

Área de Transcripciones

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
PRIMERA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2023

COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO DE LA INCORPORACIÓN DEL PERÚ
A LA ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO
ECONÓMICOS
5ª SESIÓN ORDINARIA
(Matutina)
(DOCUMENTO DE TRABAJO)

MARTES, 14 DE NOVIEMBRE DE 2023
PRESIDENCIA DEL SEÑOR ERNESTO BUSTAMANTE DONAYRE

—A las 9:22 h, se inicia la sesión.

El señor PRESIDENTE.— (Grabación empezada) ...sesión.

Señores, esta es la Quinta Sesión Ordinaria de la Comisión Especial de Seguimiento a la Incorporación del Perú a la OCDE, se va a pasar lista para verificar el *quorum* correspondiente.

Por favor, señora secretaria técnica, sírvase pasar lista.

La SECRETARIA TÉCNICA pasa lista:

Gracias, señor presidente.

Señores congresistas, se va a proceder con la lista de asistencia.

Congresista Bustamante Donayre.

El señor BUSTAMANTE DONAYRE (FP).— Presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Gracias, congresista Bustamante.

Congresista Amuruz Dulanto.

La congresista Amuruz Dulanto a través del chat de la plataforma de sesiones manifiesta su asistencia.

El señor PRESIDENTE.— Conforme.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Congresista Salhuana Cavides.

El señor SALHUANA CAVIDES (APP).— Salhuana Cavides, presente; buenos días, señor presidente y con todos.

El señor PRESIDENTE.— Buenos días.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Gracias, congresista Salhuana.

Congresista Alva Prieto.

La señora ALVA PRIETO (NA).— Presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Gracias, congresista Alva Prieto.

Congresista Flores Ruíz ().

Vuelvo a llamar.

Congresista Limachi Quispe (); congresista Soto Palacios.

El congresista Flores Ruíz a través del chat de la plataforma de sesiones manifiesta su asistencia.

Señor presidente, han contestado a la lista de asistencia 5 señores congresistas, cuenta usted con el *quorum* reglamentario.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, gracias, señora secretaria técnica.

Con el *quorum* reglamentario y siendo las nueve horas y veinte minutos del martes 15 de noviembre, perdón, 14 de noviembre del 2023, en la sala Francisco Bolognesi del Palacio Legislativo del Congreso de la República, así como vía la plataforma virtual *Microsoft Teams*, damos inicio, entonces, a la Quinta Sesión Ordinaria de la Comisión Especial de Seguimiento de la Incorporación del Perú a la OCDE del Periodo Anual de Sesiones 2023-2024, vamos a desarrollar la Agenda programada.

Aprobación de acta.

Se solicita la aprobación del Acta de la Cuarta Sesión Ordinaria que se desarrolló el 31 de octubre del año 2023, esta acta fue presentada a los congresistas miembros de la comisión junto con la citación para su revisión, si algún congresista desea formular alguna observación al acta puede hacerlo en este momento.

No habiendo observaciones se tiene por aprobada el Acta de la Cuarta Sesión Ordinaria desarrollada el 30 de octubre de 2023.

A continuación, pasamos de la Estación Despacho.

DESPACHO

El señor PRESIDENTE.— Se ha distribuido a través del sistema de trámite documentario adjunto a la Agenda el cuadro de los documentos enviados y recibidos por la comisión del 27 de octubre al 9 de noviembre del presente año, si algún congresista tuviera algún interés en algún documento puede solicitar copia del mismo a la Secretaría Técnica de la comisión.

Vamos a dar bienvenida al señor ministro de Salud.

Continuamos con la Sección Despacho, entonces, si algún congresista tuviera interés en algún documento puede solicitar copia del mismo a la Secretaría Técnica de la comisión.

Informes

El señor PRESIDENTE.— Pasamos a la Estación Informes.

Señores congresista, la presidencia desea informar que mediante Oficio 0751-2023 del 10 de noviembre de este año, el jefe del Instituto Nacional de Estadística e Informática, señor Dante Carhuavilca, comunico que del 20 al 24 de noviembre de este año, se recibirá a la Misión de la División de Estadística y Datos de la OCDE, quienes realizarán la revisión de la estadística de las

estadísticas oficiales en el Perú, en ese sentido, extienden una cordial invitación programada para el 20 de noviembre de este año de ocho y treinta de la mañana al mediodía en el Hotel Costa del Sol en Magdalena del Mar, en esta sesión se desarrollará una discusión sobre los alcances de la revisión OCDE para su adhesión, así como los retos y desafíos de la producción estadística oficial en el país en el contexto del Sistema Estadístico Nacional - SEN.

Si alguno de los congresistas miembros de la comisión tiene algún informe puede hacerlo en este momento.

Bien, no habiendo informes pasamos a la Estación de Pedidos.

Pedido

El señor PRESIDENTE.— Si hubiera algún pedido por parte de los miembros de la comisión.

No habiendo pedidos pasamos a la Estación de Orden del Día.

ORDEN DEL DÍA

El señor PRESIDENTE.— En el Orden del Día, señores congresistas, tenemos programada la presentación y exposición del ministro de Salud, el señor César Vásquez Sánchez, quien disertará sobre los avances y reformas institucionales del Perú en el proceso de adhesión a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico - OCDE, entre otros, referido a los temas siguientes:

1. Situación de la protección social en el Perú, de acuerdo a las observaciones presentadas En el documento Estudio Económico de la OCDE - Perú 2023.

2. Avances hacia una cobertura universal en salud, cobertura de alta calidad.

Y, 3. Distribución del Presupuesto del sector Salud en relación a los países adheridos actualmente a la OCDE.

Damos, entonces, la bienvenida a nuestro invitado, el ministro de Salud, doctor Vásquez, y le concedemos el uso de la palabra para que pueda dar inicio a su exposición.

Señor ministro.

El MINISTRO DE SALUD, doctor César Vásquez Sánchez.— Muchas gracias, señor presidente de la Comisión Especial de Seguimiento de la Incorporación a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico PCDE, congresista Ernesto Bustamante Donayre.

Buen día, también, a través suyo, a los congresistas integrantes de esta comisión, en especial a la congresista Alva que nos acompaña presencialmente y a quienes nos siguen en la plataforma virtual.

En esta oportunidad me estoy presentando como bien lo ha dicho usted, para disertar sobre los avances y las reformas que hemos

hecho como país institucionalmente en este proceso de adhesión a la OCDE.

Esta fecha coincide con la Cuarta Reunión de la Red Conjunta de Altos Funcionarios de Presupuesto y Salud de la OCDE para América Latina y el Caribe, la cual se viene llevando actualmente a cabo en la ciudad de Panamá y en la que el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud se encuentra representándome el día de hoy, con el encargo de informar que nuestro sector como resultado del esfuerzo que viene realizando esta gestión ha cumplido con el 100% de los compromisos asumidos en el Marco de la Hoja de Ruta para el Año 2023, solicitado por la OCDE.

Como ustedes saben, la siguiente por favor, la OCDE tiene como propósito elaborar políticas que fomenten la prosperidad, la igualdad, la oportunidad y el bienestar para todos, está conformado actualmente por 38 estados, 38 países, de los cuales los más importantes que podemos destacar esta Francia, Alemania, Estados Unidos, Canadá y Japón, recientemente se han adherido Colombia y Costa Rica, sin embargo, están en pleno proceso de adhesión, países como Argentina, Brasil, Bulgaria, Croacia, Rumanía y nuestro querido Perú.

En la línea de tiempo podemos ver que en el 2014, nuestro país mostró interés para vincularse a la OCDE, desde entonces, desde el 2014 se comenzaron a implementar a través de un decreto supremo varias acciones, sobre todo el Programa País, en este programa que se ha implementado desde 2015 hasta el 2019, se ejecutan las reformas que nos permiten que en este año, en el año pasado 2022, recién podamos ser considerados como aptos para iniciar este proceso de adhesión a la OCDE, culminado el Programa País, considerados como resultado de este programa aptos para iniciar este proceso de adhesión, se hizo una hoja de ruta y según esa hoja de ruta este 2023, al cumplimiento de las actividades programadas se termina con la presentación del memorándum de entendimiento inicial, este es un gran paso que se ha podido concluir este año y que nos permite avanzar en esta justa aspiración de integrarnos a la OCDE.

Por eso, como señal de avance adecuado para este 2024, ya hemos sido considerados como invitados oficiales a la Reunión Ministerial de Alto Nivel que nos encargan como Ministerio de Salud, representar y exponer temas como importantes como la salud mental y el aseguramiento universal, de hecho, Perú a través del Ministerio de Salud estará presente en esta Reunión Cumbre de Alto Nivel.

La hoja de ruta señalada que ven en pantalla, bajo los siete lineamientos que allí se mencionan, nos dejan claro que en el 2022, la evaluación de instrumentos legales que fueron 16 formularios, 9 encargados al Ministerio de Salud y 7 en coordinación con otros sectores, como Ministerio del Ambiente,

Inacal, PCM, todos estos instrumentos encargados se han cumplido al 100%.

2023, como ya lo mencioné, se ha cumplido con el memorándum de entendimiento inicial para Perú y obviamente hemos recibido y hemos enviado los cuestionarios con las respuestas adecuadas, un cuestionario exclusivo para el Ministerio de Salud y 5 cuestionarios que ayudan a resolver con otros sectores, como Midagri, Concytec, PCM, todos estos cuestionarios nosotros como Ministerio de Salud hemos cumplido al 100% de enviar, y como ya se dijo en esta hoja de ruta, el 2024, aparte de participar en la Reunión Ministerial del Comité de Salud de la OCDE, vamos a recibir la visita del Comité de Salud de la OCDE.

Los cuestionarios remitidos, el siguiente, aquí están los cuestionarios dirigidos al Comité de Salud del Minsa, tienen 150 preguntas y las entidades que han ayudado a responder dentro del Minsa o dentro del sector, son el Instituto Nacional de Salud, Essalud, Susalud, y también nos ha ayudado en este aspecto Sunedu, se ha remitido estas 150 preguntas o respuestas ya para las preguntas el 13 de octubre del 2023, también hay 160 preguntas que se han hecho en materia política científica y tecnológica que se han coordinado con Concytec, y aquí también ha ayudado el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, y el Seguro Social, y todas estas respuestas a estos cuestionarios se enviaron el 12 de octubre del 2023, 9 preguntas fueron enviadas al Comité de Política Regulatoria de PCM.

Aquí se cumplió, también en coordinación con PCM en la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y estas respuestas fueron enviadas el 15 de septiembre del 2023, se remitieron, el cuestionario al Ministerio de Agricultura y Riego solamente tenía dos preguntas y con la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria - Digesa, se ha remitido las respuestas el 20 de julio de este año.

También, hubieron 2 preguntas que se coordinaron con el Comité de Políticas de Desarrollo Regional PCM y estas respuestas se enviaron el 4 de octubre del 2023, en resumen, todas las 350 preguntas fueron respondidas y enviadas, y nosotros cumplimos como país, como sector, al 100% en responder este cuestionario.

La situación de la protección social, que se nos pide informar.

(2)

Como ven en la pantalla, el primer cuadro vemos el crecimiento del PBI comparado nuestro país, la línea roja, con lo que es América Latina, El Caribe en promedio y los países que conforman OCDE que está con verde y vemos que el crecimiento PBI de nuestro país está mejor, o sea, que hemos crecido más que el promedio de países de América Latina y El Caribe y que incluso los integrantes de OCDE que están allí con la línea azul y verde,

eso significa, obviamente, también que si hemos crecido económicamente ha habido una importante disminución de la tasa de pobreza, ojo, que estas evaluaciones se han hecho hasta el 2019 y tenemos la información acá hasta el 2022, pero las evaluaciones se hicieron del 2002 al 2019.

Ahí vemos que la disminución de la pobreza, que está con rojo en el cuadro de la derecha, en Perú ha sido, digamos, de mayor potencia la disminución, o sea, se ha disminuido más que el promedio de América Latina y El Caribe y también así ha disminuido más, proporcionalmente hablando, que los países miembros de la OCDE, esto no significa que tengamos menos pobreza que ellos ¿no? significa que hemos estado con mucha más pobreza y estamos en una curva de descenso mejor que ellos, pero todavía tenemos obviamente, como se ve en la línea roja, mucha más pobreza que América Latina en promedio y que los países miembros de la OCDE. Hay mucho que trabajar, obviamente con la pandemia van a haber picos de descenso en este aspecto, en esta curva, pero, bueno, hay que seguir trabajando.

Y en cuanto al impacto en salud el auge económico se refleja en el incremento de la esperanza de vida de los peruanos. Y aquí podemos ver rápidamente que en el 2000 el promedio de vida, la esperanza de vida era 71 años y hoy tenemos 79.4 en el 2019. Entonces, tenemos una mayor esperanza de vida, como también indicador de nuestras mejoras en crecimiento económico.

El impacto en salud que en cuanto a la tasa de mortalidad y la tasa de, la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez, aquí vemos que ambas han disminuido notoriamente de un promedio de 76 en la mortalidad infantil y 102 en la mortalidad de la niñez hasta 12.17 y 16.5 respectivamente desde el año 86 hasta el 19. Esto también es un indicador importante del auge económico que hemos venido teniendo en este año.

Impacto financiero

Aquí podemos ver que definitivamente la evolución del gasto público en salud, tanto en el Minsa, como en Essalud ha implicado cada vez mayor inversión, o sea, más recursos más recursos económicos se meten, obviamente crece la población, crecen las necesidades, no significa que el aumento del financiamiento, de la inversión en salud necesariamente haya sido el adecuado, proporcionalmente a la demanda a la necesidad, pero sí hay un incremento que se refleja en la curva.

Avances hacia una cobertura universal de alta calidad

Aquí hay que medir tres aristas importantes:

Primero, la cobertura poblacional, es decir, cuánta de la gente tiene su seguro. Hoy se habla de una cobertura universal y sin duda, como ya se ha mencionado más de una vez, prácticamente el 100% de nuestra población está coberturado por un seguro de salud.

Sin embargo, otra cosa y otra arista que hay que medir es la cobertura prestacional que es la que quizás lleva a la confusión. Una cosa es tener asegurados a la población y otra cosa es si este aseguramiento les da la atención y la cobertura prestacional a todos los que necesitan. De hecho, aquí tenemos todavía una brecha grande, porque hay mucha gente, todos están asegurados, pero no todos tienen acceso a atenderse y eso pasa por definitivamente una brecha enorme en infraestructura, en recursos humano y en un también diseño inadecuado nuestra política del sector históricamente nos ha llevado hasta este punto, eso lo vamos a ir viendo.

Y, la tercera arista que hay que evaluar aparte de la cobertura poblacional, la cobertura prestacional es la cobertura financiera y aquí, sinceramente hay cada vez un aumento mayor de presupuesto, este año, por ejemplo, se está aumentando 300 millones de soles más al Seguro Integral de Salud y ya estamos en el Presupuesto Institucional de Apertura del SIS empezando con 2500 millones de soles, este año estamos cerrando con 2400, pero con incorporaciones, o sea, con el Presupuesto Institucional Modificado.

Significa que para el 2024 hay un incremento importante y estamos alcanzando cifras históricas de financiamiento que nos van a permitir mejorar la cobertura prestacional que es, creo, donde más tenemos que dedicarnos a cerrar la brecha.

Cobertura poblacional, podemos ver ahí en la lámina, que cobertura poblacional casi toda la totalidad de los peruanos están asegurados, o sea, en el SIS o en Essalud, como ven ahí, 79% en el SIS y 29% en Essalud, el resto están en la Sanidad de las Fuerzas Policiales, las Fuerzas Armadas y las aseguradoras privadas.

En cuanto a número de atendidos en el Seguro Integral de Salud, vemos ahí un avance, 2011 empezamos con 28 millones de atenciones y en el 2022 se ha superado los 72 millones de atenciones.

En cuanto a los atendidos, los peruanos se atendieron por el SIS 2011 fueron 6.3 millones y en el 2022, 11.6 millones, o sea, prácticamente el año pasado se atendió cerca a la mitad de peruanos, la otra mitad o seguramente no tuvo acceso a la prestación o algunos no requirieron de la atención. Aquí obviamente según las estadísticas históricas hay todavía una brecha que cerrar por las razones que les mencioné y que vamos a repararlas al final.

La cobertura comprende, como ven ahí, los planes complementarios, las listas de alto costo, las enfermedades raras y huérfanas, incluso, la cobertura financiera evaluando el gasto de la función en salud, hemos visto ahí que el presupuesto ejecutado en el 2011 fue de 7780 millones y en el 2022 tenemos 28 164. El 2024 vamos a empezar con una inversión en toda la función salud y me refiero, al hablar de función salud, no solo

al Ministerio de Salud, sino a todo lo que se invierte en los gobiernos regionales en Essalud y tenemos ahí una cifra cercana a los 30 000 millones.

Presupuesto ejecutado del SIS, como vemos en el 2011, 563 millones y en el 2022, 2463 millones. El 2024 vamos a empezar con 2500 millones y probablemente terminemos ejecutando cerca de 3000 con las incorporaciones que se hacen normalmente en los años.

Comparativo del gasto en salud con países de la OCDE

Aquí podemos ver, aunque el cuadro es un poco complejo, que hay dos formas de medir la inversión de salud.

Una que es mucho más estricta, digamos, más exquisita que es la que utiliza la OCDE y en la que según sus fórmulas nosotros estamos, en promedio, en el 2002 invirtiendo 4.86% del PBI en salud y en el 2019 hemos llegado a 5.23% del PBI, según la metodología de la OCDE.

Y según nuestra metodología, la que se usa comúnmente aquí en la región, nosotros en el 2019 el gasto corriente público en salud ha sido de 3.01% del PBI, estamos haciendo los esfuerzos por aumentar este porcentaje, de hecho, para el próximo año hemos subido ahí una décima, pero todavía estamos muy lejos, y eso sí es importante, de lo que recomienda la OMS y la OCDE y lo que es el promedio en Latinoamérica que recomienda que se debe invertir en salud el 6%, por lo menos, del PBI, prácticamente estamos a la mitad de lo que deberíamos invertir en salud.

Estudios económicos de la OCDE en salud-2023

Aquí los temas que se abordó en este estudio, los conocidos, la brecha de recursos humanos, la brecha de infraestructura, la desigualdad de acceso, la gobernanza, el financiamiento, la fragmentación que hay y la capacidad del sector público. De todos estos estudios que analizaron OCDE encuentra dos hallazgos que son, digamos, la falla más grande en nuestro sistema ¿no? por las que no hemos podido alcanzar los estándares que creo que todos quisiéramos.

Uno, es la fragmentación de nuestro sistema, como ustedes saben, nuestro sistema de salud está fragmentado en varios subsistemas, aquí mismo en el gobierno central tenemos cuatro ministerios que atienden la salud de los peruanos: el Minsa, Ministerio de Salud que atiende a los asegurados del SIS que no tienen, obviamente, un trabajo formal, los informales; Essalud que atiende a los que están en planillas; tenemos a las Fuerzas Policiales que atienden a los policías, la Sanidad de las Fuerzas Policiales; y las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Defensa que atiende a la Fuerza Aérea, la Marina y al Ejército. Entonces, cuatro ministerios: el Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud atienden la salud de los peruanos, sin contar el otro gran subsistema que son los gobiernos

regionales, en la práctica en el marco de la descentralización, son los responsables de administrar la salud en las regiones. Esta fragmentación y desarticulación, obviamente, no hace que los pocos recursos que asistirán al sector salud sean óptimamente adecuados, usados, o sea, encima que se destina pocos recursos, esta fragmentación hace que estos recursos no alcancen su máximo nivel de uso, su mejor nivel de uso.

Y, por otro lado, como ya se dijo, el financiamiento insuficiente, superamos con las justas el 3% del PBI, cuando debemos estar en el 6%, obviamente, no se trata solo de una decisión política que se duplique el presupuesto al sector salud, estos incrementos a los que estamos apuntando nosotros como gobierno que, de hecho, se están comenzando a hacer, se tienen que hacer de manera progresiva, este año hemos incrementado, hasta ahora, porque todavía no se aprueba la Ley de Presupuesto que ustedes aprobarán el 30 de noviembre, pero según la propuesta inicial nuestra son 2500 millones de soles más, 1500 para temas operativos y 1000, un poco más de 1000, casi 1100 para lo que es aumento de remuneraciones a los trabajadores. Entonces, estamos priorizando, se está priorizando como gobierno el sector salud, estamos dando los primeros pasos, hay que preparar para que el aumento presupuestal, obviamente sea bien utilizado y para eso se necesita un plan que estamos obviamente trabajando.

¿Cuál es el plan que nosotros tenemos como gobierno para poder cerrar estas brechas que son harto conocidas?

Tenemos básicamente como eje principal el fortalecimiento del primer nivel de atención, tenemos claro que el 80% de peruanos que sufren una enfermedad necesitan de una atención que no es altamente especializada, es decir, sufren de enfermedades leves a moderadas que fácilmente pueden solucionarse en un centro de salud bien equipado y con esto evitaríamos el congestionamiento de los hospitales, por eso hemos implementado dos shocks de inversiones o dos inversiones fuertes. El shock de inversiones en lo que es infraestructura, equipamiento que hemos denominado el Plan MIL para el primer nivel de atención y el shock de servicios que consiste en la creación de una unidad ejecutora de oferta móvil que **(3)** se va a llamar MINSA Móvil que nos va a permitir llevar atención especializada a todas las regiones, a los lugares lejanos donde no es posible que llevaron los servicios de un especialista de manera permanente.

Con estas intervenciones, esperamos cerrar las brechas de infraestructura y de servicios en la magnitud que la OCDE nos exige para estar en el promedio que ellos manejan.

Eso es todo lo que tengo que presentar por ahora, y quedo junto a mi equipo a las disposiciones de las preguntas, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE.— Muchas gracias, doctor Vásquez, ministro de Salud.

Quiero, además, hacer mención que están acompañando al ministro de Salud, Normy Wieslawa De Pawlikowski, Directora General de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud y Hermes Francisco Guimoye Director Ejecutivo de Planeamiento y Estudios Económicos del Ministerio de Salud, a quien les doy la bienvenida por supuesto.

Bien, quisiera conceder la palabra a aquellos congresistas que deseen intervenir, si hay algún congresista que desea solicitar la palabra, por favor.

No, yo después.

Doctor Flores.

El señor SALHUANA CAVIDES (APP).— La palabra, Presidente.

El señor PRESIDENTE.— Sí, ¿quién pidió la palabra?

El congresista Víctor Flores, y luego, ya muy bien.

El congresista Salhuana, tiene usted la palabra, luego el congresista Flores.

El señor SALHUANA CAVIDES (APP).— Sí, Presidente, muchísimas gracias, un saludo cordial a usted y a los colegas presentes y a los que estamos de manera virtual, así como al señor ministro y a su equipo de gestión.

Presidente, yo tengo algunas inquietudes que seguro compartimos los congresistas y sobre todo la preocupación en cuanto se refiere a la situación de la salud pública en el país.

Obviamente, no hay responsabilidades, señor ministro..

El señor PRESIDENTE.— Congresista Salhuana, se interrumpió por unos segundos, no sé si pudiera rephrasear su pregunta, por favor.

El señor SALHUANA CAVIDES (APP).— Sí, cómo no Presidente. Gracias.

Si, el sistema a veces, pero bueno, el tema, yo quería consultarle dos cosas, primero la realidad que la situación de la salud pública es complicada a nivel nacional, en Lima y mucho más en provincias. Ya todo sabemos el diagnóstico.

Y siempre que escuchamos a los especialistas, a los ministros, a los funcionarios, siempre todos estamos en que es necesario, por ejemplo, fortalecer el primer nivel de salud, la posta médica, el centro de salud, antes que grandes hospitales, grandes unidades médicas, que obviamente que por la falta de recursos y por los problemas que tenemos para ejecutar proyectos de inversión pública, son complicados, porque llevan pues muchos para su ejecución.

Entonces, la primera pregunta es, ¿qué estamos haciendo señor ministro en torno a ello?, a ¿cómo fortalecer el primer nivel de salud?, de tal manera que el habitante, el morador de un asentamiento humano, de un caserío, de un distrito tenga por lo

menos a la mano, para que sea atendido inmediatamente. Ese es un tema central.

Y, dos. Transmitirle la preocupación que tenemos en torno a una realidad que es la carencia de médicos, no hay médicos en el país, el déficit se habla de 16 000 a 20 000 médicos que necesitamos, pero ¿qué estamos haciendo en torno a ello?, estamos buscando que se abran nuevas facultades en las universidades, estamos promoviendo que las universidades se licencien, que mejoren su capacidad para formar a nuevos profesionales de la medicina, y por ejemplo, en el caso mío de Madre de Dios, tengo una realidad que quisiera consultarle públicamente.

Nosotros tenemos muchos estudiantes, centenares estudiantes de Madre de Dios, y ahora están retornando a venir al Perú, a Madre de Dios, a Cusco, a Puno y están viajando por varios sitios del país, porque no tienen oportunidad para hacer su internado, es decir, esa etapa previa a su graduación que le piden una práctica creo que de un año, en un hospital y lógicamente en Bolivia, le dicen que no tienen cupo, que no tienen espacio y nosotros podríamos captar a esos jóvenes que son peruanos, darles las oportunidades con nuestras universidades y en nuestros hospitales para que hagan su internado, y luego retornen a trabajar al país y lógicamente acortar esa brecha, ese déficit que tenemos en médicos.

Entonces, se requieren convenios, se requiere de repente modificar reglamentos, entonces, que estamos haciendo o que podemos hacer, señor ministro desde su despacho para avanzar en este sentido.

Esta consulta, señor Presidente, y muchas gracias, por la respuesta al señor ministro de Salud.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, congresista Salhuana.

Vamos a escuchar al congresista Flores, luego le cedemos la palabra al ministro Vásquez, para que pueda contestar ambas preguntas o comentarios.

Gracias.

El señor FLORES RUÍZ (FP).— Muchísimas gracias, señor Presidente.

Señor ministro, bienvenido.

La primera pregunta que quería hacerle era, de qué manera usted está trabajando para aumentar la densidad de los trabajadores en el sector Salud, a favor del servicio que presta, porque según la OCDE solamente es 16,8% de trabajadores del sector Salud que prestan servicios a 10 000 trabajadores en general, esa sería la primera pregunta.

Segunda. Nosotros tenemos tres sistemas, tres regímenes, el no contributivo, el contributivo y las Entidades Prestadoras de Salud, ¿cuál es su opinión con respecto a que si esos tres

sistemas deberían seguirse manteniendo o existe una reforma a nivel del sector Salud?, por supuesto con una visión de Perú 2050, me imagino.

Por otro lado también, usted hacía referencia a una disminución de la pobreza que estamos superando los índices o los estándares de la OCDE, de los países integrantes de la OCDE, pero los países integrantes de la OCDE parten de 10% de pobreza, en cambio nosotros partimos de casi 70% de pobreza, tal vez eso habría que revisarlo.

Y, por otro lado también, de acuerdo a este crecimiento del Producto Bruto Interno, en realidad me parece que hay una no diría mala interpretación de los datos, pero no creo que se refleje en la línea verde de su gráfica que nosotros superamos el crecimiento el PBI de los países del OCDE, tal vez habría que revisar eso.

Y, finalmente, señor ministro, por su intermedio, señor Presidente. Hay una gráfica donde dice el impacto financiero de la evolución del gasto público en Salud. Yo celebro que así sea, porque hemos crecido de veinte mil millones ¿me parece?, a más de ciento veinte mil, más de cien mil. Entonces, eso es importante, pero la pregunta viene a consecuencia de esto, ¿no?, ¿cuál es el impacto -perdón, el impacto financiero está claro- de este aumento de inversión en el sector Salud a nivel general?, y ¿cuáles son los beneficios que ha creado o que ha traído como consecuencia de este mayor gasto público?

Esas serían las preguntas, señor Presidente, muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, congresista Flores.

Tiene la palabra, el doctor Vásquez, ministro de Salud.

El MINISTRO DE SALUD (MINSA), señor César Henry Vásquez Sánchez.— Gracias, Presidente.

Entonces, comienzo por el congresista Salhuana, perfecto.

Bueno, a través suyo, señor Presidente, tengo que decirle que el problema de la brecha de recursos humanos, no solamente a nivel de médicos, también otros profesionales de la salud, es un problema histórico, grande y un gran desafío para nosotros.

En el tema médico que ha sido motivo de la pregunta del congresista Salhuana, es cierto, la brecha es enorme, no tenemos la cantidad suficiente de médicos en el mercado laboral para cubrir la enorme brecha de estos profesionales, aún teniendo todo el presupuesto y destinando todo el presupuesto que se requiera para cerrar las brechas, pero el problema no es tan sencillo para resolverlo, o sea, no solo es un tema presupuestal. Formar un médico no es como incrementar la producción en una fábrica de gaseosas, no es solo meterlo más presupuesto y crear más escala.

Precisamente, ahí viene el problema, porque si pensamos que, aumentando la cantidad de plazas para formar especialistas, solucionamos o cerramos la brecha, estamos equivocados. El médico necesita una experiencia y una práctica clínica previa para graduarse como especialista, por eso existe el Programa Residentado Médico, que por su naturaleza y su propio nombre dice Residentado, viven en el hospital.

Entonces, necesitan recibir dentro de los hospitales para aprender al máximo y adquirir las habilidades, las competencias para cuando puedan salir, y entonces, los cupos y los números de vacantes son limitados, no se puede sobrecargar los hospitales con demasiados residentes, porque sería disfuncional.

Sin embargo, el problema se puede ir solucionando de manera progresiva atacando por varios aristas, por varios frentes y de hecho nosotros lo tenemos claro y lo estamos empezando a implementar con una política de recursos humanos progresiva para el cierre de brechas.

Por un lado, estamos trabajando ya y hemos dado esa disposición para que el presidente que nos representa en CONAREME, en el Comité Nacional de Residentados Médicos que es donde se decide la formación de los nuevos especialistas, puedan reorientar y apunten a formar a los especialistas que necesitamos en el país.

Yo creo que, en el país no estamos formando la cantidad y el perfil de especialistas que necesitamos, todos quieren trabajar en los grandes hospitales y se forman para eso, pero nuestra necesidad como ya lo hemos dicho y lo hemos repetido, está en la comunidad y debemos formar más médicos comunitarios, que obviamente por su formación y su perfil no necesitan estar haciendo residencia permanente dentro de un hospital. Pueden trabajar la actividad preventiva o profesional, de mejor manera como se hace en otros países que tienen mejores indicadores sanitarios, porque precisamente lo forman al médico familiar, al médico comunitario para no tanto para curar enfermos, sino para evitar que las personas se enfermen.

Entonces, tiene que haber una reorientación en la formación y tenemos que formar más en especialistas o profesionales que realmente necesitamos, y que es para el primer nivel de atención.

Sin embargo, hay otros problemas a corto plazo, que pueden ayudarnos a cerrar estas brechas. Una de ellas es, por ejemplo, el tema de permitir el doble empleo por el Estado, para no llamarlo equívocamente la doble percepción y generar algunas incomodidades.

En nuestra Constitución, se permite que únicamente los que hacen docencia universitaria, puedan tener dos remuneraciones por el Estado, ¿no cierto?, todo aquel si es peruano, que no sea docente universitario, solo puede trabajar en una institución pública. Nosotros estamos impulsando y agradezco también a la Comisión de Constitución que ha priorizado y agendado el debate, está en

camino el dictamen de cuatro proyectos presentado de congresistas de este parlamento, que apuntan a una reforma constitucional, a fin de que los profesionales de salud en general, no solamente los médicos puedan también ser exonerados de esta limitación constitucional, y puedan trabajar en dos instituciones del Estado.

Un servidor público trabaja 150 horas, y cualquier médico, enfermera, obstetra, cualquier profesional en Salud, tiene el tiempo y las energías suficientes para trabajar tranquilamente 300 horas al mes; de hecho, muchos lo hacen, solo que lo hacen en la parte privada, porque no es posible legalmente hacerlo en otra institución pública.

Cerraríamos, yo creo tranquilamente hasta en un 30% las brechas si aprobamos esta reforma constitucional, y permitimos que **(4)** nuestros médicos, nuestras enfermeras, nuestros especialistas de diferentes profesiones de la salud, puedan trabajar en dos instituciones como máximo del Estado; dos hospitales, dos centros de salud.

Yo creo que aquí el Congreso nos podría ayudar, y agradezco el interés que hay de este Parlamento, yo estoy seguro que así va a ser para poder ayudarnos a cerrar estas brechas de recursos humanos.

Pero, además, estamos implementando unas políticas de motivación, de incentivos que no solamente están destinadas a pagar más a quienes puedan tomar la decisión de ir a trabajar a las zonas lejanas, hay especialistas, por ejemplo de Lima, que pueden ir a servir 15 días, por ejemplo, o un tiempo del mes a provincias; de hecho para ellos la motivación económica quizás no sea muy importante, pero, sin embargo, además de eso, lo que estamos nosotros proponiendo es darles créditos y puntajes adicionales para que cuando en sus hospitales de origen ellos quieran postular a una plaza directiva, jefes de servicios, jefe departamento, a una dirección, tengan una ventaja, un plus adicional en la evaluación y puedan motivarse a dar sus servicios aprobándose de hecho esta ley en doble empleo en alguna parte del interior del país.

Así podríamos hacer que médicos o especialistas nombrados, por ejemplo, aquí en Lima, en los grandes hospitales, puedan ir a trabajar también en provincias donde no hay este tipo de servicios especializados.

En fin, son un conjunto de medidas que van a permitir ir cerrando progresivamente estas brechas, por un lado, la formación de especialistas en la mirada de lo que realmente el país necesita que son más médicos familiares, más médicos comunitarios, médicos para el primer nivel de atención.

El país no necesita ultra especialistas, no necesita más hospitales de alta complejidad, con los que tenemos sería suficiente si es que lo implementamos bien de acuerdo a su nivel,

y si es que nosotros creamos los anillos de contención, que serían los centros de salud o hospitales II.1, porque los alta complejidad, los pacientes de alta complejidad no pasan el 3% del total de enfermos.

Entonces, reorientando esa política formativa, implementando las políticas de motivación para que se desplace en atender las zonas lejanas los especialistas, y permitiendo que puedan trabajar en dos lugares, yo creo que podríamos tranquilamente en un mediano plazo hablar de un cierre al menos de un 50% de estas brechas que son históricas y que definitivamente le pasan factura en la calidad de servicio de nuestros pacientes.

En cuanto al internado que mencionaba el congresista, efectivamente cada vez hay más universidades, y que cada vez hay más facultades de Medicina, y quizás si no lo miramos desde el ángulo que hoy les explicaba, es fácil para las universidades crear más vacantes, pero dónde van a aprender, los hospitales están saturados, hay más internos y practicantes y pacientes en emergencia. Entonces entra una disputa también por el espacio clínico en los hospitales y en las clínicas, y una disputa entre las universidades públicas y las privadas, disputa en la que en los últimos años las universidades privadas le están ganando a las públicas, y las universidades públicas que deberían tener la prioridad ya no tienen dónde mandar hacer sus prácticas a sus alumnos porque los hospitales están llenos de practicantes.

Entonces, es un problema complejo que hay que abordarlo de raíz; de hecho nosotros estamos planteando toda una reingeniería que queremos reorganizar el Comité Nacional de Residentado Médico, y estamos trabajando en eso para poder dar alternativas en esta línea y evitar estos problemas donde año a año los que terminan unos estudios de medicina en la universidad, tienen que estar mendigando y buscando, y muchas veces ni siquiera encuentran espacios para terminar su formación.

En cuanto a la pregunta del doctor, el congresista Flores, de la densidad de los trabajadores, definitivamente tiene relación con lo que hemos conversado, y en cuanto a la pregunta no contributivo o contributivo EPS del aseguramiento, actualmente como bien usted bien lo ha dicho, a través suyo, presidente, el congresista Flores bien lo señaló que hay tres formas de acceder al servicio prestacional, al aseguramiento, y en el SIS mismo hay el contributivo y no contributivo, es decir, hay un grupo de personas que son las MYPE, por ejemplo, que tienen que pagar mensualmente para poder tener el Seguro Integral de Salud.

Hemos hecho una evaluación de costo beneficio nosotros, y hemos visto que el aporte que dan las MYPE, que cada vez es menor por cierto al SIS es una cifra que con el aumento de trescientos millones que nosotros hemos dado para el 2024, fácilmente podemos manejar, y para el 2024, lo que estamos decidiendo es que ningún asegurado al SIS tenga que dar ninguna contribución porque el régimen semi contributivo en el SIS aporta no más de veinte

millones al año, y nosotros estamos aumentando trescientos millones, fácilmente podría cubrirse esto y evitar gastos administrativos, y también eliminaciones a los pequeños y medianos empresarios que están empezando, están emprendiendo y que, bueno, a veces tienen que invertir en su salud.

Y en este sentido, yo creo que va a ser de mucha ayuda para ellos esta decisión que se piensa encaminar para el 2024.

Y el cuadro mostrado, a través suyo, presidente, al congresista Flores, en la que la línea roja muestra un mayor crecimiento del PBI, el crecimiento económico del PBI de Perú proporcionalmente hablando a los otros países, si son datos sacados de la misma OCDE, o sea, no son inventados nuestros, aquí tenemos la fuente que son estudios económicos de la OCDE Perú, y sí daba mucho que hablar en su momento el Perú que era uno de los países que más crecía económicamente macroeconómicamente en la región, crecimiento que sabemos también se ha ido disminuyendo por las razones obviamente que todos conocemos: la pandemia, los fenómenos naturales, Yaku, etcétera, sin embargo, si en los últimos años Perú ha sido reconocido como uno de los países que mejor crecimiento tenía; no con eso queremos decir que como por ejemplo en las cifras que se muestran donde hemos tenido mayor disminución en la pobreza que los otros países, lo dije en su momento, no significa que tenemos menos pobreza, sino que de la gran pobreza hemos bajado digamos en una escala mayor, a lo que normalmente bajan ellos porque ellos no tienen tanta pobreza.

Eso es lo que he querido mostrar el cuadro, y creo que todos esos indicadores han sido importantes; aquí está la fuente en todo caso, le dejo, presidente, para compartir con los colegas, y todos estos indicadores que OCDE ha evaluado sigilosamente, han servido de insumos para que nos puedan aceptar como aspirantes a postular porque ellos son selectos y no aceptan a cualquiera para postular e incorporarse en la OCDE.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, señor ministro.

Tiene la palabra la congresista María del Carmen Alva.

La señora ALVA PRIETO (NA).— Gracias, presidente; por su intermedio saludar al ministro Vásquez, y bueno, voy hacer algunas preguntas y algunos comentarios.

Ministro, a través de la presidencia, ya sabemos que la salud en el Perú es un caos, y eso se desnudó esta falencia que era un secreto a voces en la pandemia. Y después, evidentemente con este gobierno y con el ministro de Salud entre los que por ahí pasó "uvita racimada", que era más brujo que médicos, evidentemente no se hizo nada, un año medio palos. O sea, no es su culpa, usted lo ha dado esto y esto viene de años.

Pero, ahora que tiene usted la oportunidad, ministro, de dirigir el MINSA, y ya sabemos que hay agua por todos lados, tiene que tomar un tema principal.

Y acaba de mencionar la necesidad de médicos, lo que yo entendí es que no habían gente que estudiaba medicina, ahora resulta que sí hay muchos médicos que estudian, pero lo que no hay las prácticas, eso hay que ver, hay que ver esa solución porque médicos necesitamos. Y si yo me entero, quiero estudiar medicina y sé de esta necesidad, esta falencia, pues no estudiaré medicina y después no voy a poder ejercer, y evidentemente todos quieren trabajar en Lima, porque si lo mandas a un distrito, una provincia donde la remuneración es muy baja, quién va querer ir ahí. Entonces, eso es un tema también de remuneración, de mejorarlos.

Entonces, yo quería saber cómo anda porque me encontré la semana pasada habían como si eran técnicos profesionales, pero profesionales de la salud, sobre el cumplimiento de los famosos tramos, creo que están en el cuarto tramo, me decían que se iban a ir a hacer huelga porque no cumplía con su pago. Yo quiero que me explique en qué quedó eso, la semana pasada vinieron aquí y se reunieron con varios congresistas.

Por otro lado, cómo anda el tema de los medicamentos, también muchas quejas los medicamentos.

Cuando fue la pandemia todos se dedicaron solamente al COVID, y se descuidó las demás enfermedades, sobre todo el cáncer y decían que no compraban las medicinas para el cáncer, ¿eso ya se ha regularizado? Porque sigo escuchando denuncias y quejas al respecto y que las postas no tienen las medicinas, no les llega, entonces las postas no tienen medicinas, y los hospitales no tienen medicinas, poco podrán hacer por los pacientes.

Y los que pasamos aquí que ya sabemos y lo que vivió nuestro colega y amigo Nano Guerra García, qué va a pasar con las atenciones que hay en las postas en provincias, porque ¿uno se tiene que enfermar solamente de nueve de la mañana a siete de la noche? Porque si a las diez, once, no hay nadie que atiendan, ¿vamos a seguir así?

Hablaba con varios congresistas de las regiones que me decían, que efectivamente no hay atención en sus distritos, en sus provincias, entonces esto va a volver a pasar, nos enteramos de este caso porque es una persona pública, conocida, pero cuánta gente estará muriendo porque llegan y no los atienden, porque no hay medicina o porque no hay ningún doctor porque está la posta cerrada.

O sea, no es que solamente no atienden en el horario en que uno tiene que enfermarse, tampoco hay médicos y tampoco hay medicinas; si hay médico, no hay medicina.

Entonces, el problema en nuestra salud sabemos nuestro sistema de salud que es muy grave, y en este año y medio efectivamente del gobierno de Castillo debe estar peor.

Entonces, quisiera saber qué encontró usted después de este año y medio, qué soluciones rápidas está dando, y para que haya médicos hay que pagarles bien, ¿no?, por algo el médico el médico salva vidas, el médico estudia ocho años, es la carrera más larga, invierte mucho y para después tener el sueldo mínimo por no tener la oportunidad de practicar o de especializarse, es muy grave. Esto es para desalentar a cualquiera.

Y ahora sí hay gente que está estudiando medicina, felizmente hay vocaciones, pero habrá gente después que no vaya a las universidades si esto sigue así.

Gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, congresista Alva.

Le cedo la palabra al señor ministro de salud, para que pueda contestar.

Gracias.

EL MINISTRO DE SALUD señor, César Vásquez Sánchez.— Gracias, presidente.

Bueno, por intermedio suyo responder a las preocupaciones justificadas de la congresista Alva.

Comenzaré por lo más sensible y corto práctico, el tema de los medicamentos del cáncer. Es cierto, hay medicamentos de alto costo en el cáncer que no estaban considerados en las compras por parte del Ministerio de Salud. (5)

Hemos trabajado y, gracias a Dios, la ley que ustedes también aprobaron hace poco ha permitido avanzar en este sentido. Nosotros ya en esta gestión inmediatamente que asumimos, y conforme lo anunció la presidenta en el mensaje a la Nación, tomamos esa decisión de coberturar todo lo que son los medicamentos de alto costo a través del Seguro Integral de Salud. Ya al momento, entiendo son 24 medicamentos, 50 ya están en proceso de compra y están cercanos a que esto se concrete antes de diciembre, me dicen que va a estar esos medicamentos a disposición de los pacientes.

En algunos casos especiales estamos haciendo las compras directas, porque como lo amerita el caso, las pacientes no pueden esperar. Pero, para el resto, la gran mayoría como se hace a través de la compra a gran escala ya está en camino y eso es un tema para los que en los próximos meses no vuelva a representar un problema para los pacientes de cáncer.

Lo siguiente con respecto a la huelga que es un tema importante también, le agradezco la pregunta, porque esto me va permitir expresarle a los congresistas cuál es la voz institucional del problema. Debido a lo que entiendo, porque sé cómo funciona esto, entiendo que en el cumplimiento de su función de representación reciben a los sindicatos, a los trabajadores, quizás no se entrega o no se da la información completa.

Lo cierto es lo siguiente, hay acuerdos que se han firmado desde hace muchos años desde el 2012, 2013, 2017, a raíz de huelgas y manifestaciones con los ministros de turno. Hay acuerdos para diferentes grupos, hay acuerdos para un grupo profesional, hay acuerdos para otro grupo profesional y hay acuerdos para los técnicos, etc.

Si queremos cumplir con todos los acuerdos necesitamos 1316 millones de soles más o menos. Pero, el presupuesto que me aprobaron el año pasado en la Ley de Presupuestos son cerca de 1100 millones de soles para incremento salarial. Entonces, haciendo un balance nos faltan 2016 millones para el 2024, más 18 millones para diciembre, más o menos 230 y picos millones.

Bueno, cuando asumo y me toca encaminar este proceso encuentro una propuesta inicial, no era formal, era una propuesta que al parecer en coordinación verbal ya la gestión anterior les había ofrecido. De esos 1100 millones que se contaba para este año hicieron una distribución que a mi criterio me pareció inequitativa y, obviamente, consideré que era necesario corregirlo.

En esa propuesta inicial que ellos reclaman que se cumpla había un aumento para los médicos de primer nivel de 490 soles, y para los médicos de quinto nivel, porque de acuerdo al nivel se gana, un promedio de 1200 soles de aumento. Es decir, médicos aumentaban entre 490 a 1200 soles, el otro grupo que son los profesionales de la salud, enfermeras, obstetras, biólogos, odontólogos, etcétera, tenían un aumento entre 1080 soles hasta 1900 del primer nivel al último nivel, y a los técnicos de enfermería les habían considerado solo 50 soles.

Entonces, viendo que los técnicos que son más de 50 mil a nivel nacional que además son los menos favorecidos también no solo remunerativamente, sino que además no tiene facilidades como los tenemos los profesionales de poder ejercer práctica privada, de poder ver otras opciones de ingresos. Consideré injusto que mientras que a uno se le suma más de 1000 soles en su sueldo, al otro se le suma solo 50.

En esa línea, sin querer decir con esto que no se merecen ellos el incremento, sino muy por el contrario, siempre les he dicho que hay la apertura para dialogar y siempre va a ver desde mi despacho el mensaje de búsqueda de consensos. Les he ofrecido a ellos en el diálogo que hemos tenido gestionar ante el MEF estos 216 millones, incluso estuvieron dos congresistas en esa reunión, y yo me comprometo para que no se vean afectado porque el aumento del sueldo es a partir del 1 de diciembre, les dije para lo que es diciembre no hay problema, yo voy a rascar la olla -hablando popularmente- dentro de lo que es el presupuesto del MINSA, y le voy a destinar los 18 millones del presupuesto del MINSA para que se empiece diciembre juntos con todos los demás y se complete este presupuesto que ellos consideran que se les está quitando.

Entonces, los congresistas ofrecieron ayudarnos para que en la Ley de Presupuesto con coordinación con el MEF se pueda conseguir los 216 que serían necesarios para el próximo año, porque el problema no es subir un mes, sino subir para toda la vida. Entonces, si aseguro y busco el marco legal para aumentarles en diciembre, entonces, eso tiene que ir enlazado con la Ley de Presupuesto de 2024 para garantizar que el aumento no sea solo por un mes, porque eso sería ilógico.

Entonces, necesitamos que se apruebe la Ley de Presupuesto primero, yo ya tengo la plata separada para diciembre para ellos. Pero, necesito que se apruebe la ley de presupuesto por ustedes con el congreso para poder ejecutar este aumento con el saldo que ellos consideran que se les ha quitado. Entonces, está corriendo ahora un decreto supremo con la distribución que mi despacho decidió donde el aumento de los médicos sigue siendo igual de 490 a 1200, el aumento de los profesionales de la salud es de 780 hasta 1565 de los enfermeros, obstetras, ellos, y de los técnicos ya no 50 soles, sino 350.

Entonces, en otras palabras, siguen siendo este grupo profesional los más beneficiados con el aumento, pero nunca le he dicho que no merecen, ya no les voy a hacer las gestiones. Al contrario, yo sigo insistiendo con el MEF, me he reunido con el presidente de la Comisión de Presupuesto, estoy socializando con los miembros de la Comisión de Presupuesto para que en el dictamen me vayan a ayudar con su voto. El ministerio tiene la predisposición, la voluntad, y de hecho va liderar esta gestión.

Ese es el mensaje que desde aquí quiero darles a todos los trabajadores de salud si usted me lo permite, presidente. Vamos a encaminar esta gestión junto con el Congreso y el MEF vamos a buscarle la solución, yo creo que sí es posible, yo confío plenamente que hasta el 30 de noviembre podamos conseguir esos 216 millones que faltan para poder darles y cumplir con todos los acuerdos, porque si yo no hacía esta redistribución hoy tuviera a más de 50 mil técnicos reclamando la burla de un aumento de 50 soles, mientras que a sus compañeros de equipo se le aumenta más de 1000 soles.

Entonces, realmente es una situación difícil, yo siempre abogo por el trabajador, es la gran responsabilidad que tienen. Definitivamente, como ministro estoy de lado de ellos, pero hay situaciones que tienen que caminar de la par con la proporcionalidad, la equidad, la justicia, pero además de la ley. Entonces, no podemos nosotros ahorita y mal haría el congreso de aprobar a la fuerza un articulado de este tipo si no tienen la opinión favorable del MEF.

Estamos trabajando, yo confío de que el MEF va ayudar, vamos a llegar a un acuerdo y, seguramente, en los próximos días lo estaremos socializando con ustedes para que todos los trabajadores de salud finalmente terminen el año contento

recibiendo de acuerdo a la expectativa que tienen y de acuerdo a lo que se merecen.

Terminado esta aclaración de la huelga, la siguiente pregunta que me quedó en el aire del congresista Salhuana, y que tiene que ver mucho con la pregunta que ha hecho la congresista Alva, presidente, es sobre que vamos a hacer o que estamos haciendo nosotros como ministerio para corregir la bomba de tiempo que tenemos como sector. Identificado que el problema de mayor de nosotros es el primer nivel de atención, estamos entonces implementando un plan que va quedar como política de Estado, yo creo que estamos próximos de terminar y presentar un plan de fortalecimiento de primer nivel que tiene que implementarlo, y eso lo vamos a hacer que lo aprueba el mismo congreso para que quede como política de Estado y ya no depende de buena o mala voluntad del que viene, porque eso está demostrado hasta la saciedad, los países que tiene mejores indicadores sanitarios son los que tienen un primer nivel, o sea, centros y puestos de salud que funcionan como primer nivel de función adecuada.

Imagínense, de los más de 8000 mil centros de establecimiento de salud el 93% son de primer nivel, de estos cerca de 8000 establecimientos de primer nivel el 94% según informes oficiales están en condiciones inadecuadas de acuerdo a su categoría. No significa que el 94% está cayéndose como algunos quieren ir al extremo, significa que el 94% está en condiciones adecuadas de acuerdo a su categoría. Eso es lo que ha dicho la Defensoría del Pueblo también, significa que algo le falta para que este okey, algunos les faltan profesionales, a otros les faltan equipos, a otros les faltan infraestructura y a otros de falta de todo también.

Entonces, de esas casi 8000 mil que están mal hemos visto que reconstrucción completa se necesita 3000 más o menos, 3000 puestos que hay que construir y ampliar, y una cifra cercana a 4500 necesitan mantenimiento y algunas mejoras simples y equipamiento. O sea, una inversión menor. Y para esos 3000 mil que necesitan reconstrucción total, nosotros hemos creado el plan 1000, este plan busca cerrar el 30% de esta brecha, porque no somos ilusos de pensar que en una gestión en dos años y medio vamos a cerrar una brecha histórica de construir 3000 puestos de salud, pero ambicionamos a construir 1000.

En ese camino estamos trabajando de la mano de la municipalidades, y ustedes nos pueden ayudar porque ya estamos en plena implementación del mil, reuniéndonos con las municipalidades, REMURPE, pidiéndole a los alcaldes que hagan sus expedientes que solo cuesta el 3% de la inversión para que nosotros pongamos el financiamiento que es el 97% de la inversión, para que así podamos avanzar de manera paralela y cerrar esta brecha con el plan mil, el 30% de la brecha a julio de 2026.

Entonces, hay que llevar ese mensaje a los alcaldes, que hagan expedientes que este gobierno va a financiar centros y puestos de salud. La prioridad en el plan mil para responder ahí la pregunta y la preocupación de la congresista Alva, la prioridad en el Plan Mil es precisamente los establecimientos I-3, que son los establecimientos donde lamentablemente falleció el ex congresista Nano.

De acuerdo a la norma actual y según la disponibilidad de los recursos, hay categorías en el primer nivel de atención y que van desde el I-1 al I-4, los únicos que atienden las 24 horas de acuerdo a la directiva son los I-4. El establecimiento I-3 atiende 12 horas porque no tiene la cantidad de personal suficiente para tender las 24 horas.

Entonces, **(6)** nosotros vamos a priorizar en el Plan 1000 los I-3, para que sean más grandes, para que le metamos más recursos y podamos ampliar el horario a 24 horas. Con eso, yo creo que ayudaríamos bastante.

Sería iluso también u [...] mentirles, que los I-1, I-2, van a atender 24 horas porque son postas que no tendrían y no habría la cantidad de recursos para cubrirlos, pero con mejorar los I-3, que son en buena parte creo que los anillos de contención de los I-4 y que se encuentran generalmente en capitales de distrito, yo creo que sí se puede sentir el impacto de esta inversión y el cierre de brechas.

El otro shock, aparte de este shock de inversiones que es el Plan 1000, es el shock de servicios. Entonces, estamos implementando un hospital de campaña potente que va a ser una unidad ejecutora, porque si formamos un hospital de campaña así como se ha hecho, con buenas intenciones pasajeras en gestiones anteriores, el que viene, por celo, por cambio de rumbo en su gestión, deja que los hospitales allí estén y no los potencia. Vamos a hacerle una unidad ejecutora para que tengan su director ejecutivo, su planificador, su administrador y con un presupuesto suficiente para que funcione. El SIS asumirá las atenciones.

Y entonces, poder tener oferta flexible móvil de especialistas de detección temprana de cáncer hasta en los distritos más alejados donde lleguen los carros, donde llegue estos container, que incluso van a tener módulos fijos para poner una sala de operaciones para cirugía, que son cirugías de día, que son ambulatorias.

Entonces, para acercar el servicio a la población de manera más rápida, antes que se implemente el cierre de brechas potente, que estamos pensando con el Plan 1000 y los otros; este plan de campaña, este shock de servicios, nos va a ayudar bastante.

Así es que sí hay clara la ruta que tenemos como Ministerio de Salud, conocemos bien el sector y estoy confiado en que con el apoyo de este Congreso, que ya nos ha demostrado definitivamente

con hechos que está a favor de la mejora del Sector Salud, yo creo que tenemos la esperanza de poder mejorar progresivamente y hablar en el futuro de que nuestro sistema de salud está cambiando.

Muchas gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE.— Muchas gracias, señor ministro de Salud.

¿Algún congresista tiene alguna otra pregunta?

Yo quisiera hacer alguna pregunta.

Durante su presentación, señor ministro, usted ha mencionado algunos datos que provienen de la misma OCDE, uno de ellos es una gráfica que muestra el gasto en salud en el año 19 —están casi todos los países de la OCDE y algunos que no lo son—, donde se muestra —es la gráfica 3.19— lo que se gasta en salud, partido en gasto de bolsillo, regímenes públicos obligatorios y regímenes voluntarios de asistencia sanitaria.

Perú muestra que tiene en la gráfica, [...] está bien calculado, que sale, es 30%, Perú tiene un 30% de gasto sanitario total en gasto de bolsillo.

Estados Unidos, por ejemplo, tiene la misma cantidad en porcentaje del PBI, que es más o menos un punto porcentual del PBI, pero Estados Unidos gasta 16 y pico, casi 17% de su PBI en la función salud; mientras que Perú gasta apenas el 5% de su PBI.

Entonces, el 30% de 5 puntos es 1.5, es un montón. Eso es lo que Perú gasta de bolsillo, o sea, en realidad viene a ser un seguro de salud, pero que viene del bolsillo de los peruanos. Entonces, la pregunta es, ¿y quién paga ese 30%?

Por un lado, está el segmento más rico de la población, que paga el 100% de su gasto. La persona muy rica no tiene seguro de EsSalud, su seguro de salud es su cuenta bancaria.

Y también están aquellos peruanos que son tan pobres pero tan pobres que tienen que comprar hasta lo mínimo de su bolsillo porque realmente nadie los atiende. Estarán en el SIS, de acuerdo a las estadísticas, pero no hay servicio prestacional del SIS para ellos; o estarán en EsSalud, pero la cita se la dan en seis meses, lo mismo puede pasar en el SIS; y en consecuencia, recurren a su bolsillo para poder pagar su gasto en salud, sea medicamentos, sea consulta médica, sea examen auxiliar de laboratorio, imágenes, lo que fuere.

Entonces, la pregunta es, ¿cómo es posible que tengamos un porcentaje tan alto? La OCDE nos pide que bajemos ese 30%.

De los diferentes países de la OCDE, Perú es uno de los países que más tiene; sin estar en la OCDE, Perú sería el país que más gasto de bolsillo tiene; y, ¡ojo!, es el país que menos porcentaje de su PBI gasta en salud. Entonces, en realidad es altísimo, en términos absolutos. Y lo que pide la OCDE es que

bajemos eso. Pero, ¿cómo vamos a bajar eso? Lo que estaríamos haciendo es subsidiando realmente al estrato más alto. Yo me pregunto si es que se ha hecho una estadística en ese sentido.

Es decir, yo he calculado que, de ese 30%, el porcentaje de población más rico es el que cubre una cantidad importante en gasto de bolsillo; pero la pregunta es, del 30% que los peruanos cubren en gasto de salud en bolsillo, ¿qué porcentaje corresponde a la población peruana en general de estrato medio o medio bajo y qué porcentaje corresponde al estrato alto?, considerando que hay muy poca gente que se pueda calificar como rica en el Perú, y generalmente el que es muy rico se va al extranjero a curarse, acá no se trata. Entonces, ¿dónde está ese gasto de bolsillo?

Es una pregunta para el señor ministro de Salud, ¿qué porcentaje, cómo se distribuye el gasto de bolsillo que se muestra en la OCDE, ese 30% que los peruanos gastamos de nuestro bolsillo?, no solamente es copagos, porque sabemos que EsSalud no tiene copago; y el SIS es básicamente es el medicamento que tiene que comprar en la farmacia del frente, pero los pacientes del SIS son muy pobres, realmente no tienen un gasto de salud que pueda significar 30% del 5% del PBI, o sea, uno y medio por ciento del PBI es que los peruanos gastamos del bolsillo.

Esa es una pregunta que tendría para el señor ministro de Salud. No sé si me puede hacer el comentario y la respuesta antes de proseguir con la siguiente pregunta.

Gracias.

El MINISTRO DE SALUD, señor César Henry Vásquez Sánchez.— Sí, claro, presidente.

Efectivamente, sin duda —como usted bien lo ha señalado— el Perú es uno de los países que más gasto de bolsillo tiene, el promedio en los países de OCDE es el 20%.

Estamos nosotros —como usted bien lo ha dicho— cercano al 30%. Considero que, obviamente, todo esto tiene que ver en buena parte con la falta al acceso a los servicios por las razones estructurales que ya les mencioné en la oferta de servicio, que están más orientadas a nivel hospitalario que prehospitario, y que obviamente con hospitales congestionados y además con —hay que decirlo también— falta de medicamentos por problemas en los procesos de compra que ha habido a nivel de CENARES —que estamos corrigiendo por cierto nosotros de manera significativa ya en estos meses— han hecho de que esto se mantenga así y es un problema histórico.

Pero, creo que el doctor Barrenechea nos puede comentar algunos datos más técnicos al respecto.

El señor PRESIDENTE.— Por favor, adelante.

El señor BARRENECHEA, Alberto.— Gracias.

Alberto Barrenechea, economista de la salud.

Sí, mire, justamente agradezco su pregunta porque el documento discute ampliamente ese tema y menciona la gráfica que se puso a continuación. La gráfica que usted refiere es justamente la gráfica que presenta el mismo documento.

La OCDE da cuentas de que nos felicita como país por haber, digamos, crecido económicamente, y a partir de ahí haber reducido la pobreza y, a partir de ahí, los determinantes de la salud han mejorado como la esperanza de vida y la tasa de muerte infantil; pero también da cuentas de que, en comparación con los demás países de la OCDE, nuestro país –como usted dice–, efectivamente, tiene el presupuesto público relativamente más bajo, 3% del total del PBI. Y eso, como consecuencia, hace que el gasto de bolsillo de la ciudadanía se incremente proporcionalmente, porque a menos participación de financiamiento público conlleva a un mayor financiamiento del gasto de bolsillo de la población. Claro, que eso acompaña el crecimiento económico y por eso es que hoy en día se puede financiar con gasto de bolsillo la salud porque también la economía de los hogares ha mejorado. No es lo óptimo, no es lo eficiente, pero es una consecuencia en gran parte del poco porcentaje del PBI que se destina al financiamiento público.

De hecho, como dice el señor ministro, uno de los pedidos que se está haciendo permanentemente es incrementar el presupuesto público; porque, en la medida en que eso se dé, evidentemente el gasto de bolsillo se reducirá.

El señor PRESIDENTE.— Gracias.

¿Algún comentario adicional, señor ministro, o está bien con lo que ha mencionado el doctor?

El MINISTRO DE SALUD, señor César Henry Vásquez Sánchez.— Sí.

Yo creo que, más allá de las estadísticas y las cifras, que son importantes, y las razones técnicas, lo real es que –como se explicó en la exposición– una cosa es la cobertura poblacional –en la que vamos bien– y otra cosa es la cobertura prestacional.

Hay todavía unas barreras en el acceso a los servicios, y obviamente con las limitaciones presupuestales y con las deficiencias estructurales que hay en nuestro sistema, es lo más lógico que no se logra cubrir todo el financiamiento del servicio y termina siendo afectado el paciente o el usuario.

El señor PRESIDENTE.— Muchas gracias, ministro.

Cuando la OCDE nos hace comentarios, como, por ejemplo, el explicado en el documento llamado “Estudios económicos de la OCDE-Caso Perú 2023”, en realidad no necesariamente es para hacernos recomendaciones, sino para mostrarnos su visión del desarrollo económico, y en este caso específico que hoy nos ocupa, el caso del Sector Salud, de la función salud.

Por ejemplo, la OCDE menciona no solamente en la sección salud, sino en otras partes también, el hecho que para ellos la contribución que hace el ciudadano, por ejemplo, ese 9% que

aporta el empleador para aquellos que están en EsSalud; en realidad, no lo ven con buenos ojos.

Quiero citar una parte del documento que dice: "Para lograr el acceso universal a servicios sanitarios de alta calidad y reducir desigualdades, es necesario aumentar el gasto público en salud, -dice- se necesita un 1,2% adicional del producto bruto interno para lograr la universalización", y luego dice: "Dado que la financiación de la Sanidad, a través de cargas laborales -como, por ejemplo, el 9% de EsSalud-, desincentiva la creación de empleo formal -y ese es un punto por debatirse-, sería útil -dice la OCDE- aumentar la financiación procedente de los impuestos generales", o sea, en la visión de la OCDE tenemos que ser más España, más Gran Bretaña, más Alemania, y cobrarle más impuestos, y hablan inclusive de cómo generar más impuesto al peruano promedio para que se financie vía impuestos generales el gasto en salud.

Claro, la OCDE se olvida que solo el 15% de los peruanos están en planilla, solo el 15% de los peruanos paga impuesto a la renta, casi todos los que viven en ciudades pagarán impuesto a las ventas en muchas de sus transacciones; pero impuesto a la renta, que es de lo que viene los impuestos generales a los que se refiere la OCDE, solo la paga el 15%.

Entonces, básicamente lo que está diciendo la OCDE es, en Perú, aunque solo el 15% paga impuesto, hay que aumentar el impuesto a ese 15% o aumentar un poquito la base tributaria -no dice cómo- para que puedan estar financiados el 100%. Y se olvida de ese 40% importante, que es EsSalud, que es pagado con aporte del empleador, en realidad aporte del propio empleado, lo que pasa es que la contribución la hace directamente el empleador y no se la paga al empleado para luego deducírsela, y olvida también de ese porcentaje que es pagado vía los miembros y familiares de las Fuerzas Armadas y Policiales y el sector privado. Estamos hablando de casi la mitad de la población.

Entonces, yo no sé cuál es la concepción que tiene el señor ministro de Salud y, bueno, vamos a decir, la administración actual del Sector Salud específicamente respecto de estos comentarios.

Es [...?] la opinión que debe tenerse una mayor contribución a través de impuestos generales o haría usted que, por ejemplo, el SIS sea contributivo, porque no...

Mire, hay mucha gente que está en el SIS y que..., no, no estén. Yo conozco, tengo médicos amigos míos -no voy a decir quiénes ni dónde-, pero que para conseguir pacientes para sus consultorios particulares se van a las colas de los hospitales, y hay colas que (7) tienen una o dos cuadras. Van a los últimos puestos de la cola y le dicen: "¿Quieres que te atienda hoy día? Acá está mi tarjeta" y se van.

La mitad de la cola desaparece, ¿y adónde se van? A las clínicas privadas que están alrededor de esos hospitales. Y hablo de consultas que valen cinco soles, diez soles, o de atención de laboratorio o de imágenes, que es barata. Pero si uno la compara con el ingreso que tienen estos ciudadanos, que están haciendo cola, es un monto importante, ese es un gasto de bolsillo.

¿Y cómo se obtienen esos pacientes? En las colas de los hospitales del SIS.

Entonces, la pregunta es: ¿Qué comentario tiene sobre esto y si es que realmente debemos estimular al SIS para que haga el trabajo contributivo, pero no contributivo de recibir impuestos generales?

O si es que quizás se les puede decir a las personas que están en la cola: "Mira, ¿quieres atención hoy día? Ahí hay otra cola más chiquita, pero ahí tienes que pagar diez soles y te atienden hoy día".

¿No sería ese un mecanismo para poder reducir, precisamente, la presión sobre los hospitales del SIS, que se convierta en un mecanismo contributivo para el que pueda?

Gracias.

Está con el micrófono apagado el congresista Flores.

Me está pidiendo la palabra, con mucho gusto, antes de la respuesta del señor ministro.

El señor FLORES RUIZ (FP).— Gracias, señor presidente.

Solo por cuestiones de agilidad también.

Señor ministro, me parece que su exposición es bastante clara, pero en el tema, por ejemplo, de que hay algunos establecimientos de salud que les falta equipamiento, a algunos les falta infraestructura, a algunos les falta personal, a algunos les falta todo, palabra de usted, o a algunos les falta dos de tres o tres de tres, entonces, la pregunta que le quisiera hacer es: ¿Qué política de intervención rápida e inmediata tiene su despacho con respecto al equipamiento, solo al equipamiento de los establecimientos de salud?

Porque en las últimas Semanas de Representación que hemos salido a provincias, sobre todo en La Libertad, porque yo represento a La Libertad, en realidad el tema de la implementación no solamente del mobiliario, sino el equipamiento, por ejemplo, de las áreas de laboratorio o de imágenes, realmente deja mucho que desear.

Entonces, ¿de qué manera ustedes están implementando esa solución inmediata?

Y, por otro lado, y con eso termino, a propósito de colas, señor presidente, por su intermedio, efectivamente hay muchas colas.

¿Cuál es la estrategia para tratar de solucionar esas colas y que la atención sea más expeditiva en favor de la población?

Muchas gracias, señor presidente.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, congresista Flores.

Tiene la palabra el señor ministro de Salud.

El MINISTRO DE SALUD, señor César Vásquez Sánchez.— Con respecto a la pregunta suya, bueno, a pesar de que el tema de las políticas tributarias, obviamente, no le corresponde a mi sector sino al MEF, yo considero que lo que tenemos que hacer nosotros como país, y eso creo que es la línea del gobierno, es fomentar a que más gente pase a la formalidad.

No aumentar los impuestos, entiendo que eso es, claro, una línea seguramente que trabajan en OCDE, pero si uno logra ingresar a esa organización tendrá que también dar su punto de vista y a lo mejor no en todo ponerse de acuerdo, pero en cosas, como estas, cada país deja su posición.

Nosotros apuntamos más que a aumentar impuestos y en Salud con respecto a la contribución o no en el SIS, consideramos que la naturaleza y la esencia principal de un servicio de salud es, básicamente, la inclusión y la búsqueda de equidad.

Entonces, hacer esas diferenciaciones de atención puede ayudar mucho en decir: "Los que pagan los atiendo más rápido. Los que no, que sigan en la cola larga". Pero sería para nosotros como fomentar una política exclusiva y desventajosa para los más vulnerables.

¿Qué hacer con las colas?, como nos decía el congresista Flores.

Las colas se dan por la razón principal que hemos mencionado, los centros y puestos de salud no cumplen su función. Como no cumplen su función porque no tienen el equipamiento, no tienen los especialistas adecuados, no tienen la infraestructura, entonces, ¿qué hace la gente? Hasta por un resfriado común va a formar una cola en el hospital y, obviamente, los hospitales están congestionados, por eso tenemos el plan de mejora del primer nivel de atención.

Si este plan se implementa y los centros de salud se convierten en verdaderos anillos de contención, créanme que los hospitales que tenemos van a estar prácticamente vacíos, sin colas; sin embargo, esto va a demorar.

El "Plan Mil" requiere, si se implementa en su totalidad, como pensamos, va a requerir cerca de 5000 millones de soles de inversión en los próximos dos años y medio.

De hecho, la presidenta ya está buscando financiamiento externo incluso para eso, endeudamiento, porque sabe la necesidad que hay de invertir rápido en esto. Y es una inversión que el resultado no se va a ver a largo plazo, porque lo estamos

haciendo, precisamente, con los municipios para que de manera paralela avancemos.

Si hasta febrero, que debe salir el "Punche Tres" para que a través de decreto supremo transfiramos, tenemos 500 expedientes, yo creo que llegamos fácilmente a eso porque ya vamos a cerca de 170 expedientes presentados desde el 28 de Julio que se hizo el lanzamiento del programa. Están viniendo permanentemente alcaldes a preguntar y nosotros estamos saliendo a provincias a capacitarlos a cómo pueden hacer sus expedientes, cómo pueden financiarlos y cómo pueden cumplir con la normativa para poder nosotros darles el presupuesto.

En esa línea, yo creo que llegamos a 500. Si llegamos a 500, imagínense establecimientos que el otro año empezarán a construirse en paralelo, a nivel de todos los municipios como unidad ejecutora. Entonces, sí se va a notar un impacto potente en esta línea.

Y el "Plan Mil" incluye en la infraestructura y el equipamiento, incluso ambulancias en caso que sea necesario y se justifique.

Entonces, ese es el plan más rápido que podemos decir que tenemos, porque lo otro sería un tema de apagar incendios cortitos en algunos lugares que están pidiendo algún equipamiento básico y que estamos haciendo, de hecho, ayuda.

Hace poco hemos conseguido, por ejemplo, el apoyo de una ONG "Operación Sonrisa", de la iglesia, para no llamarlo comúnmente, ¿cómo se llama la iglesia? Jesucristo de los Últimos Días, que en total nos están dando equipamientos para llevar a puestos de salud por un monto entre 20 a 30 000 dólares para 15 establecimientos, salas de operaciones para varios hospitales, y así estamos tratando de apagar esos incendios en los lugares más graves.

Pero el plan integral, que mencionamos, el plan de fortalecimiento de primer nivel de atención, que incluye el shock de inversiones es el Plan Mil, que ahí creo que tenemos mucho que trabajar todos para poder ir avanzando en este cierre de brechas.

También tenemos como uno de los tres ejes de gestión nuestra la digitalización del Ministerio de Salud, que estamos ad portas de lanzar un proceso por cerca de 250 millones para tener un data center, que va a permitir tener el almacén de la información de todas las historias clínicas electrónicas en el país.

Con eso, vamos a comenzar también a implementar las citas en línea que va a ayudar a disminuir las colas.

Estamos también trabajando un sistema como en los bancos para que la gente ya no tenga que ir a formar cola en un espacio físico, sino llegue con su celular, pueda hacer el toque en digital y rápidamente ir a dar una vuelta y lo llaman al momento que tenga que acercarse a ventanilla.

Es un proceso que sé que va a tomar un tiempo, pero que tienen que saberlo ustedes que está como eje prioritario también de nuestra gestión. Y son tres los ejes:

El primer nivel de atención, que es el fortalecimiento de centros y puestos de salud; el cáncer, como una prioridad; y la digitalización.

Gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, señor ministro.

Una pregunta adicional, por favor.

El sector Educación y el sector Salud se caracterizan fundamentalmente por la gran presión que hacen los trabajadores de ambos sectores para obtener ventajas económicas de los respectivos ministerios, y esa presión se hace también sobre el Congreso para obtener leyes de reposición, leyes de nombramiento, leyes que se reconocen aumentos, y a tal punto que el trabajo de los ministros de Salud y de Educación, a lo largo de la historia reciente del Perú, dedican un porcentaje importante de su tiempo a atender los reclamos de los trabajadores.

Si uno llama y pregunta: ¿Qué está haciendo en este momento alguno de estos ministros o jefes de instituciones de Salud? Gran parte de su tiempo está ocupado recibiendo a un sindicato, recibiendo a una asociación de trabajadores, a un colegio profesional y, la verdad, esa no es la razón de ser del sector Salud.

El sector Salud no tiene como razón de ser darle empleo a sus trabajadores, sino tiene como razón de ser el darle salud a la población.

Es como el sector Educación, la razón de ser del sector Educación no es dar trabajo a los profesores, a los maestros, sino es dar educación a los niños en este caso y luego después a los adolescentes y jóvenes que van a la universidad.

Entonces, se ha perdido el concepto del propósito de la institución, a tal punto en que uno presenta como logro de la institución "hemos dado un aumento" o "vamos a dar un aumento".

Mencionó el señor ministro hoy día, bueno, es conocido de los 1100 millones de soles en el presupuesto para aumento de los trabajadores.

Y manifestó usted, señor ministro, como una preocupación de este sector, que no debe ser suficiente, ellos pidieron 1300 millones y, en realidad, solo le van a dar 1100, y hay que luchar por esos 200 millones de diferencia.

Pero si la prioridad no son los trabajadores, más bien hay demasiados trabajadores en el sector Salud y demasiados trabajadores en el sector Educación que no hacen su trabajo.

En el sector Educación hay profesores que no están capacitados y no hacen su trabajo. Y en el sector Salud hay demasiados trabajadores que no hacen su trabajo.

Se necesita médicos y trabajadores asistenciales calificados, sí se necesita, pero también hay muchos trabajadores que están demás, y eso es algo que yo creo que hay que saber reconocer.

Porque si nosotros fuésemos una institución privada, por ejemplo, y nos dicen que estamos en recesión, en el país estamos en recesión, pero si en una institución privada se nos dice que los ingresos este año van a ser 20% menores que los del año pasado, ¿qué hace la institución privada? ¿Aumenta sueldos, contrata trabajadores, aumenta inversiones? No, lo que hace es ajuste del pantalón y más bien trata de racionalizar las cosas, de manera que alcance para que esa gente que ahora está trabajando, tenga trabajo a fin de año.

En cambio, en el Estado no pasa eso. Tenemos 20% de recesión o una recesión con casi el 20% de los ingresos tributarios han caído, y esa es la estimación para el año 2024 y, sin embargo, estamos pagando, nombrando gente, estamos consiguiendo aumentos para los trabajadores, como si esa fuese la función realmente de nuestro sector.

Yo, la verdad, siempre he considerado eso una cosa totalmente que va más allá de lo anecdótico, yo creo que es hasta trágico, porque así empezaron las crisis en muchos países y en el mismo Perú hace 40 años cuando estas mismas cosas ocurrían.

Claro, hoy tenemos un Banco Central de Reserva que impide que se eche mano a la maquineta, pero, no sé, qué va a pasar cuando realmente tengamos que pagar esos aumentos presupuestales y no haya caja, simplemente no haya caja.

A Dios gracias que los sectores no ejecutan el cien por ciento de su presupuesto, porque si lo ejecutaran no habría dinero, realmente, para gastar.

Entonces, yo me pregunto: ¿Cuál es la visión del Ministerio de Salud respecto de este tema?

Ahora que estamos entrando a un año de recesión, la pregunta es: ¿Estamos fijándonos nosotros en cómo ser más eficientes en el gasto? ¿Cómo aumentar la cobertura de Salud sin necesariamente aumentar el sueldo a los trabajadores? O se puede aumentar el sueldo a los trabajadores, pero a costa de una reducción en trabajadores, eso es lo que sería para ser eficientes.

Pero seguir haciendo las cosas como si estuviésemos en bonanza, como si tuviésemos un aumento en 20% de los ingresos en vez de 20% de reducción, me parece a mí contraproducente.

Yo quisiera saber qué opina, por favor, el señor ministro de Salud al respecto.

Gracias.

El MINISTRO DE SALUD, señor César Vásquez Sánchez.— Bueno, es una pregunta complicada para un ministro, definitivamente, sin embargo, son argumentos válidos, (8) seguramente analizados a fondo y de manera integral.

En esta medida, una de esas cosas que uno tiene que medir y ver como ministro dentro del sector, para poder avanzar es tener paz laboral y tranquilidad para planificar las cosas. Si tienes enfermeras, obstetras, médicos u otros profesionales de salud en la calle haciendo paros y dejando los servicios desabastecidos, obviamente, y encima avalado por muchos colegas suyos que van y exigen los derechos de ellos.

Es un tema que bien se puede debatir aquí en el congreso en la aprobación de la Ley de Presupuesto. A mí me corresponde fomentar la paz laboral para poder trabajar y planificar sobre lo demás, el tema presupuestal yo creo que aquí es un debate amplio, los colegas que tienen la suya, respetable por cierto y colegas que tienen también otra mirada distinta, que exigen aumento, que exigen que se pueda dar los derechos de los trabajadores, ojalá puedan ponerse de acuerdo, porque finalmente la Ley de Presupuesto se aprueba aquí en el congreso.

Nosotros necesitamos paz laboral y creemos, en ese sentido, que siendo ya un pequeño tramo lo que falta vamos a ayudar en la gestión para conseguirlo.

Gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, ministro.

Yo comprendo que mi comentario es políticamente correcto y correcto muchas veces, pero trato de ser realista. Por ejemplo, usted habla de aumento, se está dando aumentos hasta 1900 soles, ¿Quién tiene un aumento de 1900 soles hoy en día?, en medio de una recesión dar un aumento de 1900 soles es totalmente fuera de la realidad; sin embargo, eso es lo que se está aprobando, encima reclaman más, no es suficiente, me voy a la huelga. O sea, paralizó el sector salud que ya está golpeado para extorsionar al Estado, decirle me pagas más o te sigo paralizando. Eso no se puede permitir, o sea, si permitimos eso no tenemos salida, ¿Por qué debemos pensar en darle 200 millones de soles más a quien ya han recibido 1100 millones de soles en aumentos de sueldo a estas personas que en realidad ya merecieron los 1100?, ya pues, suficiente, ahora aguanta porque realmente tenemos recesión.

En vez de usar esos 200 millones de soles para comprar medicamentos o para implementar hospitales o postas médicas. Yo entendería que se requiera millones de soles para eso, pero satisfacer a sindicatos solamente porque un ministro anterior en épocas no de recesión se comprometió, yo también me puedo haber comprometido con mis hijos hace 20 años a muchas cosas. Pero, hoy en día, ha pasado tiempo y la situación es distinta, eso pasa en todas partes, por eso existen los contratos firmados.

Si los compromisos orales que puedan haber hecho los ministros anteriores no tienen ningún valor, escritos. Bueno, habrá entonces que conseguir validaciones desde el punto de vista legal, pero al final de cuentas lo que importa es la realidad, cuanta plata hay en caja; es decir, en este momento tener un 20% de aumento en el presupuesto de salud es un absurdo, encima si ese aumento se basa en remuneraciones, y no de nuevas personas. Ojalá fuese para los nuevos médicos, o las nuevas enfermeras, o los nuevos tecnólogos médicos que van a cubrir esa brecha ¡No!, es para aumentarle 1900 mensuales a gente que ya está ganando dinero, o para nombrar o darle estabilidad laboral absoluta a personas que más vienen a convertirse en una carga para el Estado al ser nombrado, cuando como contratados estaban ya con problemas, encima el Perú no está en el momento para hacer estas cosas.

Yo no entiendo porque seguimos con esta actitud, usted me dice que hay algunos de mis colegas que piensan distinto que yo. Claro, eso es el congreso, son 130 congresistas distintos y cada uno piensa distinto, hay algunos que pensamos igual y nos agrupamos, son las bancadas, los partidos políticos. Pero, el Ejecutivo es uno solo, y ustedes son el Ejecutivo los que manejan el país en este momento.

Nosotros somos el ente fiscalizador, y como tal tenemos siete, ocho, diez, grupos fiscalizadores distintos que son las bancadas, son las formas de ver el país, formas de ver la política y la economía, pero en cambio el Ejecutivo está actuando como un solo bloque. Por ello, yo me pregunto, si ustedes que tienen a cargo el presupuesto general de la república, ¿Cómo es posible que lo quieran gastar en darle aumento a gente que no lo merece?, ¿Cómo es posible que se quiera gastar 200 millones adicionales a los 1100 solamente porque hay que cumplir con el aumento de los trabajadores, y no hay que cumplir acaso con la atención médica?, ¿no hay que cumplir acaso con darle medicamentos a los que están implorando atención médica, las personas que están en las colas y se quedan en las colas es porque siquiera tienen ellos cinco soles o los diez soles que les costaría el Hospital La Solidaridad, y prefieren hacer su cola ahí porque no tienen alternativa, son muy pobres.

Entonces, por qué no darles facilidades a esos ciudadanos peruanos para que se tienden en vez de estar dando 1900 soles a personas que no saben quiénes son, quizás son personas que más adelante van a seguir extorsionando al Estado haciendo huelgas y paros muchas veces inmerecidos. Entonces, yo quisiera nuevamente escuchar la posición del ministro de salud o la posición del Ejecutivo respecto de qué hacer respecto de ello.

Yo creo que aquí se trata de tener una posición social, una posición que va con el pueblo, no con el trabajador sindicalizado, eso es bueno en el sentido de que, claro, el ministro puede sentir que no va haber presión para su salida o

destitución si es que uno queda bien con los sindicatos. Pero, al final de cuentas la razón de ser del ministro es encargarse de la cartera, y la cartera de salud tiene como misión atender médicamente, sanitariamente al pueblo, no atender en cuanto a sueldo a los trabajadores. Los trabajadores están al servicio público que requiere atención médica, y el ministro simplemente es el jefe del sector.

No nos olvidemos que por ahí va la necesidad, lo que pasa es que el pueblo que está requiriendo salud no se para frente al ministerio a reclamar, ni hacer huelgas, ni paros, no hay huelga de pacientes, lo que hay es huelga de trabajadores, y ellos son los que hacen la presión social y la presión política.

Entonces, yo quisiera saber si es posible, señor ministro, que tengamos un presupuesto que esté dirigido a aumentar los requerimientos, aumentar la satisfacción de los requerimientos del público, no necesariamente aumentar la satisfacción de los requerimientos de los trabajadores.

Gracias.

El MINISTRO DE SALUD, señor Cesar Vásquez Sánchez.— Bueno, presidente, gracias.

Sin ánimos de querer confrontarlo con su colega, no fue mi intención. Si lo mencioné básicamente fue porque sí hay algunos congresistas que por no atender este pedido ya están incluso insinuando pedir mi censura en la línea de que no atiende un derecho laboral. Lo cierto es que, más allá de los argumentos, la justificación, me parecen válidas, pero hay también derechos laborales, acuerdos colectivos que las leyes mismas contemplan y que nos obligan a los funcionarios a cumplir.

En esa línea, es donde estamos trabajando en el cumplimiento de estos acuerdos colectivos que tiene marco legal y también en la búsqueda de la paz laboral. Es decir, vamos a continuar en esa gestión, esperamos que eso ya pueda traer la tranquilidad que necesitamos como sector para planificar este gran cierre de brechas, el trabajo que el sector necesita de los 2500, más de 2500 de soles que se ha aumentado al sector, casi 1100, como les he dicho, para aumento, y el resto es para temas operativos.

Muchas gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE.— Listo.

La congresista Limachi ha venido, no sé si tiene alguna pregunta, por favor.

Tiene la palabra la congresista Limachi.

La señora LIMACHI QUISPE (CD-JPP).— Gracias.

Saludarlo, señor presidente, saludar al señor ministro por intermedio suyo, y a todos los colegas congresistas. Mi pregunta es muy puntual en el sentido de la labor que realizan los medios. Lamentablemente, cuando he ido a hacer algunas visitas en algunos

establecimientos de salud hay esa queja, no me va dejar mentir algunos reportajes que han salido también, donde algunos malos elementos, porque en todo grupo hay algunos malos elementos.

¿Qué se está haciendo o qué acciones van a realizar o que se está implementando para que no haya está sacada de vuelta por los médicos que están de forma paralela cumpliendo funciones en un establecimiento de salud, pero también están haciendo en otro?, a su vez van, marcan doble, incluso Contraloría ya habido informes. Pero, qué más está recurriendo cuando, por ejemplo, que ido a algunos establecimientos y me dicen que hay un pacto, hay un convenio, que se ha ganado los médicos, algunos no marcan con huellas, sino marcan solamente en un papel, los vigilantes no pueden tampoco restringir su salido, los dejás salir, entran por una puerta, salen por otra.

O sea, ¿Cuál es el control, ¿cuáles son las medidas que el ministerio está utilizando, está implementando?, porque no se puede jugar con la salud, eso es claramente un delito. Entonces, nosotros tenemos que, exigen buenos sueldos, pero también queremos buenos resultados, que sea eficiente, y para todos los grupos de trabajadores.

Así que, ¿Qué es lo que se está haciendo?, quizás necesita alguna propuesta por parte de nosotros, el congreso, porque les he dicho, por ejemplo, he ido a otro establecimiento que no es de su cartera, es de Essalud. En Essalud nos dijeron que van a hacernos llegar el convenio donde los médicos no pueden marcar con huella, o sea, está bien, yo respeto mucho a los médicos, pero no se puede estar permitiendo que ellos jueguen.

Yo he dado a luz en un establecimiento de Essalud, y el médico para sacar los puntos llegó, pero velozmente cinco minutos, al toque, pasen, pasen, pasen. Yo nunca me he identificado, siempre voy como cualquier mortal a atenderme, pero le pregunté, indagué, pero el médico tiene una clínica, entonces, va, viene.

Entonces, ¿a qué estamos jugando con nuestra salud? Gracias por la respuesta que me da.

El MINISTRO DE SALUD, señor Cesar Vásquez Sánchez.— Por su intermedio, presidente.

Señora congresista Quispe, buenos días. Bueno, efectivamente, es un problema que existe, no se puede negar. Gracias a Dios no es generalizado, me atrevo a decir eso, siempre son situaciones particulares. Pero, por parte del Estado está normado la presencia del personal de salud, no solo médico, es obligatoria que cumplan su turno, ellos deberían firmar su entrada y salida, y con un huellero en los lugares donde atienden tiene que pasar igual que cualquier trabajador.

El directivo, el jefe inmediato superior en este caso si es en regiones, como ustedes saben, la administración está a cargo de los gobiernos regionales. Pero, el director del hospital, el

jefe del servicio tiene responsabilidad de poder garantizar y exigir la presencia del personal, si este se escapa, y se verifica y se comprueba esto, tiene que ser sancionado el personal que se escapa y no cumple su labor y el personal que no lo supervisa, que, según la función asignada a esa función, puede ser la jefa de recursos humanos, el jefe de servicio que es el inmediato.

Entonces, esas normas están ya definidas, que no se apliquen es muy probable. Aquí hacemos el llamado que todo funcionario público tiene que cumplir esa función y, ustedes también si tiene una denuncia al respecto nos hagan llegar. Lo que es Lima Metropolitana, nosotros tomaremos acciones inmediatas, porque los directores de hospitales están bajo nuestro control directo. Pero, en regiones lo máximo que podemos hacer es exhortar a que el ordenador, el director regional de salud cumpla su función, porque es la responsabilidad de ellos en el marco de la ley de estandarización velar por el cumplimiento de funciones y administrar el sector.

El señor PRESIDENTE.— Muchas gracias, ministro.

Una repregunta de la congresista Limachi.

La señora LIMACHI QUISPE (CD-JPP).— Sí.

Si bien lo dice, está todo establecido. Pero, a través suyo, señor presidente, estos procesos sancionadores son muy lentos, y muchas veces llegan a prescribir. Yo creo que estimaría que les den una revisada a esos procesos porque, como usted dice, acarrea responsabilidades, pero todo es tan lento que al final procede la prescripción y, valgan verdades, entre ellos se protegen.

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Bien, muchas gracias.

Quisiera agradecer al señor ministro, al doctor Cesar Vásquez Sánchez, ministro de Salud, por su presencia y participación en la presente sesión. Asimismo, agradezco a los señores funcionarios que han acompañado su presentación.

Entonces, solicito la dispensa del trámite de lectura y aprobación del acta para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión. Si no hay oposición, se da por aprobada.

Ha sido aprobada.

No habiendo más asuntos que tratar y siendo las 11 horas con 20 minutos, se levanta la sesión.

Gracias.

—A las 11:20 h del martes 14 de noviembre de 2023, se levanta la sesión.