma el abandono a los pacientes que sufren daños que no están excluidos en algún plan señor presidente en tercer lugar los 138 millones destinados a establecer la demanda de los servicios de ESSALUD de los 8 establecimientos de ESSALUD que fueron referidos según el decreto de urgencia y donde fue designado el dinero a pesar de ser obras imprescindibles señor Presidente redundara en ek incremento de la oferta recién al mediano plazo ese escenario aun es necesario señor presidente agregar presupuesto para el incremento del personal para evitar que queden como elefantes blancos y es importante señor presidente recalcar y sobre todo decirle en cuanto a la vacunación y eso he recibido este informe directamente del director regional salud de Loreto el Dr. CALANTA quien refiere que el vio su plan de vacunación hacia el Ministerio de salud y este ha sido dejado de lado señor presidente.

SIGUIENTE PUNTO.

Presentación de la Señora CECILIA MÁ CÁRDENAS, Jefa del Seguro Integral de Salud – SIS, e informe sobre LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN EL PAÍS.

Sr. secretario técnico, haga las coordinaciones a fin de que la señora **CECILIA MÁ CÁRDENAS** puedan acceder a la Plataforma Virtual.

Expuso sobre su sector de los beneficios y cambios dentro de la estructura del seguro integral de salud, no hubo preguntas de parte de los miembros de la comisión de salud

SIGUIENTE PUNTO.

DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA LOS ARTÍCULOS 7, 8 Y 20 DE LA LEY 29459, LEY DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, EN MATERIA DE ROTULADO ESPECIAL Y ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA.

La Autógrafa se remitió al Presidente de la República el 15 de marzo del 2021; de conformidad con el artículo 108º de la Constitución Política del Estado, contando con quince (15) días para promulgarla u observarla, así el 06 de abril del 2021, presenta la observación a la autógrafa remitida.

OBSERVACIONES FORMULADAS POR EL PODER EJECUTIVO.

Primero. Señalan que el acceso equitativo a los medicamentos es un requisito para el acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud. Contar con medicamentos de calidad, seguros y eficaces constituye uno de los desafíos sociales más importantes para el país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que un individuo tiene acceso cuando se logra accesibilidad geográfica, disponibilidad física, precio asequible, prescripción adecuada y uso racional.

Por lo tanto, la oferta efectiva de los productos farmacéuticos forma parte importante del cumplimiento al derecho fundamental de la salud, por lo cual es necesario implementar estrategias para obtener un acceso igualitario a los servicios y productos de salud, para la prevención y tratamiento de las enfermedades.

En ese sentido, también menciona que es importante promover/incluir en el envase mediato de los productos la identificación del nombre en Denominación Común Internacional (DCI), a fin de, entre otros beneficios, incentivar en la

población la identificación del medicamento, disminuyendo la confusión o falsa expectativa que podría originar con los nombres de marca (fantasía o comercial). No obstante, resulta necesario tomar en consideración los compromisos comerciales internacionales del Perú en el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC), la Comunidad Andina (CAN), así como de los acuerdos bilaterales que ha suscrito, en particular respecto de las obligaciones establecidas en el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (Acuerdo OTC), igualmente en materia de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo ADPIC), a fin de no incurrir en transgresiones a dichas obligaciones comerciales internacionales.

Segunda. Por otro lado, la Autógrafa de Ley contiene disposiciones que califican como reglamento técnico, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo OTC y la Decisión 827 de la Comunidad Andina, por lo que deberán observarse las disposiciones referentes a transparencia y notificación contenidas en el artículo 2.9 del Acuerdo OTC de la OMC y el artículo 12 de la Decisión 827 de la CAN.

Por otra parte, hace mención que el artículo 2.9.2. del Acuerdo OTC establece que, en todos los casos en que el contenido técnico de un reglamento técnico en proyecto no esté en conformidad con el contenido técnico de las normas internacionales pertinentes, y siempre que dicho reglamento técnico pueda tener un efecto significativo en el comercio de otros países miembros, los países notificarán a los demás Miembros, por conducto de la Secretaría, el reglamento técnico en proyecto. Dicha notificación deberá hacerse en una etapa convenientemente temprana, a fin de que los países miembros de la OMC puedan remitir sus observaciones al proyecto y puedan introducirse modificaciones.

También señala que, se debe tener presente que el artículo 12 de la Decisión 827 de la Comunidad Andina (CAN) establece que los Países Miembros notificarán, a través del Sistema de Información de Notificación y Reglamentación Técnica (SIRT), los proyectos de reglamentos técnicos que pretendan adoptar y deberán conceder un mínimo de sesenta (60) días calendario antes de su publicación oficial a fin de que cualquier interesado pueda presentar sus observaciones. Por lo tanto, independientemente de que el reglamento técnico en proyecto esté o no en conformidad con el contenido técnico de las normas internacionales pertinentes, este debe notificarse al menos con 60 días de anticipación en cumplimiento de la normativa comunitaria andina.

Por lo tanto, en caso de adoptarse la propuesta contenida en la Autógrafa de Ley, correspondería notificarla como reglamento técnico en proyecto a la OMC y dar un plazo prudencial de sesenta (60) días para que los demás Países

Miembros de la OMC puedan formular observaciones por escrito, antes de que la medida entre efectivamente en vigencia. Adicionalmente, cabe mencionar que esta obligación de notificación también está prevista en los Acuerdos Comerciales Bilaterales suscritos por el Perú con sus principales socios comerciales.

Tercera. Se Hace referencia que, en concordancia con el artículo 10 de la Decisión 827, todos los reglamentos técnicos entrarán en vigencia en un plazo no menor a seis (6) meses desde su publicación. Es decir, considerando que la autógrafa establece un plazo de implementación no mayor de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del día siguiente de la entrada en vigencia de la ley, de aprobarse la presente Autógrafa de Ley significaría que el Perú estaría incumpliendo lo establecido en el ordenamiento jurídico comunitario andino, que tiene naturaleza supranacional.

Menciona también, que, de acuerdo al texto de la Autógrafa de Ley, la misma tiene como objetivo el promover la transparencia de la información contenida en el rotulado de los medicamentos que contribuya en la prescripción y uso racional de los mismos. En tal sentido, correspondería a las autoridades nacionales competentes (MINSA - DIGEMID), evaluar: i) si el mismo constituye o no un objetivo legítimo; y, ii) si la medida propuesta en la Autógrafa contribuye a alcanzar dicho objetivo.

Cuarta. Tal observación está referida a la modificación del artículo 7 de la Ley N°29459 (que incluye el nombre del producto del que trate, según su DCI, en formato y letras claras, legibles y de tamaño no menor que el nombre de marca), y sin perjuicio de lo antes manifestado, no se aprecia que exista justificación/evidencia científica o técnica que sustente que la medida indicada en la modificación del referido artículo contribuya a alcanzar el objetivo legítimo de la Autógrafa de Ley. Es decir, de considerarse que no existe un objetivo legítimo, o aun habiéndolo, dado que no existe evidencia que sustente la medida propuesta, la misma podría no ser la menos restrictiva al comercio para alcanzar dicho objetivo, por lo que contravendría lo establecido en el artículo 2.2 del Acuerdo OTC

Quinta. Este cuestionamiento menciona que, en materia del Acuerdo ADPIC, la modificación que la Autógrafa plantea al artículo 7 de la Ley N° 29459 respecto al rotulado de los envases mediatos de los medicamentos con el nombre del producto del que se trate, según su denominación común internacional (DCI), en formato y letras claras, legibles y de un tamaño no menor que el nombre de marca, si lo tuviera; podría constituir una complicación al uso de una marca y, de ser este el caso, deberá estar debidamente justificada para considerarse compatible con el artículo 20 del Acuerdo sobre los ADPIC.

Sexta. La presente observación plantea que debe tenerse presente que la modificatoria del artículo 20 de la Ley N°29459, no resultaría necesaria, dado que la implementación gradual ya se encuentra regulada en la citada Ley y en el Reglamento que regula la intercambiabilidad de medicamentos, aprobado por Decreto Supremo N°024-2018-SA.

Además, en dicha observación se advierte que, el proyecto podría generar barreras de acceso innecesarias incrementando los costos de los medicamentos comercializados en el país, lo cual resultará perjudicial para los consumidores/pacientes.

Séptima- Finalmente, este cuestionamiento señala que se debe tener en cuenta lo mencionado por la DIGEMID en relación a los aspectos de la Autógrafa de Ley ya regulados, como es el caso de la intercambiabilidad de medicamentos, cuyo Reglamento fue aprobado por el Decreto Supremo N°024-2018- SA. Más aún, que con Resolución Ministerial N°404-2021/MINSA, se ha aprobado el listado de medicamentos para la exigencia de la presentación de estudios de equivalencia terapéutica para demostrar la intercambiabilidad, en el marco de lo dispuesto en la Séptima Disposición Complementaria Final de dicho Reglamento.

También refiere que, en dicha situación también se encuentran los aspectos concernientes al rotulado de los productos farmacéuticos, cuyas condiciones de impresión y contenido de información técnica se encuentran regulados en el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado con Decreto Supremo N°016-2011-SA y modificatorias.

Respuesta de la Comisión (punto 1).

En efecto, la incorporación de la Denominación Común Internacional (DCI) en el envase mediato de los productos farmacéuticos, es uno de los principales aspectos que promueve la Autógrafa (ahora observada), pues se considera que dicha disposición posibilitará que los consumidores de los productos de la salud obtengan la información idónea que les permita adoptar las decisiones más convenientes para el cuidado y recuperación de la salud, lo cual permitiría reducir considerablemente la asimetría informativa que se produce en los supuestos de falla del mercado, lo que efectivamente sucede en nuestro país, y que ha sido materia de amplios pronunciamientos especializados; razón por la cual, creemos que en este punto –que es, como lo hemos señalado líneas arriba, de suma importancia para la consecución de los objetivos planteados– tanto el Poder Ejecutivo como el Poder Legislativo, este último representado por la Comisión de Salud y Población, coinciden plenamente en las cuestiones de fondo de la Autógrafa.

Ahora bien, este punto de las observaciones, infiere también que la propuesta de incluir la identificación en DCI de los productos farmacéuticos, debe tener en consideración los compromisos comerciales internacionales del Perú en el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC), la Comunidad Andina (CAN), así como de los acuerdos bilaterales que ha suscrito nuestro país, en especial, respecto del Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (Acuerdo OTC) y del Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio.

Al respecto, dicha observación no ha mencionado directa ni indirectamente que el contenido de la Autógrafa trasgreda tales compromisos internacionales o acuerdos bilaterales –o pueda existir una trasgresión inminente en aspectos de fondo de los mismos–, ni que se haya vulnerado algún reglamento, protocolo o manual técnico de carácter nacional. Por el contrario, su formulación está dentro del marco jurídico supranacional mencionado (como lo desarrollaremos en los siguientes puntos), así como en concordancia con nuestra Constitución Política de Estado, que en su artículo 65^o, protege el interés de los consumidores y usuarios y salvaguarda el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentren a disposición en el mercado, con especial énfasis en materia de salud y seguridad.

La Comisión de Salud y Población desvirtúa la observación planteada por el Poder Ejecutivo e **INSISTE EN EL CONTENIDO DE LA AUTÓGRAFA.**

Respuesta de la Comisión (puntos 2 y 3).

Los puntos 2 y 3 del oficio que contiene las observaciones de la Autógrafa, están relacionados a cuestiones formales, como, por ejemplo, la necesidad de que se cumplan los plazos establecidos en los compromisos comerciales internacionales y los acuerdos bilaterales que el Estado ha suscrito, en especial, porque habría disposiciones que califican como reglamento técnico y, de ser el caso, correspondería su notificación a los organismos internacionales competentes.

Sobre el particular, debemos mencionar que el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC), en el primer punto de su Anexo 1, define el concepto de “reglamento técnico”, como:

“Documento en el que se establecen las características de un producto o los procesos y métodos de producción con ellas relacionados, con inclusión de las disposiciones administrativas aplicables, y cuya observancia es obligatoria. También puede incluir prescripciones en materia de terminología, símbolos, embalaje, marcado o etiquetado aplicables a un producto, proceso o método de producción, o tratar exclusivamente de ellas”.

Así también, se debe tener en consideración lo establecido por el Órgano de Apelaciones de la Organización Mundial del Comercio (OMC), con respecto a los criterios que debe cumplir un documento para ser considerado “reglamento técnico”.

En este marco, e independientemente de que la norma observada pueda ser considerada un reglamento técnico según las consideraciones antes expuestas, tal calificación no es impedimento para que el órgano legislativo de un Estado pueda establecer regulaciones legítimas en un determinado sector nacional –como en este caso, en la industria farmacéutica–; razonamiento que se condice con lo establecido en el artículo 2.2. del Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC) , que hace referencia al derecho de los países miembros de adoptar medidas regulatorias, siempre que dichas proposiciones no restrinjan el comercio más de lo necesario.

Con respecto a los plazos que se requieren para cumplir con las notificaciones en el marco de los compromisos supranacionales y los acuerdos bilaterales que el Estado ha suscrito, corresponde ampliar el periodo de implementación de la norma a fin de cumplir con los procedimientos correspondientes.

La Comisión de Salud y Población desvirtúa la observación planteada por el Poder Ejecutivo e **INSISTE Y SE ALLANA EN PARTE EN EL CONTENIDO DE LA AUTÓGRAFA**

Respuesta de la Comisión (puntos 4 y 5).

Los puntos 4 y 5 de las observaciones del Poder Ejecutivo a la Autógrafa materia de análisis, están relacionados a la modificación del artículo 7 de la Ley Nº 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, en razón de que no existiría un “objetivo legítimo” que sustente la medida propuesta sobre la consignación de la Denominación Común Internacional (DCI) en el rotulado de los envases mediatos de medicamentos y que dicha medida podría constituir una complicación al uso de una marca.

Al respecto, debemos subrayar que el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC) señala textualmente cuales son los objetivos legítimos de un Estado para adoptar medidas de carácter regulatorio en el sector comercio; en los siguientes términos:

“Los Miembros se asegurarán de que no se elaboren, adopten o apliquen reglamentos técnicos que tengan por objeto o efecto crear obstáculos innecesarios al comercio internacional. A tal fin, los reglamentos técnicos no restringirán el comercio más de lo necesario para alcanzar un objetivo legítimo, teniendo en cuenta los riesgos que crearía no alcanzarlo. Tales objetivos legítimos son, entre otros: los imperativos de la seguridad nacional; la

prevención de prácticas que puedan inducir a error; la protección de la salud o seguridad humanas, de la vida o la salud animal o vegetal, o del medio ambiente”.

Como se puede apreciar, el Acuerdo OTC enumera de manera textual diversos “objetivos legítimos” que justificarían la aprobación de un reglamento técnico en materia de regulación del comercio, de manera tal que podemos analizar la compatibilidad entre la Autógrafa y el instrumento internacional de forma clara y precisa.

La Comisión de Salud y Población desvirtúa la observación planteada por el Poder Ejecutivo e **INSISTE EN EL CONTENIDO DE LA AUTÓGRAFA.**

Respuesta de la Comisión (puntos 6 y 7).

Con respecto a los puntos 6 y 7 de las observaciones de la Autógrafa de Ley, se puede apreciar que estos están referidos a la modificación del artículo 20 de la Ley N° 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, que propone que la Autoridad Nacional de Salud (ANS), a propuesta Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), publique anualmente un listado mínimo de diez (10) medicamentos que deberán presentar estudios de bioequivalencia y equivalencia terapéutica.

El tal sentido, el Poder Ejecutivo manifestó escuetamente que dicha propuesta no resultaría necesaria, puesto que la intercambiabilidad de medicamentos actualmente se encuentra regulada por medio del Decreto Supremo N° 024-2018-SA, publicado el 15 de septiembre de 2018, que aprueba el Reglamento de Intercambiabilidad de Medicamentos, el cual consta de 5 títulos, 27 artículos y 9 disposiciones complementarias finales.

Efectivamente, como se ha señalado líneas arriba, existe regulación sobre los procedimientos de bioequivalencia y equivalencia terapéutica en el país, que permiten establecer la intercambiabilidad de los medicamentos genéricos; inclusive la última medida normativa complementaria ha sido aprobada hace aproximadamente sesenta (60) días. Sin embargo, tales esfuerzos no han garantizado la progresividad de los estudios, y por consecuencia, continua la problemática nacional sobre la posibilidad de que los medicamentos genéricos no surtan efecto. Es en ese sentido, que surge la necesidad establecer la continuidad de los estudios de equivalencia terapéutica por medio de norma con rango de ley, que permita abarcar la mayor cantidad de moléculas pendientes de estudio en el país, siendo necesario que se publique anualmente un listado mínimo de medicamentos que tendrán que sustentar sus estudios de bioequivalencia, en salvaguarda de los consumidores y la salud pública.

La Comisión de Salud y Población desvirtúa la observación planteada por el Poder Ejecutivo e **INSISTE EN EL CONTENIDO DE LA AUTÓGRAFA.**

En mérito al análisis expuesto en detalle, a la fecha, se ha podido verificar el cumplimiento a las expectativas y propósito de la presente Autógrafa de Ley y por las consideraciones expuestas, la Comisión de Salud y Población del Congreso, de conformidad con el Acuerdo N° 080-2003-2004/CONSEJO-CR, **INSISTE** en el texto de la autógrafa de ley aprobada.

Si algún congresista desea intervenir, les agradeceré solicitar el uso de la palabra únicamente a través del chat de Microsoft TEAMS.

Si no hay observaciones se procede a votar. Sr. secretario técnico proceda

SOMETEMOS A VOTACIÓN NOMINAL

El presente dictamen fue aprobado por unanimidad con la dispensa del acta en la trigésima segunda sesión ordinaria de la Comisión, celebrada el martes 15 de junio de 2021. Votaron a favor los señores congresistas, Omar Merino López, Yessy Nélide Fabian Díaz, Jorge Luis Pérez Flores, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Ángel Gonzáles Santos, Absalón Montoya Guivin, Vigo Gutiérrez Widman Napoleón y Rubén Ramos Zapana

aprobado por unanimidad

HASTA ESTE PUNTO DE LA SESIÓN, PIDO DISPENSA DEL TRÁMITE DE APROBACIÓN DEL ACTA PARA EJECUTAR LO ACORDADO.

VOTACION NOMINAL

La dispensa ha sido aprobada por unanimidad

Si no hay más intervenciones, señores congresistas y no habiendo más temas que tratar, se levanta la sesión, siendo las **15.00 horas**, con **05 minutos.pm**

La transcripción magnetofónica de la sesión a través de la Plataforma Microsoft Teams virtual forma parte del Acta.

