

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN
PERIODO ANUAL DE SESIONES 2020-2021
DICTAMEN N°045-2020-2021/CSP-CR

Señor presidente:

Ha sido remitida para estudio y dictamen de la Comisión de Salud y Población la iniciativa legislativa siguiente:

Proyecto de Ley 6513/2020-CR, presentado por el Congresista Paul Gabriel García Oviedo, integrante del Grupo Parlamentario Acción Popular, que propone la “ **Ley que modifica los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud Ley N° 26842 y garantiza la atención medica de emergencia a personas en condiciones de pobreza extrema y extendiendo las sanciones penales civiles y administrativas a los conductores y personal de los establecimientos de salud infractores del servicio**”.

El presente dictamen fue aprobado por **mayoría** la **NO APROBACIÓN** con la dispensa del acta en la vigésima sexta sesión ordinaria de la Comisión, celebrada el martes 06 de abril de 2021. Votaron a favor los señores congresistas, Omar Merino López, Jorge Luis Pérez Flores, María Teresa Céspedes Cárdenas, Manuel Arturo Merino de Lama, Absalón Montoya Guivin y Tania Rosalía Rodas Malca, en **abstención** los señores congresistas, Yessy Nélide Fabián Díaz, Luís Felipe Castillo Oliva y Miguel Ángel Gonzáles Santos.

I. SITUACIÓN PROCESAL

1.1. Antecedentes

El Proyecto de Ley ingresó a la Comisión de Salud y Población, como única comisión dictaminadora.

PROYECTO DE LEY	INGRESÓ AL ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO	PRIMERA COMISIÓN	SEGUNDA COMISIÓN	FECHA DEL DECRETO DE ENVÍO A COMISION
Ley 6513/2020-CR	21/10/2020	Salud y Población.	-----	23/10/2020

La iniciativa legislativa materia de dictamen cumple con los requisitos generales y específicos señalados en los artículos 74, 75, 76 y 77 del Reglamento del Congreso de la República, por lo cual se realizó el estudio correspondiente.

1.2. Contenido de la propuesta

El Proyecto de Ley 6513/2020-CR, tiene por objeto la modificación los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud Ley N° 26842 y garantiza la atención medica de emergencia a personas en condiciones de pobreza extrema y extendiendo las sanciones penales civiles y administrativas a los conductores y personal de los establecimientos de salud infractores del servicio, en los siguientes términos:

Artículo 3° Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas **que se encuentren en condiciones de pobreza extrema, empadronadas por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)**, así como indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago.

El Reglamento establece los criterios para determinar la responsabilidad de los conductores y personal de los establecimientos de salud, sin perjuicio **las responsabilidades penales, civiles y administrativas a que hubiere lugar contra el establecimiento de salud público o privado, medico, el profesional sanitario o contra quienes resulten infractores responsables.**

Artículo 39° Los establecimientos de salud sin excepción están obligados a prestar atención médico quirúrgica de emergencia a quien la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Estos establecimientos de salud, después de atendida la emergencia, tienen derecho a que se les reembolse el monto de los gastos en que hayan incurrido, de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas **que se encuentren en condiciones de pobreza extrema, empadronadas por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)** así como las indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago.

La situación de la salud en nuestro país hoy en día afronta grandes problemas y dificultades. El Estado de emergencia a causa del Covid-19 (coronavirus) ha desnudado la calamitosa situación en la que encuentra el sector Salud en el Perú, correspondiendo a la autoridad de Salud reconocer aquellos más urgentes a fin de plantear estrategias y tomar medidas pertinentes para que la salud en nuestro país deje de ser un privilegio y esté al alcance de todos los peruanos, toda vez que, es Principio fundamental de toda política de salud, garantizar la salud como uno de los derechos básicos de la persona humana, otorgándole la prioridad necesaria.

El derecho a la salud consagrado en la Constitución Política del Perú, Artículo 7°, señala que “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho el respeto a su dignidad y aun régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”. Siendo ello así, resulta hasta abusivo anteponer el cobro por la consulta como condición para la atención, dado que se impondría como de principal importancia el criterio mercantilista para la atención en salud sin considerar que el dinero no es más importante que la vida de las personas.

En ese sentido, se plantea la integración para las personas que se encuentran registradas en el padrón del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), para su atención medica quirúrgica de emergencia cuando lo necesite sin costo alguno.

El Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), administra la información del Padrón General de Hogares (PGH). Este padrón contiene información socioeconómica de los ciudadanos para que los programas sociales y subsidios del Estado identifiquen que personas o grupos poblacionales en situación de pobreza, vulnerabilidad o exclusión, a través de una Clasificación Socioeconómica (CSE), que se hace de los ciudadanos.

En consecuencia, el SISFOH ayuda a identificar personas o grupos poblacionales en situación de pobreza, vulnerabilidad o exclusión, a través de una Clasificación Socioeconómica (CSE). De lo que se extracta que las personas que integran el padrón del SISFOH son personas de bajos recursos económicos con diversas necesidades, a los que el estado debe de brindar atención. Sumado a ello es menester dar un mayor acceso a los servicios de salud a estas personas de escasos recursos económicos, a fin de que puedan atenderse adecuadamente. Es la oportunidad de incorporar los conceptos de humanidad y solidaridad en el trance difícil de estas personas que muchas veces tiene que enfrentar la muerte. No se debe permitir que el mercantilismo y las reglas de la oferta y la demanda predominio ante la obligación que tiene el Estado.

La Constitución Política del Perú, en el artículo 9° establece que “El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud. En el artículo 11° prescribe que el Estado garantiza el libre acceso a la prestación de salud y a pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixtas”.

De igual forma la Ley General de Salud – Ley N° 26842, en su Título Preliminar artículo VIII establece que “*El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores de salud, público o privado*”. Asimismo, el artículo 3° del mismo cuerpo normativo establece que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia, cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o salud. Remite al Reglamento de la Ley, la regulación de criterios para la calificación de la situación de emergencia, las condiciones de reembolso de gastos y las responsabilidades de los conductores de los establecimientos, no existiendo hasta la fecha reglamento alguno.

En su artículo 39° establece que los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención médico-quirúrgica de emergencia, a quien la necesita y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o salud, en las forma y condiciones que establece el Reglamento.

La Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, del 17 de mayo de 1997, en el último párrafo autoriza al Seguro Social de Salud para realizar directa o indirectamente programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos.

Si bien, la Ley General de Salud, establece el derecho a toda persona “a recibir atención médico – quirúrgica de emergencia en cualquier establecimiento de salud, a quien la necesite y mientras subsista el estado grave riesgo para su vida o su salud”, y determina la obligación de estos establecimientos “sin excepción” de brindar tal atención. Las condiciones en las cuales se debe otorgar este servicio dependerán de una evaluación socioeconómica pues el padrón del SISFOH cuenta con padrón de personas evaluadas socioeconómicamente.

II.- OPINIONES E INFORMACIÓN

2.1 Opiniones solicitadas

La Comisión de Salud y Población solicitó opinión a la institución, conforme se detalla a continuación.

Proyecto de Ley 6513/2020-CR		
Institución	N° de oficio	Fecha de envío
MINSA	Oficio N° 765-2020-2021-CSP/CR	13/11/2020
ESSALUD	Oficio N° 766-2020-2021-CSP/CR	13/11/2020
COLEGIO DE MEDICOS DEL PERÚ	Oficio N° 767-2020-2021-CSP/CR	13/11/2020
DEFENSORIA DEL PUEBLO	Oficio N° 768-2020-2021-CSP/CR	13/11/2020

2.2 Opiniones recibidas

a) Opiniones ciudadanas

A la fecha, no se han registrado opiniones ciudadanas en el portal institucional del Congreso de la República.

b) Opiniones institucionales

Proyecto de Ley 6513/2020-CR		
Institución	N° de oficio	Fecha de recepción
DEFENSORÍA DEL PUEBLO	Oficio N° 21-2021-DP/PAD	03/02/2021

Conforme al oficio antes descrito, la Defensoría del Pueblo emite opinión con los siguientes fundamentos:

Sobre la exoneración de todo pago a personas en condiciones de pobreza empadronadas en el SISFOH y el reembolso de los gastos.

Resulta pertinente mencionar que en abril de 2009 se promulgo la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), norma orientada a que toda la población residente del país, acceda a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en base a un Plan Esencial de Aseguramiento en salud (PEAS). El referido plan contempla las prestaciones que como mínimo son financiadas a favor de todos los asegurados, independientemente del régimen de financiamiento al que pertenezcan.

Entre los regímenes de financiamiento regulados se encuentra el régimen subsidiado, orientado a toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza, así como aquella en condición de vulnerabilidad sanitaria, este subsidio cubre las prestaciones incluidas en el PEAS en un 100%.

Sumado a ello, en noviembre de 2019, se publicó el Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud, a través del cual se autoriza al Seguro Integral de Salud (SIS) a afiliarse independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud, garantizándoles a los beneficiarios la cobertura gratuita de PEAS.

En atención a lo señalado, de acuerdo al marco normativo vigente, las personas residentes en el país, en especial las personas en condiciones de pobreza, extrema pobreza y vulnerabilidad, tienen cubiertas las prestaciones de salud, incluidas aquellas que se brindan en situación de emergencia, a través del SIS.

Mediante Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS se aprobó la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01 “Directiva Administrativa que regula el Proceso de filiación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud” que establece la afiliación directa de grupo poblacional determinado por norma expresa o resolución judicial en las que se encuentran las personas en situación de calle, por lo que también su atención se encuentra regulada.

Ahora bien, en atención al reembolso el artículo 3, de la Ley General de Salud N° 26842, modificado por la Ley N° 27604, establece que toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud atención médica quirúrgica de emergencia, indicando que el reembolso de los gastos por la atención recibida se realizará en la forma que señala el reglamento. En ese sentido, el artículo 11 del Reglamento de la Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, aprobado por Decreto Supremo N° 016-2002-SA, establece que en caso la persona atendida esté cubierta por una entidad aseguradora o administradora de financiamiento o por persona natural o jurídica obligada a cubrir la atención de emergencia, el reembolso se solicitará a dichas entidades o personas.

Al encontrarse las personas de extrema pobreza dentro del régimen de financiamiento subsidiado cubierto por el SIS, como entidad aseguradora de acuerdo a lo establecido por la AUS, se debe tener en cuenta que corresponde que el reembolso por la atención médica quirúrgica de emergencia sea cubierto por el SIS, independientemente de si la persona de extrema pobreza que ha sido atendida, se encuentre registrada en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).

Respecto a las responsabilidades penales, civiles y administrativas contra el establecimiento de salud público o privado, médico, el profesional sanitario o contra quienes resulten infractores responsables.

El artículo 3 de la Ley General de Salud señala que el Reglamento establece los criterios para determinar la responsabilidad de los conductores y personal de los establecimientos, sin perjuicio de la denuncia penal a que hubiere lugar contra los infractores, por negarse a brindar una atención de emergencia. Sobre este punto, el Proyecto de Ley N° 6513 propone agregar “sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles y administrativas a que hubiera lugar contra el establecimiento de salud público o privado, medico, el profesional sanitario o contra quienes resulten infractores responsables.

Al respecto, resulta pertinente mencionar que el artículo 3 del Reglamento de la Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, aprobado por Decreto Supremo N° 016-2002-SA, define como conductores responsables de los establecimientos de salud, al Director, Responsable, Representante Legal o autoridad máxima del establecimiento de salud, de acuerdo al Anexo III-A del Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA, se contempla como infracción muy grave el negar o condicionar la atención de salud de un usuario en situación de emergencia. Cabe señalar que la comisión de una infracción muy grave, puede generar una multa de hasta 500 UIT o, con la restricción de uno o más servicios de las IPRESS hasta por seis meses, o, con el cierre temporal de la IPRESS, hasta por un plazo de seis meses, o el cierre definitivo de la IPRESS.

Respecto a las responsabilidades de los profesionales de la salud por la vulneración de derechos en los servicios de salud, cabe mencionar que se rige por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, así como por los códigos de ética y deontología y las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes.

III. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú.
- Ley 26842 Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Ley 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1158 Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Supremo 008-2014-SA Reglamento Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA Reglamento de Infracciones y Sanciones De la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD
- Decreto de Urgencia N° 01-2019 Decreto Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de Salud.

IV. ANÁLISIS DE LA PROPUESTA

Materia del presente dictamen, es la modificación de los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud Ley N° 26842, que garantiza la atención medica de emergencia a personas en condiciones de pobreza extrema y extendiendo las sanciones penales civiles y administrativas a los conductores y personal de los establecimientos de salud

infractores del servicio. Las personas que se encuentren en condiciones de pobreza extrema, empadronadas por el Sistema de Focalización de Hogares (**SISFOH**), así como los criterios para determinan la responsabilidad de los conductores y personal de los establecimientos de salud, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles y administrativas a que hubiere lugar contra el establecimiento de salud público o privado, medico, el profesional sanitario o contra quienes resulten infractores responsables.

La calificación o evaluación de las personas socioeconómicamente, está a cargo del **Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)**, adscrita al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, es un sistema intersectorial e intergubernamental *que provee información socioeconómica* a las Intervenciones Públicas Focalizadas para la identificación de sus potenciales usuarios, con la finalidad de contribuir a mejorar la equidad y eficiencia en la asignación de los recursos públicos, en beneficio de aquellos grupos poblacionales priorizados. A partir de los datos que recoge el **SISFOH**, mediante un conjunto de criterios, reglas o procedimientos, las Intervenciones Públicas Focalizadas identifican a sus potenciales usuarios y se logra ser eficientes en la asignación de los recursos públicos en beneficio de quienes viven en condición de pobreza y pobreza extrema. **Teniendo un hogar la clasificación socioeconómica (CSE) de No pobre, Pobre y Pobre Extremo.** La focalización permite la asignación eficiente de los recursos públicos de las intervenciones públicas definidas en el marco de la política social, contribuyendo al cierre de brechas relativas a los problemas o carencias que dichas intervenciones buscan resolver.

De la atención a toda persona sin distinción

Sin embargo se tiene la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, en el artículo 3° del Texto Único Ordenado aprobado mediante Decreto Supremo N° 020-2014- SA, señala que “El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de aseguramiento en salud (PEAS)”;

que, en el artículo 26° también establece que “La composición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se evalúa cada dos (2) años pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios”; razón por la cual resulta necesaria su evaluación y reformulación en esta oportunidad.

Que, considerando el marco normativo vigente, se desarrolló un modelo de aseguramiento en salud en el país cuyo propósito es incrementar, progresivamente, el porcentaje de la población que tiene acceso a servicios de salud, expandir los beneficios en salud y establecer garantías explícitas de oportunidad y de calidad; que, resulta necesario adoptar medidas extraordinarias que permitan intervenir de manera inmediata en materia de cobertura universal en salud, con el objetivo de asegurar la

protección financiera para toda población que enfrente algún evento negativo y no cuente con un seguro de salud.

Por lo que se emitió el Decreto de Urgencia N° 017-2019, que establece medidas para la cobertura Universal de Salud, como lo dispone en el artículo 2°, numeral 2.1 señalando que se “Autorícese a la IAFAS – SIS a **afiliar independientemente de la clasificación socioeconómica**, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud. Esta afiliación garantiza a los beneficiarios la cobertura gratuita del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS”. 2.2 El acceso a la cobertura de los planes complementarios, se encuentra sujeto a la aprobación de estos y sus criterios de elegibilidad basados en la vulnerabilidad económica, sus correspondientes esquemas de financiamiento a través de la IAFAS – SIS y del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL.

El Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de la Ley N° 27604, Ley que modifica los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud N° 26842, dispone en el **artículo 4°** que “Todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia. La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectuará de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. En el caso de las emergencias obstétricas se incluye la atención del concebido o niño por nacer, a fin de proteger su vida y su salud”. Asimismo, en el **Artículo 14°** señala que “La persona atendida en situación de emergencia y calificada en situación de indigencia en un establecimiento de salud público, no público o privado, será exonerada de todo pago”.

El Seguro Integral de Salud – SIS, mediante Resolución Jefatural N° 112-2020/SIS de fecha 18 de setiembre del 2020, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS/GA – V.01, “*Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud*”, con aplicación a todo los órganos del Seguro Integral de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud – IPRESS públicas, GERESAs, DIRIS del MINSA, e Instituciones con las cuales la IAFAS SIS, mantiene convenio y se encuentran debidamente autorizadas para cumplir acciones de aseguramiento en salud; estableciendo los planes de seguros de salud del SIS, en el numeral 5.3 el Régimen de financiamiento subsidiario, se tiene que **el Plan de Seguro “SIS Gratuito**”, que está dirigido a las personas residentes en el territorio nacional que cuentan con la Clasificación Socioeconómica – CSE, vigente de pobre o pobre extremo otorgado por el SISFOH administrado por el MIDIS o que pertenecen a un grupo poblacional determinado por norma expresa. También se tiene plan de seguro para las personas que no estén consideradas no pobres, dispuesto en el “**Plan de Seguro “SIS para Todos**” que está Dirigido a las personas residentes en el territorio nacional, que no cuentan con un seguro de salud, independientemente de su Clasificación Socioeconómica – CSE. Pueden acceder a este seguro las personas cuya CSE no está vigente o tienen la CSE de No Pobre.

Según Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017 – INEI, y con la proyección al 31 de diciembre del 2018, el SIS tenía registrados 17 803 686 asegurados (99,1% en **SIS-Gratuito** y la diferencia en SIS-Independiente, SIS-Microempresa y SIS-Nuevo Régimen Único Simplificado), cifra bastante mayor a la reportada en el Censo 2017 y que podría explicarse en parte porque el Censo no entrevistó a toda la población y no toda la población pobre y pobre extrema conoce que están afiliados al SIS.

Estando a lo dispuesto por la normativa de Seguro Integral de Salud, se establece que todos los ciudadanos tienen derecho a ser atendidos en un Establecimiento de Salud sea Público o Privado, y dichos gastos irrogados a las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, sean cubiertos por el Seguro Integral de Salud, que cubre a los ciudadanos pobres y pobres extremos, conforme lo dispone la Ley N° 29344, “Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud”, que a la fecha se viene atendiendo a todo ciudadano sea cual fuere su condición económica y con más énfasis a los pobres y pobres extremos, y personas de calle que se encuentran en completo abandono, que el Estado Peruano tiene la obligación de coberturar su salud, en su condición de persona humana tal como lo establece la Constitución Política del Perú, en su artículo 1° señalando que “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”, y de los artículos 7° y 9° de la Constitución Política del Perú, que señalan que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, el Estado determina la política nacional de salud y que corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, teniendo además la responsabilidad de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

El Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, señala que

- I) La Salud, es condición indispensable del desarrollo humano y fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- II) La protección de la salud es de interés público. Por lo tanto; es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.
- III) Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de la salud.
- IV) La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de la salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.

Este marco Constitucional y legal precisa la responsabilidad del Estado en promover el bienestar de la población y la protección de la salud como derecho de todos los ciudadanos, el cual se viene materializándose con la dación de las normativas legales respecto a la universalización de la Salud.

De las responsabilidades y consecuencias del personal de salud en caso de negativa en atender a un paciente

Mediante Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, sus funciones de SUSALUD entre otros es la de Promover y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportuna,

disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como en el **artículo 10°** sobre la potestad sancionadora de la Superintendencia, disponiendo que, sobre todo acción u omisión que afecte.

- I) El derecho a la vida, la salud, la información de las personas usuarias de los servicios de salud.
- II) Los estándares de acceso, calidad, oportunidad disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas.

Estas contravenciones a la Ley o infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves, sin perjuicio de las sanciones que en el marco de su competencia imponga la Superintendencia Nacional de Salud, podrá ordenar la implementación de una o más medidas correctivas, con el objeto de corregir o revertir los efectos que la conducta infraestructura hubiese ocasionado o evitar que estas se produzcan nuevamente.

Los tipos de sanciones de acuerdo a la gravedad de la infracción cometida, puede imponer a las IAFAS, IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS, vinculadas al sistema Nacional de Salud, son los siguientes:

- a) Amonestación escrita
- b) Multa hasta un monto máximo de quinientas (500) UIT
- c) Suspensión de la Autorización de Funcionamiento para IAFAS, hasta por un plazo máximo de seis (6) meses, cuyo efecto consiste en el impedimento para realizar nuevas afiliaciones
- d) Restricción de uno o más servicios de IPRESS, hasta por un plazo máximo de seis (6) meses
- e) Cierre temporal para IPRESS, hasta por un plazo máximo de seis (6) meses
- f) Revocación de la Autorización de Funcionamiento para IAFAS, y
- g) Cierre definitivo para IPRESS.

Frente al incumplimiento de atender la salud de los ciudadanos con las condiciones establecidas por Ley, como el acceso a los servicios de salud sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, por la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son sancionadas mediante un procedimiento administrativo sancionador según procedimiento de la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General y demás normas conexas, por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, conforme a sus funciones y con las facultades establecidas por Ley de Creación y documentos de gestión institucional, por lo que las acciones correctivas a la Instituciones prestadoras de servicio de salud son realizados por SUSALUD.

Respecto a la propuesta de sancionar por las responsabilidades incumplidas por la entidad prestadora de servicios de salud, esto ya está regulado y encargado a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, sus funciones de SUSALUD.

Respecto a las responsabilidades penal, civil, y administrativo de los profesionales sanitarios, la misma está regulado por la Ley General de Salud N° 26842 en el Título II, Capítulo I, Del ejercicio de las profesiones Médicas y afines de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud. En el Artículo 36° donde señala que “Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades”.

Desprendiéndose en las distintas normas legales prohibitivas, como es en el Decreto Legislativo N° 30057, Ley de Servicio Civil conductas tipificados en el artículo 85, como Negligencia en el desempeño de las funciones, el impedir el funcionamiento del servicio público entre otros, siendo sometidos al Proceso Administrativo Disciplinario - PAD los servidores comprendidos en los Regímenes Laborales del Decreto Legislativo 276, Decreto Legislativo 1057 Régimen Especial de Contratación Administrativo de Servicios – CAS, Decreto Legislativo 728, y funcionarios contratados mediante Servicios no Personales o Locación de Servicios establecidos en el Código Civil. Pudiendo ser sancionados de acuerdo a gravedad y participación en los hechos, como Son amonestación verbal o escrita, suspensión sin goce de remuneraciones desde un día hasta (12) meses y destitución.

Asimismo en caso de gravedad se encuentra regulado por el Código Penal toda vez que los profesionales o personal de la salud tiene una obligación moral y social, una obligación legal de atender a toda persona sufriende sin dejarse llevar por diferencias económicas, trabas administrativas, diferencia de raza o creencia, condición socio cultural, mala relación médico paciente entre otros, el cual se configuraría los elementos del tipo penal como doloso o culposo por Negligencia, Imprudencia, Impericia, pasibles de sanción penal.

Teniendo también responsabilidad civil, regulados por los artículos 1762, 1330 y otros del Código Civil, sobre responsabilidad civil médica de la vulneración de la integridad personal del paciente o de su vida en el ejercicio de esta actividad profesional. La responsabilidad es contractual conforme al artículo 39 de la Ley General de Salud, Este criterio de que la responsabilidad contractual por el hecho de las cosas, basadas en un implícito deber de seguridad o garantía como cargo de las obligaciones nacidas con el contrato, en sí, es una obligación de seguridad y de medios por las cosas que se emplean en el desempeño de su profesión porque desborda la actividad facultativa y el control material de la misma, ejerciendo sobre aquellos (daños causados por las cosas) y todo el alcance de los hechos de dependientes o subordinados de los prestadores de salud a cargo.

El artículo 48 de la Ley General de Salud, refiere que los establecimientos son solidarios, de manera contractual y extracontractual, es decir, si el médico que desempeña sus labores en él, tiene una relación de dependencia con la estructura sanitaria; por su parte, la relación existente entre el paciente y el establecimiento originan responsabilidad contractual.

V. CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, la Comisión de Salud y Población, de conformidad con el literal c) del artículo 70 del Reglamento del Congreso de la República, recomienda la **NO APROBACIÓN** del Proyecto de Ley 6513/2020-CR.

Dese cuenta.

Plataforma virtual Microsoft Teams

Lima, 06 de abril de 2021