

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN
PERIODO ANUAL DE SESIONES 2021-2022
ACTA DÉCIMA QUINTA SESIÓN ORDINARIA
(SESIÓN VIRTUAL)

MARTES, 01 DE MARZO 2022

Inicio de la Sesión

PRESIDENTE: Buenos días, colegas congresistas, iniciamos la Décima Quinta Sesión Ordinaria, de la Comisión de Salud y Población, hoy martes 01 de marzo 2022, siendo las 11 horas con 03 minuto, damos inicio a la Sesión, **a través del Programa Microsoft TEAMS**. Se va a verificar el quórum respectivo. Señor Secretario Técnico, pasar lista.

Secretario Técnico: Muy buenos días Señor Presidente, buenos días señores congresista, se va pasar lista.

Lista de asistencia

Congresistas: Saavedra Casternoque Hitler, Julón Irigoín Elva Edhit, Marticorena Mendoza Jorge, Varas Meléndez Elías Marcial, Robles Araujo Silvana Emperatriz, Revilla Villanueva César Manuel, Huamán Coronado Raúl, Cordero Jon Tay María del Pilar, Flores Ancachi Jorge Luis, Mori Celis Juan Carlos, Córdova Lobatón María Jessica. Miembros titulares (11)

Se pasó lista a los congresistas miembros accesorios: Infantes Castañeda Mery Eliana, Yorel Kira Alcarraz Agüero, Luque Ibarra Ruth. (3) Miembros accesorios.

Congresista: Luque Ibarra Ruth. Miembro accesorio (1)

Nota: Nota: Se toma el voto de la congresista Luque Ibarra Ruth por estar de licencia el congresista Sánchez Palomino Roberto Helbert.

Licencia de los señores congresistas: Paredes Castro Francis Jhasmina, Sánchez Palomino Roberto Helbert, Picón Quedo Luis Raúl.

Luego de incorporaron los Congresistas: Portalatino Ávalos Kelly Roxana, Burgos Oliveros Juan Bartolomé. Muñante Barrios Alejandro

Secretario Técnico: Señor Presidente contamos con el quórum, han registrado su asistencia 12 miembros titulares y 1 un accesitario le doy pase adelante Señor Presidente.

PRESIDENTE: Muchas gracias Señor Secretario Técnico, pasamos a la Aprobación del Acta.

I. Aprobación del Acta

Aprobación del Acta Décimo Cuarta Sesión Ordinaria, realizada el martes 15 de febrero de 2022 y aprobada con la dispensa de trámite del Acta. Si no hay observaciones votación nominal Señor Secretario Técnico.

Secretario Técnico: Gracias Señor Presidente:

Votación Nominal Aprobación del Acta de la Décimo Cuarta Sesión Ordinaria de 15-02-2022

Saavedra Casternoque Hitler, Julón Irigoin Elva Edhit, Marticorena Mendoza Jorge, Varas Meléndez Elías Marcial, Robles Araujo Silvana Emperatriz, Revilla Villanueva César Manuel, Huamán Coronado Raúl, Cordero Jon Tay María del Pilar, Flores Ancachi Jorge Luis, Mori Celis Juan Carlos, Córdova Lobatón María Jessica, Miembros titulares (11)

Luque Ibarra Ruth. Miembro accesitario (1)

Nota: Nota: Se toma el voto de la congresista Luque Ibarra Ruth por estar de licencia el Congresista Sánchez Palomino Roberto Helbert.

Secretario Técnico: Señor Presidente, el Acta Décima Cuarta Sesión Ordinaria, realizada el martes 15 de febrero de 2022 y aprobada con la dispensa de trámite, ha sido aprobado por unanimidad con 11 votos a favor de los miembros titulares, 01 accesitario, 12 votos a favor. Adelante Señor Presidente.

PRESIDENTE: Muchas gracias Señor Secretario Técnico. Pasamos a sección despachos:

II. Despacho

2.1. Muchas gracias señores congresistas, damos cuenta que, como parte de la AGENDA para la presente sesión, se remitió a sus correspondientes

correos electrónicos la citación, Agenda Acta de la Décima Cuarta Sesión Realizada el martes 15 de febrero de 2022 y aprobada con la dispensa de trámite del acta, de la presente sesión

PRESIDENTE: Pasamos a la estación de informes:

III. Informes

3.1. Estimados señores congresistas: Debo informar que el día viernes 4 continuará el “Grupo de Trabajo de Seguimiento a la vacunación contra el COVID 19”, quien con la colaboración Propuesta País y con la Fundación Newman, realiza este Grupo que recibirá la información de expertos siguientes: Programa de la reunión de trabajo viernes 4 de marzo del 2022. Cobertura de Vacunación y Gestión de Escepticismos y Resistencias a la Vacunación COVID 19”.

8.15 a 8.35 de A.M. Presentación y cobertura de vacunación y, niveles de satisfacción de los ciudadanos, Herminio Hernández, Colegio Médico del Perú.

8.35 a 8.55 de A.M. Presentación cobertura de Población Nativa, Originarias Alto Andinas y Comunidades Dispersas. Julio Mendigure Fernandez, Director Ejecutivo de Pueblos Indígenas u Originarios de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA.

8.55 a 9.15 A.M. Presentación de Gestión de Escepticismos y Resistencias. Doris Alfaro Conación.

9.50 a 10.00 A.M Conclusiones y Síntesis. De la Segunda Sesión y siguientes Pasos. Y se cita para para la Tercera Reunión que será el viernes 11 de marzo del 2022.

3.2. Sí algún congresista desea intervenir para informar tiene la palabra y/o pedido, por el chat interno Microsoft TEAMS.

IV. Informes y Pedidos

Ronda de Intervenciones:

PRESIDENTE: Tiene la palabra Córdova Lobatón María Jessica.

Congresista **Córdova Lobatón María Jessica:** Buenos días, Señor Presidente, y por su intermedio saludo a mis colegas congresistas.

PRESIDENTE: Para informar que tomé conocimiento, por un documento dirigido a mi Despacho, del Sindicato Nacional de Tecnólogos Médicos de la Seguridad Nacional el incumplimiento por parte de ESSALUD al Artículo 14

de la Ley 28456, Ley de Trabajo del Profesional de la Salud – Tecnólogo Médico, sobre la Creación de la Unidad Orgánica de Tecnología Médica en la Estructura de ESSALUD. Esto trajo como consecuencia, que el día 27 de enero inicie una huelga nacional indefinida para exigir al Presidente de ESSALUD la Creación e Implementación de esta unidad orgánica. Ante este hecho, cursé el oficio 226-2021-2022 para que me informen por qué esta falta de cumplimiento a la Ley antes mencionada. Hoy los señores del sindicato me han dado a conocer que de forma unilateral el Presidente de ESSALUD ha emitido una Resolución de Presidencia Ejecutiva 171 de fecha 28 de febrero de 2022 en la cual crean la Unidad de Soporte a la Tecnología Médica, y no lo que indica la norma antes señalada. Esto solo agravará la huelga a nivel nacional.

Asimismo, Presidente, informar que la Contraloría mediante el Informe de orientación de oficio 002-2022OCI/251SOO, sobre la existencia de una gran cantidad de medicamentos, material médico y de laboratorio en los almacenes, depósitos y farmacias de las redes de las prestaciones de Salud que están a punto de vencer entre los meses febrero y abril de este año, lo que asciende a un total de 8.4 millones de soles. Presidente, esto representa un grave daño, no solo al Erario Nacional por la pérdida de dinero, sino a la salud de miles de asegurados a nivel nacional que no reciben sus medicamentos de forma oportuna. Se ha evidenciado en este informe que las redes prestacionales del Almenara, Sabogal, Rebagliati, la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) y la Gerencia Central de Operaciones, no han realizado una oportuna redistribución de los bienes estratégicos o cambio de lote con otro de fecha más lejana. Eso es todo lo que tengo que informar, Señor Presidente. Gracias.

PRESIDENTE. Revilla Villanueva, tiene la palabra.

Congresista **Revilla Villanueva César Manuel:** Buenos días, Presidente y a todos los colegas, para informar que la Región Piura es una zona endémica a Neurocisticercosis, esta enfermedad, señores, es de los parásitos más comunes del Sistema Nervioso Humano y es la principal causa de Epilepsia y otras manifestaciones neurológicas en países subdesarrollados, como el nuestro, y afecta a mucha población en Piura, Tumbes, Huancayo y otras. Esta enfermedad es ocasionada por un parásito llamado Taenia solium, que tiene un ciclo biológico complejo, que incluye dos hospedadores, los humanos en tenia intestinal y los cerdos en cisticerco; siendo muy frecuente en lugares en donde los cerdos son criados como fuentes de alimento y con sistemas de saneamiento deficientes o ausentes.

Amigos, las manifestaciones clínicas de la Neurocisticercosis son variadas y están relacionadas al número, tamaño y ubicación de los quistes o cisticercos. Los pacientes son diagnosticados de manera tardía, a menudo con mal pronóstico, con un compromiso clínico grave. Siendo nuestro Sistema de Salud deficiente, incluso para identificar estos casos, ya que se requiere de técnicas de neuroimágenes, como una tomografía computarizada o una resonancia magnética. No tenemos estos equipos en nuestro Primer Nivel de Atención. No podemos afrontar la carga de enfermedad que ocasiona un paciente que convulsiona nuestro precario Sistema de Salud. No estamos preparados en darle calidad de vida y otros costos operativos, el escenario hospitalario y la rehabilitación a este tipo de pacientes. Una posibilidad es la quimioprofilaxis con el antiparasitario Niclosamida de 0.28 soles cada tableta. La OMS y la OPS en setiembre del año pasado han aprobado una guía de quimioterapia preventiva para cortar la transmisión de la teniasis por *Taenia solium*, como medida de control de Epilepsia. También la Organización de las Naciones Unidas, clasifica la *Taenia solium* como un parásito de mayor riesgo basado en la gravedad de la infección, y de ser una de las principales causas de Epilepsia. Los estudios estiman 400 000 casos en Latinoamérica y aproximadamente 31 000 en Perú. Ya que la teniasis es la causa inmediata de la Neurocisticercosis en las personas, el abordaje oportuno de probables casos de este parásito puede ayudarnos a controlar el incremento de casos de Epilepsia que afecta mayormente a nuestra población rural. Consideramos que, en el Perú, cuando enfrentamos a un paciente con cualquier manifestación neurológica debemos pensar en Neurocisticercosis.

En mi visita en la semana de representación, presidente, por su intermedio, para todos los colegas, me entrevisté con los investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que mediante un estudio para detectar casos de diferentes tipos de Neurocisticercosis en el nivel comunitario, trabajando de manera coordinada con la Dirección Regional de Tumbes, Sullana y Piura han podido identificar 25 nuevos casos de Neurocisticercosis. Cabe mencionar, que este año sus intervenciones se están concentrando en provincias de mayor endemicidad, como Ayabaca y Huancabamba. Este esfuerzo de este grupo de trabajo debe ser valorado por su importante aporte a la Salud Pública en las regiones basadas en evidencia.

Señor presidente, para informarle. El Perú no está utilizando, en el MINSA no tenemos este medicamento dentro del petitorio nacional. Y este grupo en coordinación con la Dirección Regional de Tumbes, tramitó a la Organización Mundial de la Salud para recibir una donación de 300,000 tabletas de Niclosamida, pero hasta el momento no se han terminado las últimas

gestiones. Por lo tanto, adelantándome a la parte de Pedidos, señor presidente, por lo antes informado.

Pedido

Pido que se le solicite a la Dirección Regional de Tumbes cuál es la demora por la cual no termina el procedimiento para poder recibir esta donación, ya que el Estado Peruano no contempla este medicamento en el petitorio; y no lo tenemos en nuestras farmacias en el Primer Nivel de Atención. Y, Señor Presidente, también desearía que podríamos invitar a este grupo de investigadores que desarrollan su actividad principal en las zonas más pobres de nuestro país, para que puedan exponernos y profundizar esto, y poder ayudar como Comisión de Salud a resolver este problema sanitario. Muchas gracias Presidente.

PRESIDENTE: Sobre este tema, colega, puede venir a la Comisión para coordinar este conversatorio con este grupo de apoyo al País. Tiene la palabra el congresista Burgos Oliveros. Adelante, colega.

Congresista **Burgos Oliveros Juan Bartolomé:** Buenos días, señor presidente de la Comisión de Salud.

Quería informar sobre las visitas que he realizado en esta semana de representación y también durante la semana. Bueno, el día lunes a los hospitales de apoyo de Chepén, al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de La Libertad, de Trujillo. Y durante más de 50 años de construcción no ha podido arreglarse el problema que tiene con el Seguro Social, ya que se construyó en el terreno de ESSALUD. Sin embargo, las autoridades regionales no se han preocupado y ese hospital siendo tan emblemático, porque representa un hospital de carretera que soluciona los problemas médicos quirúrgicos que están entre La Libertad y el Gobierno de Lambayeque. Por lo tanto, exijo desde aquí, en este informe, que se tome como la gestión de Pedidos para que se cite al señor Manuel Llempén Coronel, Gobernador Regional de La Libertad para que explique toda esta problemática que conlleva el problema de Salud a la Provincia de Chepén.

Asimismo, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Luis Pinillos Ganoza está en pésimas condiciones. Hemos tenido la oportunidad de aprobar una ley declarativa. El Congreso lo ha pedido, lo ha aprobado. Queremos preguntarle desde la Comisión de Salud y exigirle al Gobernador Regional qué medidas está realizando para poder solucionar en forma mediata lo que está ocurriendo con el servicio de hospitalización, lo que ocurre con la sala de operaciones en donde a pesar que se ha construido con limitaciones de infraestructura solamente funcionan dos quirófanos,

habiendo un embalse tremendo de pacientes oncológicos. Por lo tanto, es urgente que se tome medidas importantes para que nosotros podamos preguntarle al señor Manuel Llampén si está en condiciones realmente él, de poder realizar una obra tan emblemática como es el Nuevo Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; o tendremos que hacerlo desde aquí de la Comisión de Salud, pedirle al Ministerio de Salud que lo considere dentro de su Plan Multianual para que se pueda realizar ese gran proyecto. Muchas gracias, Señor Presidente.

PRESIDENTE: Ha sido anotada su petición y estaremos agendando para que el Presidente Regional de Trujillo acuda a la Comisión.

Tiene la palabra la congresista Kira Alcarraz.

Congresista **YOREL KIRA ALCARRAZ AGÜERO:** Hola ¿me escuchan?

Hola, buenos días. Presidente, quisiera hacer un pedido, por favor.

PRESIDENTE: Estamos en sección Informes, colega.

Congresista **Marticorena Mendoza Jorge Alfonso:** Si me permite, Doctor, para poder también informar, congresista Marticorena.

Congresista **YOREL KIRA ALCARRAZ AGÜERO:** Estimados, colegas, estamos a pocas semanas de iniciar las jornadas escolares presenciales luego de atravesar la peor crisis sanitaria de los últimos tiempos, los niños y niñas del país retornarán a las aulas y es necesario que este retorno sea seguro para ellos. Pero existe un sector en la población que es invisible a la previsión y es la Educación Básica Especial, estos centros educativos CEBE se encuentran abandonados y albergarán a personas que forman parte de la población vulnerable, debido a su situación médica es necesario que esta comisión realice un pedido a las autoridades del Ministerio de Salud y Educación, para que tomen las medidas necesarias y sean atendidos, colegas. Hemos encontrado en muchos de esos CEBE desmonte, desperdicios, aulas declaradas inhabitables por Defensa Civil, carencia de servicios básicos y otras falencias. Es lo que hemos encontrado lamentablemente, aunque ustedes no lo crean, parece que nunca los han tomado en cuenta. En la semana de representación también fui a Huarochirí a una hora y media de Lima donde una losa deportiva alberga un poste de Salud, dado que no culmina la construcción de un local adecuado para la atención de los pacientes, me refiero a la posta del Valle, la que carece de personal. Y en el colmo de la improvisación, cuenta con una

ambulancia, pero no se ha asignado a un chofer. O sea, es lo peor, le han dado ambulancia y no hay chofer, es ilógico ¿no?

Pedido

Por eso, solicito a la Presidencia de la comisión para que envíe un documento a las autoridades pertinentes y se pueda destinar el personal adecuado, y al menos para que la ambulancia sea utilizada, se supone que tienen que darle uso. A pocos minutos de esta posta se encuentra el Centro de Salud Materno Infantil Pedro Abraham López Guillén, el cual atiende 24 horas, pero la carencia de personal hace el trabajo de los profesionales de la Salud arduo y los pacientes no tengan la mejor atención posible. Ese es mi pedido, presidente.

Y espero que, por favor, pueda tomar nota para estos CEBE y estas postas que lamentablemente quieren cumplir su función, pero carecen de lo más importante, como le dije, la de Huarochirí, esta posta tiene la ambulancia y no tiene el chofer, entonces, es como poner a alguien a operar sin bisturí. Y es imposible. De verdad, me gustaría, usted que entiende la necesidad, más que nada, presidente, ya que usted también es doctor, usted entiende la necesidad de esta población. Ese es mi único pedido que quisiera pedir.

PRESIDENTE: Gracias, colega. Tiene la palabra el congresista Muñante.

Congresista **Muñante Barrios Alejandro:** Muchas gracias, Presidente.

Sí, solo para informar que dentro de mi semana de representación he tenido reuniones con importantes sectores de Salud. Por ejemplo, me reuní con los miembros del Colegio de Obstetras del Perú y los representantes de la Federación Nacional de Obstetras del Ministerio de Salud quienes reclaman por pensiones dignas para los profesionales de la Salud, van a presentar un proyecto de ley con respecto a eso. Y estaré informando cuando esto se haya materializado en los próximos días. También me reuní con los representantes de la “Asociación Obstetras por la Vida” de la Región Arequipa quienes nos mencionaron de las limitaciones de la problemática que todavía sufren nuestros profesionales de Salud en cuanto esa especialidad. Nos hablaban sobre la brecha de personal en los hospitales, la falta de cuidados en la etapa preconcepcional, la Anemia, la edad temprana de la gestación, la falta de educación, los hogares disfuncionales, abortos clandestinos, etcétera. Entonces, ellos también mencionan la necesidad de instituir el Observatorio para la Vigilancia de la Atención del Niño por Nacer y la Madre Gestante. Creo que también me parece súper importante emprender esta iniciativa que también haremos llegar en su momento a esta digna comisión. De la misma manera, también nos reunimos con los representantes y dirigentes del Hospital Central de la Policía Nacional del

Perú, si bien es cierto, es una dependencia que pertenece al Ministerio del Interior, sin embargo, creo que es importante también poder verificar la atención en cuanto a la salud de los pacientes.

Y, por último, me reuní con diferentes representantes de asociaciones que trabajan en cuanto a la donación voluntaria de sangre y de plaquetas, mostraron su preocupación respecto a la brecha de donación de sangre que hay en nuestro país, la misma que se suma a la falta de presupuesto para el trabajo sanitario, que ocasiona falta de recursos humanos e insumos médicos. Ellos también están impulsando un proyecto de ley para declarar un día de “El Día del Donante Peruano”. Yo creo que esto también podría impulsar muchísimo la donación de sangre en nuestro país. Eso es todo lo que quería informar. Muchas gracias.

PRESIDENTE Gracias, colega. Tiene la palabra la congresista Infantes Castañeda.

Congresista **Infantes Castañeda Mery Eliana:** Buenas tardes, Señor Presidente, queridos colegas. Soy representante del Departamento de Amazonas. Me uno a la invocación que hacen los colegas, el Doctor Revilla sobre el estudio que se debe hacer y el procedimiento y seguimiento para las enfermedades helmínticas, sobre todo en el Departamento de Amazonas, donde hay gran criadero de cerdos, y el agua es altamente contaminada. El segundo punto, también me he reunido con el Colegio de Obstetras de Ayacucho y los centros para conversar sobre la problemática y que sigue suscitándose en el departamento de Ayacucho donde no tiene nada de mejoría, al contrario, cada vez se citan peores enfrentamientos.

Pedido

Le pediría, Señor Presidente, a usted, como doctor, como representante máximo de Salud, por favor, tome cartas en el asunto, porque eso ya no da para más.

En cuanto a mi departamento, también he visitado los establecimientos que antes ya he referido donde los Centros de Salud que están en emergencia, ni siquiera, están solamente trabajando seis horas, los trabajadores, están a cargo del establecimiento de 17 puestos de Salud, sigue a cargo de un técnico, a pesar de que hemos conversado ya con la Directora de Salud, aún no hace cambios ni modificaciones. Queremos decir también que los establecimientos de Salud, casi para mí, están en el 90% de emergencia, Reunámonos con el Ministro. Hagamos algo. Pero ya, que podemos estar diciendo esta problemática venimos desde que hemos ingresado, que entramos en agosto. Y seguimos viendo lo mismo. Y hasta la fecha no hay

nadie que tome cartas en el asunto, por favor. La Salud está primero. Sin embargo, parece que a este gobierno la gente está último.

Lo último que ha pasado y le voy a pasar la investigación detallada, Señor Presidente de la Comisión de Salud, por favor, en las 12 ambulancias que fueron sobrevaloradas y que están desde el mes de agosto del año pasado, inclusive, hasta ahora no llegan al Departamento de Amazonas, llegaron tres, pero como hubo una información de que estas ambulancias estaban sobrevaloradas, entonces, retiran al director de la subregión de Salud y han colocado a otro como para tapar todo. Sin embargo, nosotros seguimos en la investigación. Hemos presentado ya la información a la Contraloría, y la Contraloría lo ha pasado a Fiscalía, pero aún no se dice nada, por favor queremos ese impulso, Señor Presidente de la Comisión, Doctor Hitler, por favor, que tomemos cartas en el asunto, porque la Salud está considerada como lo primero. Pero parece que les dan prioridad a otras cosas, aunque en mi Departamento yo no sé a qué le están dando prioridad, porque en todos los campos hay deficiencia.

También hay otro problema cuando hay casos de emergencia, porque en mi hospital, sobre todo el hospital de Utcubamba, en Santiago Apóstol, ya no da cabida para atención de emergencia y lo están derivando a Chiclayo donde no son atendidos los pacientes, inclusive hay un paciente que ha sido derivado por necropsia en el miembro superior derecho, perdón, en el miembro inferior, la pierna, a nivel del húmero, cerca del glúteo, y no le han dado la importancia, miles, miles de peros y no lo han considerado. También voy a enviar en nombre de él y toda su historia clínica del paciente a su despacho, señor presidente, para ver la manera de nuestros pacientes que son derivados a otras instituciones superiores por el SIS, que no son considerados como tal, siempre hay un rechazo. Y creo que sí es así, por lo que también ellos están súper llenos y eso da cabida a que ya no reciban a más. Pero la emergencia lo requiere. Y queremos mejor atención para Salud. Y bueno, Educación ya es otro punto que lo tomaremos en la comisión. Pero queremos, por favor, la Salud que sea considerada en todo el departamento de Amazonas como el primer punto necesario, ya que sabemos que es una zona sumamente endémica para Paludismo, Dengue y enfermedades protozoarias.

Por favor, Señor Presidente de la Comisión, tomemos cartas en el asunto. Le voy a hacer alcanzar toda la información de estas 12 ambulancias que en forma sobrevalorada quisieron ingresar al departamento y que ahora no se sabe dónde se encuentran. Muchas gracias, por haberme escuchado. Permiso, Señor Presidente.

PRESIDENTE: Querida colega, sobre ese tema vamos a hacer llegar un documento al Ministro para visitar con su persona y el que le habla, la Comisión, visitara Amazonas y de una vez por todas tomemos la atención debida a estos problemas que han pasado en sus centros de Salud. Gracias.

Disculpeme, Señor Presidente, una palabrita. Yo, antes de la semana de representación, he visitado al Señor Ministro sobre el problema de las obstetras y sobre el problema de mi comunidad. Pero parece que aún no se pronuncia el Señor Ministro. Ya lo vamos llevando hasta con el anterior Ministro que hasta ahora no recibimos ninguna respuesta positiva. Muchas gracias.

PRESIDENTE: Sí. Voy a enviar un documento en el cual, yo como Presidente de la Comisión, también me voy a adherir a esta visita conjuntamente con usted, como representante de Amazonas, iremos y estoy seguro que va a tener que acceder el Ministro para hacer la visita respectiva.

Congresista **Infantes Castañeda Mery Eliana:** Gracias, señor Presidente

PRESIDENTE: Tiene la palabra el congresista Huamán.

Congresista **Huamán Coronado Raúl:** Muchas gracias, Señor Presidente.

Y a través suyo, un saludo cordial a todos los colegas que están conectados.

Quiero ser preciso y concreto. Mi preocupación enorme es la siguiente: Tenemos colegas médicos, también personal de Salud, contratados por Covid-19 que están a punto de culminar con su contrato. Ellos estuvieron en la primera línea batalla contra la pandemia que puso en jaque, no solamente a nuestro país, sino a los países desarrollados también. Ahora que en cierto modo se está controlando, culminado su contrato los quieren dejar en la calle. Yo creo que tenemos una gran obligación, nosotros como colegas médicos, creo que también esta es preocupación del Colegio Médico del Perú y también la Federación Médica Peruana que los colegas médicos no pueden quedar en la calle. Yo creo que se debe buscar la continuidad de sus labores en los centros de Salud, hospitales, etcétera.

Quiero informar también: en Ica han concluido con la construcción del Hospital Covid-19 contiguo al penal de ICA, hace meses que han culminado con la construcción, hasta el momento no ha funcionado ni un día, constituyéndose un elefante blanco. Invirtieron más de veintisiete millones de soles y a la fecha no lo están utilizando adecuadamente, no obstante, hay una necesidad de atender la salud y desde ya está creo hasta por demás, hasta la saciedad estar informando los puestos de salud, centros de salud, hospitales, tanto provinciales y de apoyo de la Región en cierto modo están con una falencia de insumos, falta de personal médico, de toda línea también, incluso administrativos al margen de ello no les están motivando

adecuadamente como para que puedan desempeñarse adecuadamente en sus labores.

Pedidos

Entonces, ese aspecto, yo creo que sería importante enfatizar al Señor Ministro, ojalá lo escuche.

PRESIDENTE: Por favor, apagar sus micros, los que no tienen la palabra.

Gracias. Continúa....

Congresista **Huamán Coronado Raúl:** Disculpe. Bueno, decía, incluso muchas veces tenemos en el Perú la mala política de desvestir a un santo para vestir a otro. En los centros y puestos de salud de la Región Ica, al menos de que conozco, muchos de los médicos, fueron destacados de los centros, puestos de salud a los hospitales, entonces los centros de primer nivel están abandonados, hace tiempo y repito, hasta la saciedad, han comentado, debemos potenciar, repotenciar la atención de primer nivel, eso se dice, no ponen en práctica y esto pues hace de que los pacientes abarroten y congestionen los hospitales.

Entonces, sería bueno que los directores regionales y la primera autoridad de la Región pongan orden, conduciendo al manejo del personal. Hay destakes indebidos como se dice desatendiendo la atención de los pacientes en los puestos y centros de salud.

Otro aspecto importante, estamos en proceso de investigación de la adquisición de equipos con precios sobrevalorados, no queremos aventarnos a una piscina sin agua, queremos tener evidencias en el momento oportuno, adecuado, haremos llegar a su despacho señor Presidente, para que usted con la potestad que tiene haga las gestiones pertinentes para que esto se investigue, porque muchas veces lamentablemente en nuestra patria muchos de los casos de corrupción terminan en investigaciones, ahí mueren y duermen el sueño de los justos y nunca se llega a sancionar a los culpables.

Yo creo que es hora, que se tiene, como se dice poner orden, por ejemplo, tanto en salud, educación, al menos en salud. Quienes roban en el sector salud es prácticamente, es un delito contra los derechos humanos, equipamientos que sobrevaloran y eso debió servir incluso, de repente para adquirir otros equipos y puedan beneficiar a las grandes mayorías y a los desposeídos.

Pedido

Eso respecto, Señor Presidente, en el momento oportuno, voy a hacer llegar la documentación pertinente para que usted haga las gestiones que le corresponde como Presidente de la Comisión de Salud. Muchas gracias.

PRESIDENTE: Gracias, colega. Tiene la palabra el congresista Varas.

Congresista **Varas Meléndez Elías Marcial:** Presidente, muy buenos días, ¿me escucha?

PRESIDENTE: Claro, muy claro.

Congresista **Varas Meléndez Elías Marcial:** Muy buenos días a todos los colegas. El motivo es para informar que pude visitar la parte del Corredor Costa de Ancash en esta visita de semana de representación, y realmente encontré algunas deficiencias de manera notoria, que estoy seguro que se comparten a nivel nacional y se tiene que corregir.

Primero, referente a un bono de vacunación mediante una Resolución Ministerial 089, se generó por el tema de la actividad de la vacunación. Lamentablemente hay un descontento general a nivel de los diferentes grupos ocupacionales, debido a que hay muchos de los compañeros de trabajo que han venido trabajando en esta campaña de vacunación porque fue un trabajo de equipo. Lamentablemente no ha habido el reconocimiento ya que de manera desproporcional e inequitativo se ha hecho la distribución, tal es así que en la Red Pacífico Norte de Ancash en la parte costa se ha podido ver que hay personal que ha recibido veintiséis mil soles por concepto de lo que es el bono de vacunación, mientras que otros cincuenta y nueve soles y otros cuarenta soles.

Entonces, en ese sentido, pese a que la resolución ministerial incluye a todo el personal de salud, pero, sin embargo, por informe de la licenciada encargada de este tipo de la actividad de la programación, me informaban de que dependía que algunos de los licenciados en enfermería habían asumido el tema de monitores, eso había hecho de que se contemple la cantidad de horas que han trabajado fuera de su actividad ordinaria, le hacía merecedor a tales montos. Luego he podido recabar la información y veo que no se ajusta a la verdad según la resolución, pero bueno, eso es para manera de informe referente al bono de vacunación.

Lo otro es con el tema de los establecimientos de salud periféricos, hablo de puestos y centros de salud. Coincido de que muchos de ellos tienen grandes problemas, el problema principal es la infraestructura, pero también me doy cuenta que la mayoría de ellos dentro de un promedio del 70, 80% dependiendo de las redes de salud, vemos de que no tienen el saneamiento

físico legal. Entonces, eso compromete más no poder tener la posibilidad de mejoramiento, refacción de la infraestructura.

Entonces, hay la necesidad de que los directores de las redes de salud, los directores regionales de salud, pues se pongan como una meta, un indicador para poder hacer el saneamiento físico con sus unidades de patrimonio de todos sus establecimientos de salud.

Asimismo, sabemos nosotros que estos establecimientos de salud del primer nivel, la fuente de ingresos principal son los reembolsos o desembolsos que se hacen por parte del SIS, debido a que su ingreso está cifrado casi entre 90, 95%, pero sin embargo, me informan que en el año justamente el año 2020 de la pandemia, el año 2021 y a la fecha no se le entrega informe de sus desembolsos lo que normalmente quienes conocemos habían los consolidados, o desconsolidados de lo que producían y los ingresos que se recaudaban. En esta vez, vemos que las redes de salud no están contemplando esa información y por lo tanto tampoco atiende los requerimientos de manera directa de estos establecimientos, al punto de poner en riesgo de no tener medicamentos, de no tener algunos insumos para lo que es el ejercicio diario de la práctica médica.

También debo de manifestar el problema de la presencialidad de los hospitales. La presencialidad a nivel del Ministerio de Salud, hablo de los hospitales del MINSA, está en un promedio entre 60 a 70%, pero, sin embargo, en los hospitales de salud no pasan casi del 30%, eso se considera que están sacrificando unidades de consultas externas, unidades de centros quirúrgicos y eso ya genera la insatisfacción de la población en general.

Pedido

Por ello, hay que informar al Ministro de Salud y a quienes tengan responsabilidades referentes a este sistema de fortalecer justamente la salud en su primer nivel, y lo que es a los hospitales para que tengan la regularidad en la atención que es bien requerida mucho más en pandemia, en momento que estamos viviendo. Muchas gracias, Señor Presidente.

PRESIDENTE: Sí, colega para agregar, además, que está invitado el día de hoy el responsable del SIS y sería oportuno que se haga las preguntas necesarias al titular. Tiene la palabra la congresista Cordero Jon Tay.

Congresista **cordero Jon Tay María del Pilar:** **Gracias,** Presidente, buenos días con todos y a los colegas congresistas también. Quería informar Presidente, que en mi viaje de representación también de mi Región Tumbes, pude visitar el Hospital de Zarumilla y he podido constatar la falta de medicinas, inhaladores, camas, además del hacinamiento en las zonas de trabajo. En este lugar tenemos infraestructura inconclusa desde hace

varios años, ahora lo tiene a cargo terminar esta obra del hospital la municipalidad provincial de Zarumilla. Se remitirán los pedidos por su intermedio Presidente, a su oficina de la Comisión de Salud, teniendo en cuenta que también no hay, solamente cuentan con una ambulancia y otras que están malogradas. Presidente, hay desabastecimiento de medicinas, sobre todo del cartucho de AGA, que es tan importante que se usa normalmente en cuidados intensivos. Estuvimos en el hospital de ESSALUD, no tenía cartuchos de AGA para UCI.

Pedido

Entonces, por favor, Presidente, vamos a oficiar al Ministro y por su intermedio también a la Comisión de Salud. Gracias, Presidente, gracias, colegas congresistas.

PRESIDENTE: Gracias, colega. Tiene la palabra el colega Marticorena.

Congresista **Marticorena Mendoza Jorge Alfonso:** Gracias, señor Presidente. Bueno, por su intermedio saludos a los congresistas que están hoy día en la reunión de la Comisión de Salud. Quiero informar con respecto lo que se ha venido haciendo en Ica, por parte de mi oficina congresal, que en enero organicé un conversatorio denominado Ica Segura ante la tercera ola del Covid-19, que contó con la participación del Director General de la Oficina General de Gestión Descentralizada del Ministerio de Salud, así como la Directora Ejecutiva de la Red de Salud Ica y el Gerente Asistencial de la Red de Ica. En dicho evento, pudimos verificar sorprendentemente en esa época el incremento de COVID-19 a nivel nacional y en Ica y las políticas públicas, y planes de acción previstos por el gobierno nacional y el gobierno regional que hoy en día fue de conocimiento.

En esa etapa obviamente vimos la necesidad de camas UCI, pero a la fecha de hoy, eso de alguna manera se ha reducido felizmente y esperamos que eso continúe y no suceda de repente como algunos ya se anticipan que pudiera haber una cuarta ola, una vez reiniciado las labores de los alumnos en los centros educativos, esperamos que no fuera así. Asimismo, hemos tenido una visita a lo que se refiere a ESSALUD. Hemos *comprado novecientas camas UCI, no doctor?

Por otro lado, una de las razones que también me obligó a hacer visitas inopinadas a ESSALUD, tanto en Ica como en Chincha, fue digamos sobre la excesiva solicitud de tercerización de servicios. Cuando sabemos que eso de alguna manera por las cosas que se han comentado, siempre ha servido para permitir que de alguna manera alguien salga beneficiado digamos con eso, ya sea en la utilización de equipos modernos como la tomografía y otros, pero también una de las cosas que nos preocupó muchísimos, porque es

algo que debería implementar en las zonas más pobladas donde hay mayor necesidad con respecto a las plantas de hemodiálisis que debe funcionar.

Entendemos que algunos establecimientos proyectos para poder implementar el centro de hemodiálisis sin embargo, no se ha hecho y es una de las razones que también me preocupó para ver por qué, realmente no estaban actualizando esos pedidos con respecto a tener plantas de hemodiálisis y los pacientes puedan ser atendidos por el mismo ESSALUD, sin embargo, hemos visto excesivamente la utilización de la tercerización de los servicios que de alguna manera eso ha permitido que se beneficien algunos en desmedro de una de la economía de ESSALUD.

Por otro lado, también he realizado un conversatorio con respecto a la participación de los odontólogos de los establecimientos de primer nivel, utilizando ya la nueva concepción que hay con respecto al equipo multidisciplinario, equipo básico multidisciplinario de salud, en atención del primer nivel de atención en el ministerio. Y en esto hemos tenido la participación de funcionarios del MINSA, de ESSALUD, odontólogos de las Fuerzas Armadas autorizadas por su institución, colegio odontológico y especialistas en la materia donde hemos recibido aportes y que obviamente esto también, se va a reflejar en beneficio de la integración de profesionales de la salud vinculados en el primer nivel de atención que conocemos quienes hemos asistido a los diferentes establecimientos, tanto en la sierra como en la selva, vemos quienes son los integran este equipo multidisciplinario y que laboran una acción muy provechosa en la población del lugar al que están trabajando, como el caso de los biólogos, trabajos multidisciplinario realizan diariamente en esas zonas toda la actividad vinculada a la promoción y prevención de la salud. O sea, eso ha sido el tema del conversatorio.

Y por otro lado, también como lo ha señalado los colegas de otras regiones, hemos visitado establecimientos de salud, en los sitios más alejados y obviamente las deficiencias son parecidas, hay una ausencia de recursos humanos, hay una ausencia de recursos de medicamentos, inclusive del horario con respecto a la atención, centros muy alejados donde solamente los profesionales de la salud que están ahí trabajan seis horas, y obviamente eso dificulta la atención; por otro lado, siendo sitios muy alejados no cuentan con alguna movilidad que les permita en un momento de urgencia trasladar alguna situación complicada, y obviamente esas son las deficiencias que hemos encontrado en las visitas que hemos realizado en los diferentes establecimientos muy alejados de las ciudades.

Pedido

Por esa razón, eso también estoy materializando a través de un informe por escrito para que tenga conocimiento, y aquí donde yo quiero sugerir que

realmente empezamos a hacer una evaluación Región por región, si realmente las necesidades son similares, yo creo que podemos elaborar un informe nacional de la situación real de precariedad que tienen los establecimientos de salud, tanto en recurso humano, recursos físicos, instalación, o sea, se quiere pedir mayor recurso humano, pero la infraestructura no realmente no garantiza la actividad de acuerdo a los tiempos que vivimos hoy con el COVID-19. Yo creo que eso también, es otra debilidad tremenda que tienen los establecimientos de primer nivel de atención. Eso es cuanto tengo que informar, Señor Presidente. Gracias.

PRESIDENTE: Totalmente cierto, queridos colegas. Se hizo ya, se pasó a la sección Informes. Ahora viene sección Pedidos, pero hemos combinado ahí, parte Informes y Pedidos. Algún si desea hacer algún pedido más.

PRESIDENTE: Bueno pasamos a la sección de Orden del Día.

V. Orden del día.

5.1. Presentación del Señor **Héctor Miguel Garavito Farro**, Jefe del Seguro Integral de Salud, (SIS); señora Edith Orfelina Muñoz Landa, Jefa del Fondo Intangible Solidario de Salud FISSAL.

Tema:

- 1.- Cuál ha sido el estado en que ha encontrado al Seguro Integral de Salud (SIS), y que lineamientos, políticas sectoriales, estrategias y proyectos se ejecuta para lograr la cobertura universal de salud.
- 2.- Cuáles son las funciones del SIS y cuáles son las modalidades de compra de los servicios de salud necesarios para los ciudadanos.
- 3.- Qué mecanismos de fiscalización y control ha implementado el SIS para evitar el abuso de autoridad, el retraso en cumplimiento de las funciones de los funcionarios y así como, el retraso injustificado de los pagos de hasta tres a cuatro meses de los servicios prestados y del aprovechamiento del cargo.
- 4.- Cuál es la función del FISSAL en la prestación de los servicios de hemodiálisis y como realiza el control de la calidad de esas prestaciones y la conformidad de los servicios.
- 5.- Qué relación existe entre el SIS y el FISSAL con las empresas proveedores de servicios de hemodiálisis, es especial con la empresa Transnacional NIPRO Medical Corporation, sucursal del Perú.

Señor secretario técnico, haga las coordinaciones a fin de que pueda acceder a la Plataforma Virtual, el señor Héctor Miguel Garavito Farro, Jefe

del Seguro Integral de Salud y la señora Edith Orfelina Muñoz Landa, Jefa del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

Secretario Técnico: Muy bien señor Presidente. Señor Héctor Miguel Garavito Farro, señora...

señor **Héctor Miguel Garavito Farro Jefe del seguro Integral de Salud (SIS)**, Gracias a ustedes.

Secretario Técnico: Adelante, a través de la Presidencia.

señor **Héctor Miguel Garavito Farro Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS)**, Señor Presidente, muy buenos días, señores congresistas muy buenos días, les saluda Héctor Miguel Garavito Farro, Jefe Institucional del SIS. De acuerdo a la notificación y la convocatoria que nos han hecho paso a presentar las respuestas en realidad todo lo que concierne al SIS, en relación a sus preocupaciones.

Bien, en primera instancia, permítame hacer una introducción respecto a cuáles son las funciones. Comenzar por la segunda pregunta para poder definir mejor el contexto institucional bajo la cual se desenvuelven las actividades del SIS. Quiero mencionar que el Seguro Integral de Salud, es una IAFAS como se le conoce a las Instituciones Administradoras del Fondo de Aseguramiento en Salud pública, es decir, recibe, capta y gestiona fondos para la cobertura de atenciones de salud que se ofrece tal que ofrecen las coberturas de riesgo de salud, esto bajo cualquier modalidad. Estoy de acuerdo a lo que dispone el artículo 6 del Decreto Legislativo 1158.

Existen tres grandes bases que definen las acciones del SIS: La primera es la ley marco de aseguramiento que fue promulgada el 9 de abril de 2009, luego el Decreto Supremo 058-PCM, promulgado el 5 de julio de 2011 y el Decreto Legislativo 1163, que disponen una serie de medidas para el fortalecimiento del SIS, esto fue emitido, promulgado el 6 de diciembre de 2013.

Entonces, la finalidad del SIS básicamente es proteger la salud de los peruanos que actualmente no cuentan con alguna medida de protección financiera, es decir, de algún seguro de salud. En realidad, la que se trata es priorizar las poblaciones vulnerables.

Ahora, el SIS ya tiene 20 años de creación, a la actualidad tenemos más de 25 millones de asegurados que representan el 71% de la población peruana, y en realidad comparado con las demás IAFAS o Instituciones Administradoras del Fondo de Aseguramiento en Salud, somos la más grande institución aseguradora y es de carácter público.

Nuestra visión, es básicamente brindar acceso a la población a la salud universal como derecho, ustedes a la derecha de esta lámina pueden observar cuáles han sido los hitos normativos que implican el incremento de derechos para la población, pero así mismo el incremento de población asegurada.

Quiero resaltar que, si bien tenemos el 71% de la cobertura de población, nosotros funcionamos con apenas el 10% de lo presupuestado para todo lo que es referente a la función salud en el país, y esto porque básicamente financiamos los gastos variables, no son todos los gastos, más adelante hay una referencia a esto.

Bueno, no voy a detenerme en esto, pero sí es importante ver que hacia el 2020 pues la cobertura del PEAS o el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, se ha incrementado, se ha revisado, pero además tenemos 25, perdón no puedo ver desde acá, pero tenemos 23 millones que era para el 2020, actualmente son 25 millones con el Decreto Supremo 046 del año pasado.

Bueno, en los últimos tres años ustedes pueden ver, pasamos de 20 millones a 25 millones en el 2021, están ahí los decretos que definen este incremento, es una obligación que nosotros tenemos que responder.

Como competencia, el SIS tiene como responsabilidad, además, la administración económica y financiera de los fondos que nosotros recibimos y que están destinados a financiamiento de prestaciones de salud. Además, podemos administrar otras fuentes de financiamiento que para el plan de beneficios se nos *apunte, esto para ofrecer cobertura en riesgos en salud para todos nuestros afiliados. Se entiende que todo de acuerdo a la normatividad vigente.

Como funciones básicas, bueno, tenemos que establecer los derechos y la extensión de la cobertura del seguro, de acuerdo a planes de aseguramiento. Además, organizamos y estandarizamos los procedimientos para el acceso a los afiliados y sus derechos habientes y todo esto para que pueda tener acceso a las IPRESS, es decir, los establecimientos de salud que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Para ello, nosotros establecemos convenios, en caso de instituciones públicas y contratos cuando se trata de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas.

Bueno, entre estas tres tenemos que promover el proceso de afiliamiento, básicamente eso es para no dejar a nadie fuera de la protección financiera, hay que conducir este proceso, pero también tenemos como función y esto lo he resaltado, es la contratación de servicios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos, esto para garantizar la

cobertura de los servicios de salud que nosotros ofrecemos a nuestros asegurados, a nuestros afiliados.

Nuevamente aquí repito, que establecemos convenios o contratos de financiamiento y convenios de intercambio prestacional con instituciones o IAFAS e IPRESS para garantizar la atención de nuestros asegurados.

Bueno, ofrecemos, brindamos servicios de cobertura de riesgos, captamos y administramos fondos de los regímenes subsidiado y/o semicontributivo, el subsidiado es lo que nos facturaba de parte del tesoro y el semicontributivo es lo que recibimos por parte de los diferentes planes de financiamiento en la cual se hacen aportes de parte de los afiliados.

Bueno, todo esto son funciones más específicas –la siguiente, igual, la siguiente por favor- bueno, este es un poco nuestro organigrama. Nosotros tenemos tres gerencias de línea, tres órganos de apoyo y como ven hacia abajo tenemos un órgano desconcentrado que es el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), y por el otro lado, tenemos las gerencias macro regionales que coordinan y que dirigen las actividades de las unidades desconcentradas regionales en cada una de las regiones. Con esto cubrimos todo el país, nuestra presencia está en todo el país.

Finalmente, me voy a referir a esto de modalidades de compra de servicios, Voy a repetir esto, por convenios hacemos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y por contratos, con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas. Aquí les estoy poniendo los decretos legislativos y está claramente en el Decreto Legislativo 1163, en el artículo 4 la referencia a los convenios y contratos, donde se pone incluso la duración de estos mismos, son de tres años renovables.

Aquí es parte de los convenios que nosotros hacemos con las unidades ejecutoras de los gobiernos regionales y de las Direcciones de las Redes Integradas de Salud de Lima. En este caso, nosotros hacemos transferencia de fondos por el pago de las prestaciones de salud y las prestaciones administrativas y/o complementarias, en este caso, un traslado de pacientes, las complementarias, sepelios, alimentación en casa materna, entre otros.

Y, previa auditoría de seguros se valoran estas prestaciones y efectivamente se trasladan. Para la auditoría se ve pues la afiliación, acreditación, costo prestacional y otros concurrentes que se realizan como parte de la normativa interna del SIS.

Recalco los aspectos normativos básicos en los que nosotros hacemos el control, sí tenemos mecanismos de control para la parte de los fondos con los que trabajamos. Aquí está el artículo 6 del Decreto Legislativo 1163, en

la que se señala claramente que los recursos del SIS constituyen materia de control, y en este caso se refiere a las transferencias financieras. Todas estas son sujetos de supervisión, monitoreo y control por parte del Seguro Integral de Salud, es decir, nosotros tenemos que seguirlo porque todos los fondos que nos llegan nosotros somos los responsables, también el Decreto Supremo 030-2014, también se hace referencia que seguro control el cumplimiento de las condiciones pactadas, ¿no?

Nuevamente está el artículo 49 del Decreto Legislativo 1440, nuevamente nos recalca que somos responsables del monitoreo, seguimiento y verificación de cumplimiento, fines y metas para los cuales fueron trasladados nuestros fondos, y la Ley de Presupuesto del año pasado, para este año la 31365, donde claramente tácita y explícitamente nos dicen que SIS es responsable como cualquier otra entidad pública, del monitoreo, seguimiento y cumplimiento de los fines para los cuales fueron entregados los recursos.

Entonces, sí tenemos los mecanismos, los aplicamos, cumplimos con el marco normativo vigente, somos funcionarios públicos, instituciones públicas, de hecho, no nos olvidamos en el que, ni dejamos de hacer estas funciones. Nuevamente las modalidades de compra por convenios son por IPRESS públicas por contratos con IPRESS privadas. A la fecha en el año, ese año ya se han firmado 33 convenios. Tanto con gobiernos regionales y con IPRESS de alta complejidad, la verdad es que se han aprobado una transferencia mucho mayor de mil millones, si no me equivoco estamos ahorita en mil quinientos millones de soles aproximadamente. Eso con cargo a precisar la cifra.

Y en caso de las IPRESS privadas, se trata de servicios de mayor complejidad o para complementar la oferta pública en caso que no es suficiente. De hecho, esto es un tema muy serio, porque, así como ustedes acaban de señalar en sus reportes existen bastantes deficiencias en lo que es las IPRESS públicas, y la idea es tratar de mejorar esa oferta pública para estar evitando un mayor gasto, porque cuando se trata de contratos con IPRESS privadas tenemos que trasladar no solamente para gastos variables, sino también para gastos fijos de cada institución con la que contratamos, nos sale mucho más caro, al país le sale muchísimo más caro.

Respecto a ¿cómo estamos?, esto es más o menos cómo encontramos nosotros hace tres meses, tengo que señalar que he tomado algo el 17 de noviembre del año pasado, pero nuevamente repito tenemos casi 71% de la población que es parte de nuestra responsabilidad quienes debemos brindar un grado de protección financiera, digo un grado porque en realidad nosotros manejamos solamente el 10% de lo que es el presupuesto en salud y el otro 90% viene por recursos ordinarios, o sea, de todos los gastos que hace cada

establecimiento en promedio, nosotros financiamos los gastos variables por el 10% y todo el resto de 90% que viene por recursos ordinarios directamente a las unidades ejecutoras, corresponde a todo lo que es gastos fijos y una porción importante también de gastos variables.

Esos son nuestros regímenes de financiamiento. Tenemos en el régimen subsidiado el SIS gratuito que se acaba de terminar, a través del 046 del año pasado, SIS Para Todos, en realidad tenemos 25 millones, acá estarían un montón de personas que son la mayor parte, pero sin embargo, tenemos en el régimen semicontributivo tres planes: Uno, es el SIS independiente que era básicamente para alentar el aseguramiento a precios muy competitivos de artesanos, de trabajadores individuales, de los informales; después está el SIS emprendedor, para los pequeños negocios y el SIS de microempresas.

La realidad es que aquí son muy pocos quienes están en el régimen semicontributivo y está disminuyendo su participación, porque el incentivo es ir hacia el SIS Para Todos.

Entonces, creo que simplemente por el tipo de demanda que se va a suscitar en los próximos meses y años, son regímenes que van a ir paulatinamente desapareciendo.

En el Decreto de Urgencia 046 de mayo del año pasado, bueno, estas son las principales novedades, nos ampliaron la cobertura, está bien, se ha dado, se afilia a todo aquel ciudadano que independientemente de su condición socioeconómica y al no contar con otro seguro, viene a ser parte de aquellos afiliados que están bajo la égida del Seguro Integral de Salud.

Entonces, todo peruano residente legal en el país que no tiene otro plan de aseguramiento debe ser protegido por el Seguro Integral de Salud.

Lo otro que es una novedad, es que se hace gracias a este decreto de urgencia, se hace un énfasis en la protección de comunidades nativas, amazónicas y alto andinas, que ya me parece que es un buen avance porque son comunidades usualmente alejadas a las que nadie llega. Aquí tenemos algunas actividades en conjunto con RENIEC para lo que es garantizar su identidad, tenga su DNI y de esa manera automáticamente nosotros estamos afiliando a estos asegurados en el Seguro Integral de Salud.

Se nos ha aprobado un plan de fortalecimiento del seguro, y estamos recuperando el aseguramiento de salud. A qué nos referimos, tenemos información de SUSALUD en la que ellos nos dicen: Oye, sabes que, hay unas personas que han dejado de estar en ESSALUD y mientras tienen el período de latencia de tres, de seis meses perdón no pueden ser atendidos por el Seguro Integral de Salud. Pero resulta que a veces se olvidan de

sacar, pasado los seis meses se olvidan sacar del registro de salud a estas personas. Entonces, no atender en ningún lado, ni en ESSALUD, ni en el Seguro Integral de Salud, bueno, nosotros estamos recuperando gracias a la información que nos pasa la Superintendencia Nacional de Salud, SUSALUD lo hacemos rápida y automáticamente.

Tenía que, puede retroceder un ratito, aquí hay un problema. Todos estos beneficios tienen duración hasta el 31 de diciembre del, perdón ahí hay un error, del 2022. Entonces, aquí es una sugerencia con todo respeto señor Presidente, a los señores congresistas, que pongan en consideración si es que se hace extensivo de manera permanente y que se haga de una vez, los regímenes de cobertura, de aseguramiento sean en lugar de cinco, sea uno solo y con eso nos evitamos una gran cantidad de problemas de registro, problemas de sistemas de información y problemas de reportaje, de reporte.

Esto es por el Decreto de Urgencia 078 del 25 de julio, nuevamente está la ampliación de cobertura y aquí lo novedoso es el traslado de información de RENIEC con SUSALUD, lo que nos está permitiendo ahorita precisamente a hacer esto todo lo que había informado antes de manera rápida, poder identificar a aquellos que dejando de estar en otro régimen de aseguramiento lo podemos detectar fácilmente gracias a SUSALUD, y afiliarlo.

Aquí hay otra, la Ley de Presupuesto, básicamente se repite muchas de estas cosas y tenemos ahí como novedad la parte de... Bueno, se recalca lo de la ejecución del plan de intervención de las comunidades nativas amazónicas y alto andinas y el resto es un reforzamiento y nos recalca el cumplimiento de lo que ya está establecido en normas previas.

Ahora ¿cómo estamos?, cómo hemos encontrado estos riesgos, se comporta diferente para diferentes personas y para diferentes grupos poblacionales, y esto tiene un impacto financiero, de hecho, a aquellas personas que son, que sufren de daños o utilizan insumos, medicamentos de muy alto costo, corresponden al 1% de la población afiliada, sin embargo, este 1% consume el 20% de los recursos que no son disponibles para nosotros.

Las personas con enfermedades crónicas, representan el 4% y gastan una cuarta parte de todo el presupuesto institucional. Luego hay otros grupos que sufren de enfermedades crónicas digamos menores, no tan serias y que sufren durante el transcurso de accidentes significativos le hemos puesto, por decir, consumen recursos y porque pueden producir discapacidades. Esto es el 15% y consumen aproximadamente otro cuarto de presupuesto.

Pero si vemos que la gente que tiene menos riesgo, -las dos bases de la pirámide, las de abajo, las azules, la celeste y la azul- que son a aquellos

que tiene factores de riesgo y tienen enfermedades agudas de manera repetitiva, puede ser gastritis, enfermedades diarreicas agudas, una parte de la niñez, sobre todo. Bueno, estos dos grupos corresponden al 80% de la población y en conjunto consumen el 30%.

Entonces, tenemos el 20% de la población afiliada consume 70% de nuestros recursos, por lo tanto, debe de haber una expresión de política, en el sentido de que tenemos que ver cuáles son los riesgos de los tres primeros grupos sufren para poder atacarlos y poder además financiar las medidas de prevención, de promoción y rehabilitación dentro de nuestros planes de aseguramiento. Un poco es, en resumen, el 5% de los afiliados consumen más medicamentos y esto son aquellos que tienen enfermedades crónicas degenerativas, y que lamentablemente no tienen todos los recursos, además, pero bueno. Eso es lo que está pasando.

Luego, el 10% de nuestros pacientes hospitalizados consumen el 50% de los días de hospitalización, o sea, son crónicos, consumen mucho tiempo en los hospitales, abarrotan los hospitales, entonces porque algo no se está haciendo en la oferta previa, ahora esto o lo vamos a sufrir porque el primer nivel de atención ha estado prácticamente cerrado hace dos años.

Entonces, tenemos un embalse de condiciones que tienen que ser tratadas a nivel hospitalario y de hecho ya se está viendo, o sea, los hospitales están abarrotados, hay colas todos los días, la gente protesta y bueno, pero esa es nuestra realidad.

Un poco para ver esto, lo paradójico, se ha reducido el número de gente sin protección de aseguramiento; y, sin embargo, nuestra curva ha sido totalmente ascendente. Es paradójico, ¿no?

Y lo de ESSALUD, si bien ha tenido un comportamiento ascendente hasta el año 2018, su cobertura ha disminuido en un punto porcentual también. No, se ha mantenido. Y este es un poco una relación de la asignación presupuestal. En el cuadrado de debajo de la derecha, si bien había un crecimiento constante de la población, ustedes van a ver que hacia el 2022, a pesar de que cuantitativamente..., o sea, si ha habido un incremento interesante según el PIM que tenemos hasta ahora, este año, la flechita esa de al lado del per cápita en realidad es para arriba, es verde, este es un error mío, que ruego disculpen—, sí se ha incrementado. Pero si ustedes ven tenemos más años en que disminuye el presupuesto y los impactos son comparando con el 2018. Tenemos en la actualidad menos recursos que en el 2018; estamos recuperando, digamos, esa tendencia.

Aquí ustedes pueden ver que sí ha habido, a lo largo de los años, sí ha habido un incremento del nivel de ejecución. El año..., hasta diciembre del

año... del 2021 hemos llegado a 85%; pero en promedio las ejecuciones han estado por arriba del 85%.

Aquí también estamos haciendo una comparación entre el marco presupuestal que tenemos más las transferencias financieras por cumplimiento de indicadores, indicadores per cápita. Esto se da en el 2022, como lo había mencionado, tenemos 2024. Las transferencias, a la fecha estamos, si no me dejan, con cargo a corregir, externo sobre 1500 millones, que es lo que se va a ir a primer nivel de atención, que luego ya explicaré cuáles son nuestras exigencias para que se abra el primer nivel de atención, estamos trasladando más de 60% de nuestros recursos al primer nivel de atención, esto en concordancia con las políticas nacionales.

Es importantísimo que el primer nivel de atención esté funcional para que el 85% de las enfermedades sean atendidas allí, y no tengamos el drama del abarrotamiento de los centros hospitalarios e institutos especializados que están sumamente ocupados y carentes de los recursos para una demanda adicional que se viene, pues se viene, no hay otro modo de evitarlo.

A ver, con esto yo quería aclarar lo de las exigencias que nos hacen todo el tiempo, nos piden “oye, sabe que, ustedes tienen que mantener las ambulancias; usted tiene que comprarnos equipos; ustedes tienen que hacer proyectos de inversión; contrátenos personal asistencial”.

Miren, lamentablemente la normatividad vigente nos dice que nosotros, ustedes lo van a ver en la parte roja, nosotros trasladamos a través de D y T, de donaciones y transferencias, los recursos para reposición de medicamentos, insumos, material médico y dispositivos médicos.

Existen algunas actividades que sí, excepcionalmente, incluso que está proyectos de inversión; los recursos directamente recaudados que también sirven para lo que es recursos humanos, implementación y acondicionamiento y reposición de establecimientos y pues etcétera, etcétera. Y hay otras fuentes de financiamiento que son, que cuentan para finalidades y actividades específicas para los cuales han sido transferidos, específica y exclusivamente, los recursos financieros.

Ahora, ¿qué estrategias estamos se tienen que tomar? Hacía el futuro, porque son estrategias que han de montar en el corto, mediano y largo plazo. La verdad es que hay muchas que requieren un mediano plazo.

Pero, bueno, la idea en principio es pasar de financiar enfermedades a financiar personas, y financiar, dentro de esto la salud de estas personas.

Actualmente estamos financiando actividades, productos, incentivos totalmente inespecíficos que no están ligados a la producción; pero no están mirando al asegurado.

Entonces, nuestra propuesta, lo que queremos es financiar las atenciones no solamente pensando en mejorar la cobertura financiera, sino también en reducir los riesgos de salud. O sea, queremos introducir todos estos gastos preventivos dentro de los planes a ofertar a grupo poblacionales específicos.

A través de nuestro financiamiento, queremos que funcione como incentivos al acceso de servicios; pero también tenemos que promover, para esto, mejoras en la gestión de la red prestacional. ¿Por qué? Porque tiene que estar en función de las necesidades y los riesgos que se encuentran en determinados territorios. O sea, la organización, entrega, adecuación, seguimiento y sectorización de la oferta de servicios públicos tienen que estar en función de esas necesidades localizadas territorialmente y para poblaciones con perfiles específicos de ese territorio.

Como estrategias, la idea es identificar grupos vulnerables a partir de su clasificación de riesgo. Es decir, en cada territorio vamos a encontrar gente con riesgos mayores, digamos, los adultos mayores que tienen una enfermedad adicional u otros que son multimorbes, que tienen dos o tres condiciones más, entonces, su riesgo se va incrementando no solamente por la edad, sino también por la morbilidad y multimorbilidad que sufre; diferente a jóvenes saludables que tienen menos riesgo, pero que tiene, que de todas maneras, cumplir con ciertos requisitos preventivos, periódicos, de tal manera que sus condiciones patológicas puedan ser precozmente detectado. Y en esto me refiero muchísimo a las crónico-degenerativas, básicamente el cáncer. O sea, las cifras del cáncer arrojan que aún con mucha pena, tengo que decirlo, más de 63% de los casos que llegan a ser tratados están con un estadio avanzado de enfermedad.

La idea es que, gracias a lo que es el PP de cáncer, gracias a lo que es el SIS, podamos convertirnos en una fuerte arma de salud pública para cambiar esta estadística. Nos gustaría que hacia el futuro los pacientes sean detectados a tiempo y sean tratados, y que dejen de ser pues..., el cáncer y otras enfermedades dejen de ser incurables. La realidad es que bien detectado o detectado precozmente el cáncer es altamente curable.

Lo otro es que tenemos paquetes de prestaciones para cada grupo de riesgo. Un ejemplo es, lo que ya han puesto la norma la población indígena y originaria, o las personas con discapacidad, o aquellos grupos que siguen siendo prioritarios, por más que digan “No, oye, todavía hay crónicas las mujeres y los niños siguen siendo prioritarios, mujeres en edad fértil, gestantes y niños. Entonces, a esos grupos tenemos que hacer los paquetes de tal manera que cubran todas las necesidades en riesgos de estos grupos prioritariamente.

Ahora, dentro de la misma, de esta lógica de financiar la salud de las personas, en realidad —esto es más para esquematizar—, cada uno de estos planes deben de tener un plan preventivo donde hay procedimientos.

En los tres casos que ustedes van a ver, el número uno, dos y tres— tenemos plan de casos de muy alto costo; los planes regulares, que es para la población con una casuística estándar y con riesgos estándar; y el plan preventivo para el que tiene poquísimos riesgos. En los tres existen listas de procedimientos, medicamentos y dispositivos.

Ustedes ven en el número cuatro, hay algunos procedimientos que son de muy alto costo y que eso merece otro tratamiento.

Para mencionar, en algún momento de nuestra vida, a veces hay pacientes con bajo riesgo, un joven que los atropella, que hace delivery, está en su moto, lo atropellan, sufre una fractura de cadera y resulta que necesita una prótesis, que cuesta entre 75 000 y 100 000 soles esta prótesis, y con eso ya se le termina el SOAT, con eso lo pone en la miseria más terrible, nadie puede adquirir así tan fácilmente una prótesis de este tipo. Entonces, para esto lo que se está pensando es que todo lo que son dispositivos de alto costo sean financiados a través de un fondo nacional de alto costo — probablemente la doctora Edith Muñoz nos pueda hablar en extenso de esto—, pero la idea es que nadie se quede sin el financiamiento de este tipo de dispositivos medicamentos —medicamentos del cáncer es uno de los más consumidores de medicamentos de altísimo costo—. Entonces, pero requiere un tratamiento diferenciado, requiere además de nominalización de cada uno de los pacientes, es como inscribirse en una lista en la que el paciente tiene que tener asegurado todo el financiamiento de su condición a lo largo de los días, meses y años en los que se pueda recuperar.

Es un poco lo que estamos viendo, cómo hacer una atención mucho más centrada en la persona, como ustedes ven, no es fácil, no son cambios únicamente de flujos financieros, son también de cambios organizacionales.

¿Cuáles son las condiciones que necesitamos para que esto se viabilice?

Una de ellas es reactivar y fortalecer el primer nivel de atención, ya lo había mencionado antes, el primer nivel de atención tiene que ser reabierto y fortalecido en el más breve plazo y con la mayor intensidad.

Tenemos que asegurar la operación plena, dentro de esto habrá que cerrar la brecha de personal; pero esto requiere también una distribución racional de los establecimientos, esto lo está viendo el equipo del ministerio que se ocupa con las redes integradas de salud.

Lo otro es la certificación continua de la cartera de servicios. Las redes, no estoy hablando de la cartera de un establecimiento, sino de una red que tiene

que estar basada básicamente en producción, y que estén adecuados estos servicios a las necesidades territoriales de cada una de estas redes.

Además, estoy poniendo esto de la telemedicina porque sí es una gran ayuda. Se ha probado, ahora con la epidemia del COVID, que se ha aportado en el tratamiento o en la orientación del paciente para síntomas leves específicamente, pero ha aportado también a la descarga de una demanda, que de otra manera se estaría yendo a hospitales.

Esto además requiere una plataforma centralizada, no sé si centralizada a nivel nacional, pero por lo menos a nivel regional o a nivel multiregional—donde se pueda programar turnos, cupos y otorgamiento de citas, en las cuales esto permita que las personas puedan elegir el establecimiento de primera el día, el turno y el personal de salud que los va a atender. O sea, debe de tener esa información disponible y el acceso disponible como para poder programar sus atenciones.

En Lima, configurando las unidades ejecutoras de la población y tienen mejores vías de comunicación y tienen más establecimientos; pero hay otras unidades ejecutoras que tienen, por decir San Juan de Lurigancho, distrito con mayor población a nivel nacional, que cuenta con una sola unidad ejecutora, probablemente para esa población necesitaríamos dos por lo menos e idealmente tres. Pero hay que comenzar a pensar y repensar, porque el Perú ha cambiado y la concentración poblacional y los flujos demográficos y migratorios han cambiado la configuración territorial del País.

En términos de oferta de servicios. Sí, necesitamos que exista una gestión centralizada de servicios complejos, me refiero en esto a lo que es servicios de imagenología, porque son caros, una resonancia es cara, no podemos tener resonadores magnéticos en cada una de las redes o en cada uno de los hospitales; o sea, son equipos caros, requieren de personal especializado y requieren de mantenimiento especializado que no se puede dar a nivel de todos y UCI. Y lo otro que me he olvidado acá es, por ejemplo, la parte de la gestión centralizada de bancos de sangre. O sea, la categorización dice que cada hospital, 3 tiene que tener un banco de sangre. Mantener un banco de sangre, como Dios manda, es carísimo, o las unidades de neonatología, son caras.

Entonces, mejor en tener una gestión centralizada de pacientes y pocos servicios de esto distribuidos racionalmente a nivel del territorio nacional, pero superdotados. Con eso creo que hacemos un mejor servicio para la población peruana. Una tercera condición es universalizar el seguimiento longitudinal y nominal de los pacientes, para eso necesitamos dos cosas:

Una historia clínica electrónica, para garantizar estándares de datos. O sea, necesitamos que las historias clínicas que se usen, cualquiera que sea, estén bajo estándares internacionales HL7 u otro, cualquier otro estándar que decida el país); y lo otro es interoperabilidad, ¿por qué interoperabilidad? Porque nadie va cambiar ahorita las historias clínicas que tienen, en principio, pero lo que sí podemos ofrecer es una plataforma, en la cual, a través de una grilla de datos específicos, se viertan ahí los datos y viajen para todos los usuarios primarios y secundarios de esta información.

Y un segundo punto es la receta electrónica, ¿por qué? Porque de esta manera podemos asegurarnos que los pacientes reciban aquello que realmente le prescribe. Ocurre que muchas veces se le prescribe, por decir voy a poner un ejemplo muy banal, diez paracetamoles, llegan a la farmacia del establecimiento y le dan solamente dos, y le dicen: “ya no hay más, firma no más”, en realidad, tiene que comprarse ocho por fuera. Entonces, no estamos contribuyendo a la disminución del gasto de bolsillo de nuestros asegurados.

PRESIDENTE: Señor Héctor.

señor **Héctor Miguel Garavito Farro Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS)**, Sí, doctor.

PRESIDENTE: Para centralizarnos en las preguntas, porque tenemos varios expositores. Para puntualizar las respuestas. Muchas gracias.

señor **Héctor Miguel Garavito Farro Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS)**, Sí, ya, voy al grano.

Los mecanismos de control, que me estaban preguntando. Bueno, nosotros como ya hemos mencionado anteriormente— hacemos el control, porque tenemos que hacer el control presupuestal de los fondos que transferimos; pero, además de eso, también contamos con una unidad funcional de integridad institucional. Ahora, a través de esto, nosotros capacitamos a nuestro personal en la lucha contra la corrupción y los delitos contra la administración pública.

Para eso se dio, en el 2018, una Directiva Administrativa que regula la atención de denuncias dentro de un seguro integral de salud y otorgamiento de medidas de protección al denunciante.

Tenemos una resolución jefatural del 2019, donde tenemos el Reglamento Interno de los Servidores Civiles del SIS, cuya vulneración pues se acarrea responsabilidad administrativa; tenemos además el Código de Conducta del Seguro Integral de Salud, del año pasado en octubre; y a esa fecha también se consiguió el ISO 37001 respecto al Sistema de Gestión Antisoborno;

hemos pasado incluso la segunda auditoría y para el noviembre del 22 tenemos una tercera.

Hemos firmado con PCM precisamente para montar todo el Modelo de Integridad Estatal. En enero del 22, firmamos un acta de compromiso para implementar este modelo. En este caso, esto fue firmado por el Secretario de Integridad Pública. Estos logros ya no están dentro.

Bueno, esto está en función de cómo les facilitamos a nuestros asegurados las atenciones y las afiliaciones.

Tenemos las PIA, tenemos aplicativos de afiliación.

Hemos mejorado a la gestión de las IPRESS, porque hemos introducido dentro de los convenios algunos indicadores que están acordes con las necesidades nacionales. De hecho, si ustedes ven ahí el articulado nutricional de salud materno infantil, de enfermedades no transmisibles también; y tenemos estos indicadores de anemia, de mortalidad materno neonatal, de detección oportuna de enfermedades no transmisibles, hipertensión, diabetes; y lo otro es de acceso de servicios de salud.

Creo que esto ha sido un logro y estamos a la par de otros Ministerios. Está el MIDIS, está Poblaciones Vulnerables, que también priorizan estos resultados, estos indicadores, por ser de prioridad nacional.

.

Y aquí tenemos otro, va en función del seguimiento de ese y del control de los recursos. Se han hecho tableros de gestión financiera; se ha hecho un radar de producción de formatos únicos de aseguramiento a nivel nacional, específicamente para el primer nivel de atención; y un tercer tablero, que es el tablero de stock de medicamentos disponibles; tenemos otros a desarrollar para el segundo y tercer nivel, entre ellos está el estado de cuenta. Este es un ejemplo del tablero de gestión financiera, con esto llegamos a nivel de cada una de las ejecutoras, incluso podemos entrar a establecimientos.

Este es el de los formatos únicos, para saber cómo están produciendo cada uno de los establecimientos, unidades ejecutoras. Y este es el de stock disponible.

Todo esto está disponible en la web, es para acceso libre, no requiere ninguna contraseña. Entran a la web del SIS y pueden ustedes hacer seguimiento de todos estos aspectos. Hay bastante información que con gusto le recomiendo para que puedan estar al tanto de lo que está ocurriendo con nuestros recursos.

Para los traslados aéreos, con esto estoy terminando —.

PRESIDENTE: Bueno, señor Héctor Miguel, no respondió la pregunta tres sobre ¿Qué mecanismos de fiscalización y control ha implementado el **SIS** para evitar el abuso de autoridad, el retraso en el cumplimiento de las funciones de los funcionarios y así como el retraso “injustificado” de los pagos de hasta 3-4 meses de los servicios prestados y del aprovechamiento del cargo? Solo eso.

señor **Héctor Miguel Garavito Farro Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS):** Ya.

Los mecanismos de fiscalización son todos aquellos que tenemos con normatividad vigente. No nos abstenemos de la aplicación de estos mecanismos. Lo de abuso de autoridad, la verdad es que no sé a lo que se refiere. Lo hemos tratado, Lo hemos precisado....

A ver, contamos para la parte de abuso de autoridad, para la parte de sobornos y todas estas cosas, como mencioné, contamos con una unidad funcional de integridad institucional.

Básicamente es lucha contra la corrupción, lucha contra los sobornos, es lo que tenemos ahorita, y a través de ello ejercemos nuestras..., controlamos que nuestras funciones sean *probos.

Es posible que por ahí se escapan algunas, pero nosotros no. Esa manera que tenemos ahorita de controlar eso. Ahora, respecto al pago injustificado, no hemos detectado pagos, O sea, no son los retrasos, se ha mencionado y, esto lo he leído en la denuncia que hizo un abogado, sería injustificado. Eso se va a ver más tarde con la doctora Edith Muñoz, pero le puedo decir que esos retrasos no son injustificados, existen mandatos de carácter administrativo, legal, judicial incluso, que impiden que nosotros podamos adelantar pagos.

Y lo otro, de aprovechamiento del cargo, la verdad es que yo agradecería si nos pueden precisar eso porque no entendemos bien esa pregunta.

Podemos extender esto, pero desearía que sean más precisos al respecto.

No tengo más que agregar por el momento. Le cedería la palabra a la Doctora Edith, con su permiso, Señor Presidente, usted me indicará.

PRESIDENTE: Adelante la doctora Edith Orfelina Muñoz Landa.

Señora **Edith Orfelina Muñoz Landa:** Jefa del Fondo intangible solidario de salud-FISSAL Muy buenos días, señor presidente de la Comisión de Salud y Población, señores integrantes de la mencionada comisión.

Mi nombre es Edith Muñoz Landa, jefa encargada del Fondo Intangible Solidario De Salud, que es una ya es pública, un órgano desconcentrado, unidad ejecutora del SIS.

El Fondo Intangible Solidario de Salud fue creado mediante la Ley 27656, del año 2002, con personería jurídica y de derecho privado adscrito al Ministerio de Salud.

¿Con qué finalidad? Sobre todo, de lograr el acceso a las prestaciones de salud de alto costo complementariamente a aquella cobertura financiera que da el Seguro Integral de Salud.

¿Cuáles son las funciones del Fondo Intangible Solidario de Salud

En primer lugar, financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo. Y aquí tenemos incluida los principales siete tipos de cáncer y la insuficiencia renal crónica, que es prácticamente motivo de la reunión de hoy, de la convocatoria; También vemos enfermedades raras y huérfanas, que tienen su propia ley; procedimientos de alto costo, como, por ejemplo, trasplante de hígado, de medula y de pulmón.

Administrar los recursos provenientes de los fondos públicos.

Promover convenios, que en este caso tenemos los convenios con las IAFAS públicas, actualmente 33 convenios y contratos con IAFAS; o IPRESS privadas, con las IPRESS privadas actualmente tenemos nosotros 86 contratos, sobre todo, para brindar los servicios de hemodiálisis a nivel nacional, ¿por qué? Porque no carecemos de oferta pública suficiente. Entonces, por eso es que nosotros realizamos contratos con estas IPRESS privadas. Establecemos mecanismos de control y procedimientos que nos permitan financiar estas prestaciones.

Gestionamos los riesgos y desarrollamos los procesos de atención del asegurado SIS con cobertura.

¿Cómo estamos organizados?

En primer lugar, debo hacer referencia de que FISSAL tiene un organigrama funcional. Cuenta con una jefatura, actualmente encargada, yo soy asesora de la Jefatura del SIS, encargada adicionalmente como jefa de FISSAL; tenemos los órganos de apoyo, como son la oficina de Administración, la de Tecnología de la Información, de Asesoría, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, de Asesoría Jurídica y los órganos de línea —aquí quisiera, por favor, que tomen nota porque voy a hacer luego referencia a estos—, que son la Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo, conocido como DIGEA; la Dirección de Cobertura y Evaluación de

Prestaciones de Alto Costo, que es DICOE; y la Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo, DIF.

Para cumplir estas funciones, el FISSAL cuenta aproximadamente con 107 personal contratado bajo el Régimen 1057. Es decir, que el total de personal que tiene el FISSAL son del Régimen CAS, Decreto 083 para cumplir la cantidad de funciones que ya hemos explicado.

Para entrar en contexto, ¿qué es la hemodiálisis?

La hemodiálisis es una técnica muy especializada que consiste en depurar la sangre mediante el uso de una máquina de hemodiálisis a aquellos pacientes que tienen enfermedad renal crónica en estadio 5 y que reciben sesiones de hemodiálisis ambulatorias (en promedio tres veces por semana y que deben tener una duración de aproximadamente cuatro horas).

Además del manejo multidisciplinario de profesionales de la salud, entre nefrólogos, nutricionista, enfermera, asistentes sociales, etcétera. También recién la administración de medicamentos y exámenes de laboratorio.

Los hospitales públicos del país brindan el servicio de hemodiálisis ambulatoria; sin embargo, tenemos una enorme brecha de atención, ya que muchos de los establecimientos públicos no cuentan con la unidad productora de servicios de hemodiálisis, que de acuerdo a las normas de categorización todo establecimiento de nivel nacional, debería tener sus unidades productoras de servicios de salud de hemodiálisis; sin embargo, al no existir esta oferta pública, nosotros tenemos coberturar la misma a través de IPRESS privadas. Para ello, FISSAL mantiene un vínculo contractual con 70 centros de hemodiálisis, a través de 86 contratos.

Al lado derecho podemos observar cómo ha ido el comportamiento de atendido de los pacientes de hemodiálisis en IPRESS privadas. Observamos pues una tendencia al crecimiento, ¿verdad? Desde el 2015, que atendíamos a 606 pacientes, hemos ido creciendo; el 2016, a 3418; el 17, a 4622; el 2018, 5425; el 2019, 6355; el 2020, 6564; y en el 2021, 6831. Todos ellos atendidos por IPRESS privadas.

Aquí tenemos la cobertura de la insuficiencia renal crónica vista de manera global; es decir, a todas las atenciones que se han realizado, tanto en IPRESS públicas como privadas en lo que es insuficiencia renal crónica, desde el 2012 hasta el 2021.

Si nosotros observamos la cantidad de atendidos, el comportamiento, vemos pues que ha habido un decrecimiento entre el año 2019–2021. ¿Y por qué? Porque justamente a nivel de las IPRESS públicas no se dieron las prestaciones de consulta externa o de atenciones a estos pacientes; sin embargo, vemos la cantidad de atenciones que ha ido en incremento, sobre

todo, a través de las IPRESS privadas. En concordancia a ese crecimiento que hemos tenido.

Si nosotros observamos en el otro gráfico, tenemos una demanda potencial calculada por el Ministerio de Salud, en la cual vemos aproximadamente cuál es la tendencia y cuánto deberíamos nosotros tener de cobertura para prestación de estos servidores.

Hasta el 2021 tenemos aproximadamente que deberíamos contar con 7916 pacientes, tanto en IPRESS públicas como privadas; sin embargo, todavía existe una brecha bastante importante entre la cobertura de atención en las IPRESS públicas y lo que nosotros aceptamos como contratos con IPRESS privadas. A falta de ello, el FISSAL contrata pues con IPRESS privadas — eso que quede, por favor, claro—.

¿A partir de qué momento FISSAL atiende a estos pacientes o brinda cobertura financiera para la atención de esos pacientes?

A partir del diagnóstico definitivo. FISSAL no cuenta con afiliados, atiende a todos los afiliados SIS que tienen diagnóstico de insuficiencia renal crónica y que requieren hemodiálisis, a partir de un diagnóstico definitivo.

Pasamos a dar respuesta a las dos interrogantes.

¿Cuál es la función del FISSAL en la prestación de servicios de hemodiálisis y cómo se realiza el control de calidad de las prestaciones y la conformidad de servicio?

En primer lugar, hemos dicho que somos una IAFAS pública, un órgano desconcentrado y coberturamos el listado de enfermedades de alto costo, el cual fue aprobado por la Resolución Ministerial 325 del 2012 por el Ministerio de Salud, en donde está la insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica.

Nosotros coberturamos a través de la contratación del servicio de hemodiálisis. FISSAL convoca a los procedimientos de selección correspondientes en el marco de la Ley de Contrataciones del Estado. A través de este mecanismo, ya establecido por ley, nosotros contratamos los servicios de hemodiálisis para brindar las hemodiálisis por insuficiencia renal crónica.

Esto incluye las sesiones de hemodiálisis, la consulta ambulatoria por el médico especialista —que debe ser un nefrólogo—, nutrición, salud mental, asistencia social, medicamentos, exámenes de laboratorio; y todo ello enmarcado en la Norma Técnica 60 del 2007, dada por el Ministerio de Salud, y que también a la fecha FISSAL ha propuesto una actualización de la misma, que ya obra en el Ministerio de Salud.

El FISSAL realiza la evaluación del expediente, desde la presentación por parte del proveedor, para la conformidad y pago correspondiente, y realiza las acciones de control dentro de la normatividad interna vigente para estas prestaciones.

¿Cuál es el procedimiento para el reporte de las prestaciones brindadas por las IPRESS?

En primer lugar, tenemos las prestaciones que se realizan de manera mensual.

Las IPRESS contratadas tienen que registrar los servicios brindados en un aplicativo informático que tiene FISSAL, que ha implementado, que es el SAIRC, en un plazo no mayor de cuatro días calendario posterior a la fecha de atención.

El cierre de producción de ese mes. Pónganse, ayer ha sido 28 de febrero, tienen hasta el 5 de marzo para poder cerrar esa producción de ese mes, el cual va incluir todas las prestaciones que han realizado en dicho mes.

Luego del cierre de esta producción, la IPRESS contratada tiene un plazo para entregar la documentación correspondiente para la conformidad del servicio, en este caso del ejemplo que dimos el mes de febrero, por ejemplo, hasta la quincena del mes siguiente, es decir hasta la quincena de marzo sería en este caso.

En cumplimiento del numeral 168.2 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sabemos que la conformidad requiere de la verificación de la calidad, de la cantidad y de las condiciones contractuales que ambas partes suscriben en un contrato, un contrato, un acuerdo de partes.

El FISSAL realiza una revisión de manera exhaustiva de cada prestación brindada, nosotros mensualmente tenemos cerca de 85 000 prestaciones de hemodiálisis por mes, entonces, imagínense la cantidad y los tiempos que requerimos para hacer esa revisión contando con un personal realmente bastante limitado y sin posibilidad de realizar nuevos contratos por la normatividad dada en la 1057.

Esta verificación incluye el contraste de los registros en el aplicativo SAIRC, la historia clínica, revisión de exámenes de laboratorio, receta de medicamentos y cumplimiento de la entrega de los medicamentos, revisión del profesional que brindó la prestación, cálculo de penalidades entre otros, acuérdense que el servicio de hemodiálisis es un servicio muy delicado en el cual se juega la vida del paciente entonces, la revisión para realmente nosotros saber que ese paciente ha sido atendido de manera correcta de

acuerdo a los términos de referencia dados en el contrato, se tiene que realizar una verificación exhaustiva de ese cumplimiento.

A través de esos procesos de control hemos identificado suplantaciones de identidad de profesionales, falsificación de documentos, atención de fallecidos, entre otros, lo cual, bueno, han seguido sus procedimientos administrativos correspondientes de acuerdo a ley, pero, sin embargo, también constituyen un factor grande de riesgo por lo que hace de que quizá tenga que ser mucho más exhaustivo en la revisión de esas prestaciones.

Y los unimos de manera gráfica el procedimiento para la conformidad del servicio y para más o menos se den cuenta los plazos en los cuales se tendría que realizar el pago, todos estos son los procedimientos, al quinto día del mes [...] ingresa a la base de datos, se ve la producción, pasa a DIGEA que realiza una validación administrativa, ¿qué significa eso?, verificar el estado de afiliación, porque muchas veces como ya dijo también el doctor Garavito los pacientes pueden pasarse de repente a ESSALUD o dejar de ser afiliados al SIS o también la supervivencia del asegurado al SIS, de como de pacientes que estando fallecidos han reportado a la IPRESS como atendidos.

En el plazo máximo de 7 días posteriores al cierre de producción debe terminar esta validación administrativa.

Luego, pasamos a la validación documental de la prestación, esto lo realiza el DICOE, después de la validación administrativa empezamos con la realización de los documentos presentados por la IPRESS privada para el reembolso correspondiente para verificar, como volvemos a repetir, el estricto cumplimiento de los términos de referencia y sobre todo de las prestaciones que se den en las mejores condiciones, garantizando la vida del paciente.

En la primera rendición, se comunica a la IPRESS el resultado de esto, esto más o menos demora un tiempo de 13 días, nosotros ya hemos puesto en la directiva estos plazos, anteriormente no tenían plazos, los plazos eran abiertos por eso es de que no, se demoraban meses para dar la conformidad, ahora ya tenemos plazos establecidos.

La subsanación que en la mayoría de los casos se encuentran demoran 5 días, que se le da el plazo a la IPRESS para que pueda levantar esas observaciones, luego viene una segunda revisión por parte de DICOE, lo cual demora aproximadamente 13 días.

Posteriormente a ello, pasa ya, con estas prestaciones debidamente verificadas, que han cumplido todos los requisitos y todo lo que se ha

estipulado en los términos de referencia, con calidad, incluyendo la entrega de medicamentos, etcétera, etcétera.

Vamos a la validación del monto neto, es decir, la Dirección de Financiamiento de FISSAL, el DIF valoriza el monto respecto a las prestaciones válidas, de todas las que se han dado, cuáles realmente han pasado todos los sistemas de control y en el plazo de un día los pasa para DICOE y DIF firmar un acta de conformidad, una vez que ya se ha hecho toda esta resolución exhaustiva se hace la firma del acta de conformidad, y con ello, con esta acta de conformidad pasa inmediatamente a la oficina de administración para que realice el pago de acuerdo a la normativa en el plazo de 10 días según la norma, incluso la Ley de Tesorería establece un mayor plazo, sin embargo, nosotros hemos puesto 10 días.

En el caso de IPRESS, de acuerdo a la Ley de Facturación, por ejemplo, son 30 días posterior a la emisión de la factura, plazo que nosotros no estamos mostrando, en cuanto a la línea del tiempo del pago de la IPRESS, a partir de la conformidad pasa al área de Logística que es la responsable de solicitar la factura, este tiempo tampoco se ha considerado porque hay muchas IPRESS que demoran en la entrega de su factura, en promedio algunas entre uno, 8 días, 10 días, y algunas mucho más tiempo todavía.

Una vez recibida la factura, se consolida el expediente, pasa a administración, a contabilidad, se realiza el devengado y posteriormente el girado, aquí también pueden presentarse circunstancias que pueden prolongar estos plazos y estos tiempos, como por ejemplo, muchas veces tenemos la plataforma de SUNAT colapsada, las facturas están mal emitidas, hay que volver a pedir facturas, la tercerización a un estado contable de parte de las IPRESS privadas para la emisión de sus facturas, y en este caso demora mucho más tiempo en emitir su respectiva factura.

En cuanto a la ejecución presupuestal, en estos últimos tres años, nosotros de acuerdo al presupuesto asignado para las hemodiálisis en IPRESS privadas, hemos tenido una ejecución mayor al 99.5%, quiere decir, que prácticamente el presupuesto que ha sido aprobado para pagar hemodiálisis se ha cumplido casi en su totalidad y si en algunos casos hay un pequeño saldo es porque algunas IPRESS a fin de año simplemente no presentan su factura estando considerados.

Para esto tenemos el procedimiento de control de prestaciones blindadas, tenemos un control prestacional a las IPRESS privadas realizado por DICOE en el marco de la directiva administrativa interna aprobada con la RJ-02 del 2022 para este año.

Control financiero a IPRESS privadas, por parte de la DIF, también en el marco de las directivas internas y básicamente la evaluación de los indicadores de calidad, es muy importante eso porque de ellos depende la vida de los pacientes.

Control de calidad del agua, básicamente sobre todo en el aspecto microbiológico y de toxinas, niveles de hemoglobina, que debe ser mayor a 10 gramos por decilitro, la cero conversión, es decir ver que los pacientes que reciben hemodiálisis, pues no tengan el riesgo de infectarse de enfermedades como hepatitis b, c, d, h, que sería pues catastrófico, ¿verdad?, nosotros también tenemos que realizar ese seguimiento, esa evaluación para que estos hechos no ocurran. Y, finalmente, un indicador de calidad de la hemodiálisis que es el Kt/V.

Bueno, nosotros hemos tomado algunas acciones para mejorar todo este tema de atención de servicio de hemodiálisis, actualmente en lo que son, por ejemplo, los términos de referencia que son las condiciones a las cuales nosotros convocamos los procesos de contratación, hemos tenido reuniones con el Centro de Salud Renal de ESSALUD y con asesoría de Perú Compras, hemos elaborado la ficha de homologación, con el fin de tener explícitamente ya todas las condiciones, todos los términos de referencia que debe cumplir las empresas para poder brindar estos servicios de hemodiálisis, de manera transparente y a través de procedimientos de contratación, mucho más ágiles, esto ya está en pre publicación hasta el día de mañana 2 de marzo pueden dar todos sus aportes y con ello aprobarse ya, esta ficha de homologación para el servicio de hemodiálisis.

También, se ha conseguido que, a través de la Ley del Presupuesto, se asigne un monto al SIS, al pliego SIS, para que FISSAL podamos hacer el plan de salud renal, ¿qué significa eso?, dar una mirada, como decía el doctor Garavito, a la persona, al paciente, no a la enfermedad, porque nosotros sabemos que a lo largo de la historia natural de la enfermedad, tenemos etapas de prevención, promoción, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y no veríamos esto que cada vez tenemos más pacientes con hemodiálisis, lo cual significa menor calidad de vida para nuestros pacientes y también mayor gasto para el Estado, por eso tenemos que hacer una intervención integral para ver este tema de manera articulada y poder disminuir y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

También, allí está incluido obviamente como potencializar la oferta pública, porque recuerden que nosotros tenemos que ver a nivel de todo el país, sino hay algunas regiones incluso en las que no encontramos ni oferta pública ni oferta privada, entonces, eso nos preocupa demasiado por eso es que estamos tratando de hacer este plan de salud renal de manera integral.

Bueno, la siguiente pregunta, ¿qué relación existe entre el SIS, FISSAL, con las empresas de servicios de hemodiálisis?, en especial con la empresa transnacional NIPRO Medical Corporation sucursal del Perú.

Respecto a ello, vuelvo a repetir, que el FISSAL como unidades ejecutoras del pliego SIS contrata servicios de hemodiálisis con empresas privadas proveedores a nivel nacional que actualmente contamos con 86 contratos que están publicados en la página web, en la página de SUSALUD, en el mismo OSCE, en el SEACE, porque todas las contrataciones se hacen bajo el marco de la Ley de Contrataciones del Estado vigente.

Asimismo, debemos resaltar que nosotros no hemos tenido ningún tipo de denuncia por retraso de pago, estamos en el mes de iniciando marzo y estamos completando ya el pago de diciembre, aproximadamente son 60 días que se demora en todo el procedimiento para el pago, aquellos IPRESS que cumplen cabalmente nosotros estamos pagando en aproximadamente 60 días, no hemos realizado ningún tipo de pago de intereses legales, no tenemos, quiere decir esto que no tenemos un retraso en el pago.

Es importante también, preciar que no contamos con ningún tipo de vínculo contractual con la empresa NIPRO Medical Corporation, nosotros no contamos con contrato de hemodiálisis ni de ningún tipo con esa empresa, no tenemos ningún tipo de relación.

Bueno, señores congresistas, a través de usted, Señor Presidente, le agradezco la oportunidad de poder aclarar estas interrogantes.

PRESIDENTE: Bueno, muchas gracias, van a escuchar las preguntas de los congresistas y después tendrán que responder a ellas.

Los congresistas que desean preguntar, adelante. Bueno, voy a realizar una pregunta acá, al señor jefe del SIS.

Uno, acerca de la cobertura del aseguramiento que se vence en diciembre, solicito que usted disponga un comité de expertos para realizar una mesa de trabajo entre el SIS y la Comisión de Salud.

Segundo ¿Cuáles son los mecanismos para escuchar las demandas de los pacientes y cuáles son los criterios para respetar la autonomía del acto médico en sus decisiones?

Queridos colegas, pueden hacer sus preguntas. Bueno, no habiendo más preguntas, escuchamos las respuestas de los expositores.

señor **Héctor Miguel Garavito Farro Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS):** Buenas tardes nuevamente. Quería, este, estoy buscando precisamente los mecanismos necesarios, lo que tenemos para escuchar a los pacientes, es una plataforma multicanal de atención, estoy poniendo la

presentación. Entonces, a través de todos estos nosotros escuchamos a los pacientes, tenemos una plataforma vía un aplicativo interactivo, es por la app, el aplicativo SIS, por donde nosotros hemos logrado establecer este año que pasó alrededor de 85 000 afiliaciones por esa vía, por el aplicativo.

Tenemos el SIS móvil, que son las campañas en donde recogemos todas las demandas de la población, por otro lado, tenemos gestores en grandes establecimientos de salud, en el INEN, en el Niño, en diversos establecimientos, que ayudan a los pacientes afiliados al SIS, a resolver sus problemas durante, durante y después de dos meses de la atención, entonces, se orienta para ver a dónde llega.

Otra forma, en que hemos estado atendiendo es a través de las vías móviles, ustedes saben que, en el año 2015, si no me equivoco, se instaló el programa de atención social gracias a la participación de la Marina, y allí se pusieron los servicios que da el SIS, por un lado, era la afiliación, lo otro era la acreditación de los pacientes, y la trasmisión de la información correspondiente.

También tenemos una línea gratuita que es el número 113, opción 4 entonces, cada paciente puede allí llamar, hacer sus demandas, sus preguntas, sus quejas, es totalmente libre, tenemos una plataforma de atención a nivel central, y dentro de cada una de las unidades desconcentradas.

Tenemos a nivel del SIS y de nuestras oficinas en Lima, el Centro de Atención al Asegurado, es de libre acceso, eso ya es presencial, las personas pueden venir aquí y tranquilamente pueden poner sus quejas, poner sus demandas, hacer sus sugerencias, porque en realidad no es tan malo, hay gente que viene con las mejores intenciones también.

Y, finalmente, otro modelo presencial, es el módulo de atención al cliente, que es iniciado por la PCM, donde nosotros también tenemos, lo que se dice, módulos y que está a cargo de la Oficina de Atención al Asegurado, acordémonos que los establecimientos también tenemos allí, estas oficinas, si hay diferentes modalidades para poder atender estas demandas, una vez que las tenemos, la sistematizamos, y se da, usualmente se da una atención inmediata, nuestros gestores y nuestro personal de la Gerencia del Asegurado, acá se pone rápidamente en contacto con las oficinas o las gerencia macro regionales y de esa forma contactamos con las unidades desconcentradas e inmediatamente se busca respuesta a las emergencias, demandas o cualquier otra solicitud que los pacientes estén haciendo.

Con respecto a la autonomía al acto médico, nosotros no tenemos una participación directa en la autonomía del acto médico, en realidad para eso

existen guías de práctica clínica, líneas de atención, vías de atención, entonces, es obvio que a nosotros nos encantaría que todas las atenciones estén bajo una guía de práctica clínica, pero si ustedes conocen, pues, no hay suficientes guías de práctica clínica y adecuada calidad en el sector Salud.

Entonces, en realidad nosotros no nos metemos en la práctica propiamente dicha de nuestros colegas, creo que la mejor forma de que esto fluya es que desde el Estado dentro de sus atribuciones pueda establecer las guías de práctica clínica y otros instrumentos, protocolos, vías, líneas de atención, etcétera, etcétera, que son instrumentos disponibles para poder racionalizar la atención clínica y hacerla eficaz y segura, yo creo que esto hay que impulsarlo, tenemos que sentarnos con el ministerio y seguir para adelante.

Yo quiero hacer extensivo a nombre de la Doctora Edith Muñoz y a nombre de toda la institución nuestros agradecimientos al congresista presidente de la comisión y a todos sus miembros, el doctor Hitler Saavedra Casternoque, por habernos convocado y tener la oportunidad de poder aclarar los puntos para los cuales nos han convocado.

Con mucho gusto estaremos contactándonos para formar una mesa de trabajo, nuestro mayor interés, creo que tenemos una serie de iniciativa que podamos compartir con ustedes y espero sea en el más breve plazo, ustedes nos indican cuál es el mecanismo, si nos convocan ustedes o nosotros mandamos una carta como fruto de esta sesión y estaremos encantados de hacerlo. Más bien, muchísimas gracias, nuevamente.

PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por lo tanto, los asesores estarán coordinando ya para hacer la mesa de trabajo.

Gracias. ¿Algún congresista más?

Congresista **Revilla Villanueva César Manuel:** Sí.

PRESIDENTE: Adelante colega.

Congresista **Revilla Villanueva César Manuel:** por favor, presidente.

La palabra para hacer preguntas al invitado. Presidente, actualmente el proceso de inclusión de tratamientos de territorio nacional es liderado por la DIGEMID, la ley establece que en la actualización del Plan Nacional Único de Medicamentos, debe hacerse cada dos años, sin embargo, bajo el liderazgo de la DIGEMID el último Plan Nacional Único de Medicamentos fue actualizado el 2018, es decir, vamos a llegar a 4 años sin que haya sido actualizado y el predio fue el 2015, yo quisiera preguntar ¿Por qué viene sucediendo esta situación y cómo van a revertirla?

Lo segundo, en la elaboración del Plan Nacional Único de Medicamentos y listados complementarios se realiza de una forma reservada, que no permite conocer los alcances técnicos de las decisiones que permiten analizar la transparencia del proceso otorgándole legitimidad y sobre todo la rendición de cuentas de los funcionarios que toman las decisiones, pues, lo que incluye en el listado impacta directamente en el uso de recursos públicos.

¿Existen actas que sustenten el análisis de las decisiones de inclusión de moléculas en el Plan Nacional Único de Medicamentos y en los listados complementarios?

PRESIDENTE Colega, colega Revilla.

Congresista **Revilla Villanueva César Manuel**: Sí.

PRESIDENTE: Aún no expone lo que es el DIGEMID, recién es la exposición del SIS y FISSAL, en la siguiente sería DIGEMID.

Congresista **Revilla Villanueva César Manuel**: Presidente, entonces lo espero, Presidente, para la exposición.

PRESIDENTE: Sí, Muchas gracias a nuestros invitados, Señor Secretario técnico, cuando consideren para retirarse de Microsoft chat.

Congresista **Varas Meléndez Elías Marcial**: Señor Presidente, si me permite.

PRESIDENTE: Sí.

Congresista **Varas Meléndez Elías Marcial**: Bueno, aprovechando mediante su persona, Señor Presidente, a nuestros amigos que nos acompañó y nos han explicado el gran problema que tenemos con el SIS, ya venía manifestando yo una serie de inconvenientes, y veo que realmente no han absuelto las preguntas que usted con mucha precisión lo hizo, con el tema de los desembolsos oportunos y la falta de atención que se le hace a nuestros hermanos que vienen trabajando, mucho más en la zonas retiradas de nuestro país.

Definitivamente yo debo de manifestar ese de desagrado y ese malestar con relación al trabajo que se viene haciendo, yo siempre soy un convencido que aquella persona que es un ejecutivo y está sentado en su escritorio y ni siquiera conoce un puesto o centro de salud en la periferia de donde nosotros venimos, realmente van a creer siempre que las cosas están bien.

Y, yo debo de manifestar que el SIS es un fracaso, es un total fracaso porque no tenemos un trabajo de retroalimentación en ninguno de sus niveles, no hay un monitoreo permanente con el tema de la calidad del servicio, la satisfacción, tanto del usuario interno como del externo.

En ese sentido, no hay la mínima preocupación de este seguro que debería garantizar justamente lo que es el bienestar de los peruanos, no cumple los objetivos, y lamentable no, porque tienen que ellos que darle una mirada diferente o replantear sus objetivos, si bien es cierto nos muestran que han ganado o han sido certificados o licenciados por algunos organismos que acreditan este tema de licenciamiento o certificaciones.

Pero, yo siempre digo, pero si tu usuario que es el paciente de día a día, aquel pobre que vive en una puna y no encuentra medicamentos en el SIS, que llegue y no encuentre a profesionales o que encuentre las puertas cerradas porque falta contratar recursos humanos o falten equipamientos, yo digo entonces ¿Cuál es el objetivo de este tema de seguros?

Por ello, señor presidente, gracias por haberme permitido haberles recordado a los señores cuál es el objetivo de un seguro, porque este Seguro Integral de Salud realmente no cumple los objetivos, y por ello, yo creo que se tiene que replantear todo ello, porque actualmente el diagnóstico del SIS es un fracaso. Muchas gracias, presidente.

PRESIDENTE: Gracias a usted, querido colega. Bueno, pedimos al Señor Secretario Técnico, el ingreso a la plataforma virtual a los siguientes expositores:

José Antonio Gonzáles Clemente, Jefe del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos – CENARES, al Señor Eduardo Payet Meza, Jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, a la Señora Carmen Teresa Ponce Fernández, Directora General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID. Adelante, Señor Secretario Técnico.

Secretario Técnico: Bien, Señor Presidente. Adelante, doctor Eduardo Payet Meza

Señor **Eduardo Payet Meza:** Jefe del Instituto Enfermedades Neoplásicas – INEN: Sí, muy buenas tardes.

Estamos acá presentes desde las once de la mañana escuchándolos atentamente. Gracias por permitirme exponer, entiendo que mi programa está primero del Doctor Gonzáles de CENARES, pero, encantado de responder las preguntas. Un saludo cordial al presidente de la Comisión de Salud, al Doctor Hitler Saavedra, así como a todos los señores congresistas. Quiero estar seguro de que me están escuchando.

PRESIDENTE: Totalmente claro, muy claro.

Señor **Eduardo Payet Meza:** Jefe del Instituto Enfermedades Neoplásicas – INEN: Muchas gracias.

Sí, Señor Presidente, yo también había traído un PPT, pero, veo que voy a limitarme a responder las preguntas que nos han hecho, que nos han hecho llegar, puntualmente, y si es que hay alguna cosa que haya que aclarar en aras del tiempo, porque ya son veinte para las dos de la tarde.

La primera pregunta que se me hace, como conocen ustedes soy el jefe institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, organismo público ejecutor del sector Salud, que a través de una ley del Congreso se dio las facultades para dirigir este tema oncológico a nivel nacional.

La primera pregunta, es sí según los medios de comunicación desde el mes de octubre hay riesgo de desabastecimiento de medicinas contra el cáncer, y qué se hizo desde entonces para evitarlo.

Lo que le corresponde al instituto nacional, está enmarcado dentro de las disposiciones vigentes en la cual nos compete y lo hemos hecho, hemos remitido y reiterado oportunamente el requerimiento de los medicamentos oncológicos, medicamentos estratégicos, para su adquisición desde el mes de julio del 2020 hasta la actualidad y estos requerimientos se hacen a Cenares, claro, hubiera sido interesante escuchar primero a Cenares.

Este requerimiento constituye la solicitud de 63 medicamentos oncológicos, en los cuales Cenares como responsable de la compra centralizada de medicamentos estratégicos corresponde a ellos dentro del sector público.

Entonces, teniendo en cuenta que la entrega de estos ha presentado retrasos en la distribución, el INEN desde el mes de octubre del 2021 y en el marco de la Resolución Ministerial número 116-2018-MINSA, que constituye la gestión del sistema integrado de suministros públicos de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, es que establece mediante la disponibilidad financiera del INEN, hemos venido realizando compras institucionales, priorizando, esto es muy importante concepto, la salud de los pacientes, y los médicos especialistas en cada especialidad de la oncología que la institución ofrece han prescrito alternativas terapéuticas en procura de garantizar la continuidad del tratamiento, de los tratamientos.

Así que, básicamente resumiendo las acciones, son tres:

La primera, remitimos en forma mensual oficios repetidos, en forma mensual, repito, comunicando el desabastecimiento de medicamentos no solamente a Cenares sino también a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas del Ministerio de Salud.

En segundo lugar, compras institucionales para la continuidad de los tratamientos pensando en nuestros enfermos.

Y, en tercer lugar, a través de los médicos especialistas, los médicos oncólogos de la entidad se han comenzado a prescribir alternativas terapéuticas en los protocolos de manejo de la enfermedad.

Pasaría, entonces, a la segunda pregunta.

¿Podría informar, cuál es el stock de medicamentos contra el cáncer y cuál es la brecha actual?

Sí, de los 63 productos oncológicos se cuenta con stock disponible de 60 medicamentos en promedio para los próximos dos meses y tres medicamentos que están desabastecidos cómo son el filgastrim que tenemos conocimiento que esto va a llegar ya entre hoy y mañana, que es un medicamento para los pacientes inmunosuprimidos que lo que tratan de hacer es administrárseles conjuntamente con su tratamiento para evitar, para reforzar la médula ósea, y reforzar las defensas del paciente.

Las necesidades del filgastrim, mensualmente son 7000 aproximadamente mensuales, 7000 ampollas solamente en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Y la segunda droga es el paclitaxel, un medicamento de dos presentaciones que se utiliza para cáncer de la mama y cáncer de ovario.

Así que, de los 63 productos oncológicos, estamos abastecidos excepto dos de ellos, el paclitaxel y el filgastrim, así que, estamos protegidos para los próximos dos meses.

Entonces, es decir, dicho desabastecimiento que alcanza más o menos el 6% de nuestro stock, pues, obedece a múltiples factores heterogéneos como la falta de producción, dificultades en el transporte internacional, tipo de cambio, etcétera, que entendemos han interrumpido el suministro normal, es decir, es la adquisición, el proceso de compras internacionales en la cual Cenares participa directamente.

La tercera pregunta ¿Cómo evaluamos nosotros, bajo la óptica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas la gestión de Cenares en el abastecimiento y disponibilidad de los recursos estratégicos y qué medidas hemos tomado para evitar el desabastecimiento?

De acuerdo a la normativa de Cenares, esta institución, Cenares, es el encargado el encargado del abastecimiento de los medicamentos oncológico, estratégicos sin embargo tenemos problemas del abastecimiento, este proceso de adquisición creemos nosotros que podría mejorarse con la participación y asesoría de los usuarios especializados, como, por ejemplo, el INEN, el Instituto Nacional de Enfermedades

Neoplásicas, es decir, mejorar casos, cadenas de suministros, renovación, *stock*, entre otros.

¿Cuáles han sido las medidas que hemos tomado para evitar esto?

Uno, como repito, remitimos en forma mensual oficios comunicando el desabastecimiento de medicamentos a Cenares a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas del Ministerio de Salud.

Dos, en el marco de la Resolución Ministerial número 116, hemos realizado compras institucionales de manera excepcional para garantizar la continuidad del tratamiento, tal como la resolución ministerial lo permite, esta resolución permite de manera excepcional si es con el fin de garantizar los tratamientos nuestros pacientes para compras de volúmenes menores en tanto Cenares cumpla con el abastecimiento.

Y, tres, ante el desabastecimiento y la necesidad imperiosa de continuar tratamiento, los esquemas terapéuticos, y protocolos de manejo, fueron modificados por nuestros especialistas como alternativas terapéuticas, así que ninguno de nuestros pacientes dejó de ser atendidos ante esta problemática.

La cuarta pregunta ¿Cuál es el nivel de contratos resueltos con los proveedores y cuáles han sido las causas? ¿Qué medidas tomamos? ¿Qué estrategias se han aplicado para evitar el desabastecimiento en el momento y luego de la resolución de los contratos?

Pues, como usted sabe, el INEN a la fecha no cuenta con registro de contratos resueltos, con proveedores de medicamentos e insumos estratégicos ¿Por qué? Dado que como usuarios no estamos a cargo de la administración de estos mismos, de estos contratos, los que son suscritos y administrados por el órgano competente del Ministerio de Salud que es el Cenares.

Así que, de acuerdo a lo antes señalado, el Instituto realiza compras en volúmenes menores y los médicos especialistas indican alternativas terapéuticas disponibles ¿Para qué? Para aminorar el impacto de los retrasos del abastecimiento de priorizando la atención del enfermo.

Número 5 ¿Qué medidas administrativas e ilegales han tomado contra los involucrados en el desabastecimiento de los recursos estratégicos incluidos los fármacos?

En el ámbito administrativo y legal, el INEN mantiene activos los niveles de control gubernamental que el Estado determina, sin embargo, el desabastecimiento de recursos estratégicos obedece a aspectos de la administradora de los contratos.

Pregunta número 6 ¿Cuál ha sido el impacto de la salud de los pacientes oncológicos? ¿Cuántos son los pacientes afectados?

Y, permítame, señor presidente, informarles como estoy seguro que ustedes lo saben, en el último año, en el año 2021, durante toda la pandemia, el instituto atendió a cerca de 50 000 pacientes con cáncer, en las diferentes especialidades que la entidad ofrece, cerca del 60% de estos pacientes proceden de las diferentes regiones del país.

Pero fíjense ustedes, solo de enero a la fecha de hoy, del presente año, hemos atendido a 18 940 pacientes, entre nuevos casos y continuadores, estimamos que 300 de ellos fueron afectados por el desabastecimiento, aunque representa un 2% es importante, porque estos pacientes, la mayoría de ellos fueron atendidos gracias a las medidas adoptadas y que he presentado anteriormente.

No obstante, el impacto fue retraso, ha habido un retraso en los tratamientos, tanto en el inicio como en la continuidad de los mismos.

Y, dos, necesidad de modificar esquemas de tratamiento con el uso de medicamentos de la misma familia, por ejemplo, ante la carencia de un medicamento que se llama docetaxel, se implementó el uso de *paclitaxel*, la ciclofosfamida endovenosa fue sustituida por la ciclofosfamida de vía oral, es decir, los mismos especialistas bajo protocolos y experiencias internacionales ante la crisis presentada, a fin de evitar la progresión de la enfermedad se modifican algunas formas de terapia en estos pacientes.

Pregunta número siete. ¿Cuál ha sido el rol del Observatorio Nacional de Informaciones de Precios de Productos Farmacéuticos, y del Observatorio de Precios de Biodisponibilidad y Calidad de los Medicamentos?

Bueno, nosotros sugerimos de acuerdo a las competencias del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que dicha interrogante pueda ser orientada a la dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), pero es bien sabido que existe una economía de escala por la demanda inelástica de los productos farmacéuticos que deben considerarse.

Y la pregunta número ocho, que es la última. Uno de los requisitos para el adecuado abastecimiento por parte de Cenares, de los medicamentos oncológicos, es que se incluyan en el petitorio nacional de medicamentos esenciales y en sus listas complementarias.

Sin embargo, desde el año 18 no se ha actualizado en clara violación de la ley, que señala que debe hacerse cada dos años, y es una de las preguntas que hizo el señor congresista, antes. Sugerimos nosotros que dicha interrogante, igualmente pueda ser orientada a la entidad pertinente, es decir CENARES-DIGEMID, pero cabe mencionar que el Instituto Nacional de

Enfermedades Neoplásicas, ha remitido 50 expedientes de medicamentos oncológicos para la inclusión en el PNUME, en el Petitorio Nacional de Medicamentos a DIGEMID, mediante Oficio 440-220, de fecha 30 de julio del 2020, los mismos efectivamente, que nos encontramos a la espera de respuesta.

Eso es lo que me corresponde, señor presidente, con respuesta a las ocho preguntas que hemos respondido. He querido ser puntual por aras del tiempo y disculpen ustedes, si no obstante si requieren de alguna información adicional, estoy acá con mi equipo técnico. Muchas gracias.

PRESIDENTE: Señor secretario técnico, para considerar al siguiente expositor.

Secretario Técnico: Buenas tardes, doctor José Antonio Gonzáles Clemente, a través de la presidencia; jefe del Centro Nacional de Abastecimientos de Recursos Estratégicos Cenares. Adelante Señor Doctor José Antonio Gonzáles Clemente.

Señor Doctor **José Antonio Gonzáles Clemente:** Director General del Centro Nacional de Abastecimientos de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES): Señor Presidente, Hitler Saavedra; muchísimas gracias por permitirme la participación y poder aclarar las respuestas y las inquietudes respecto al abastecimiento de medicamentos oncológicos.

Con su venia, voy a compartir unas láminas, para que pueda ser más didáctica la explicación.

PRESIDENTE: Tiene la opción para compartir, Doctor José Gonzáles. Director General del Centro Nacional de Abastecimientos de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES):

Señor Doctor **José Antonio Gonzáles Clemente:** Muy buenas tardes nuevamente, quien les habla es el licenciado José Antonio Gonzáles Clemente, soy el Director general del Centro Nacional de Abastecimientos de Recursos Estratégicos en Salud, conocido como CENARES.

Primero, deseo hacer una introducción respecto a lo que Cenares significa, y luego responder las cinco preguntas que nosotros consideramos que están referidas a nuestro marco de intervención.

Cenares es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, depende orgánicamente dentro del Ministerio de Salud del Viceministerio de Prestaciones de Aseguramiento de Salud. Tiene cuatro direcciones de línea, que es la Dirección de Programación, Adquisiciones, Almacén y Distribución, y la Dirección técnica, que van de la mano con los procesos que se manejan

como parte de la cadena de abastecimiento, tiene sus órganos de apoyo y tiene sus órganos de asesoría.

Los dispositivos legales que nos conducen, están referidos a la Ley de organización y funciones del MINSA, al reglamento de organización y funciones, al Decreto de Urgencia 07-2019 y a su reglamento que es el Decreto Supremo 026-2019 y resaltamos este decreto, porque es a través de él que se establece que Cenares es el operador logístico del sector Salud, y que progresivamente, incluso tendrá el alcance a entidades como ESSALUD, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, y el Ministerio de Justicia.

También, nos regimos por la Ley del Sistema Nacional de Presupuesto, y a través de ello también, a través de la Ley de presupuesto de cada año de ejercicio fiscal. Dependemos mucho del Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Abastecimiento y su reglamento, así como la Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y sus reglamentos que emanan de esta ley.

Señor presidente, nosotros para llevar a cabo un procedimiento de selección, nos llevamos aproximadamente cuatro meses, luego de una programación que se realiza, en este caso para los productos oncológicos a través de la estrategia de la dirección de prevención del cáncer, y en coordinación con los institutos especializados y establecimientos de salud, se define un requerimiento que contiene la descripción del producto, las cantidades y las condiciones bajo las cuales se van a llevar a cabo este suministro.

Luego de eso, se realiza una indagación en el mercado, se identifica cuáles son nuestros potenciales proveedores, para eso hacemos una coordinación con DIGEMID, a efectos de obtener la identificación de aquellos proveedores que tienen registro sanitario o certificado de registro sanitario.

Obtenemos las condiciones, muchas veces en este año 2021, por ejemplo, ha sido muy complicado tener las cotizaciones que cumplan con las condiciones que estableció Cenares. Se recepcionan las cotizaciones, se determina un valor referencial y se gestiona la identificación de los recursos presupuestales.

Luego de eso, se gestiona la aprobación de un expediente de contratación, se designa un comité especial, se aprueban bases, y se convocan al procedimiento de selección.

Generalmente la mayoría de estos productos tienen fichas técnicas y se encuentran incluidas en el listado de bienes y servicios comunes, y finalmente, luego de llevarse a cabo estos procedimientos de selección que generalmente son cortos, nos demandan 10 días, pero hay que tener en

cuenta que, como son electrónicas, si un procedimiento cuenta con 80 ÍTEM, por ejemplo, probablemente tengamos ocho a 10 días de puja, porque solamente pueden pujar ocho ÍTEM por día.

Hay procesos que hemos convocado que incluyen más de 200 ítem, por ejemplo, si bien es cierto el proceso de subasta inversa es corto, pero por el período de puja nos puede mandar cerca de 15 a 30 días.

Finalmente, seguido a este procedimiento de selección, se otorga la buena pro, se consiente, se obtiene los documentos para la suscripción del contrato, y, teniendo en consideración un plazo de entrega a 60 días, que es lo que se ha manejado comúnmente, tendríamos que, nos demandaría cuatro meses llevar a cabo un procedimiento de selección para poder tener un producto en su primera entrega.

En CENARES, manejamos tres grandes grupos de medicamentos, los medicamentos que son de la estrategia sanitaria nacional, entre las cuales se encuentra la dirección de prevención y cáncer, los productos oncológicos, los medicamentos y dispositivos médicos parapacientes SIS, y aquellos medicamentos para compra corporativa, en las cuales ya intervienen ahora, entidades como ESSALUD, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, el INPE, el Hospital Municipal de los Olivos y SISOL, hasta ahora.

La diferencia entre cada uno es, que entre los dos primeros el presupuesto está en CENARES, y como tal, CENARES asume una posición mucho más protagónica durante todo el proceso, durante la programación, durante la conducción de los actos preparatorios y el procedimiento de selección, y sobre todo en la ejecución contractual.

Mientras que, en las compras corporativas, solamente conduce el proceso de selección, el estudio de mercado, el proceso de selección, y una vez que este concluye, las entidades participantes, que en este caso tenemos a ocho, son quienes suscriben sus contratos y llevan a cabo la ejecución contractual.

Todos estos se llevan a cabo bajo el marco de las normas de contrataciones del Estado, y las normas de presupuesto.

Voy a ir rápidamente a las preguntas.

Respecto a la primera pregunta. Según los medios de comunicación desde el mes de octubre hay riesgo de desabastecimiento de medicinas contra el cáncer. ¿Qué se hizo desde entonces para evitarlo?

Señor presidente, quiero poner en contexto, que quien le habla asume la dirección general de Cenares, a partir del 20 de setiembre del 2021, y en ese contexto, teníamos la prioridad desde el gobierno y desde el Ministerio de

Salud, de adquirir y suministrar los productos referidos, y que nos servirían a los establecimientos de salud para enfrentar la pandemia por COVID.

Ello tiene que ver con una serie de medicamentos, dispositivos médicos, equipos de protección personal, suministro de oxígeno, las vacunas y todo aquello que involucra aplicar las vacunas, como las jeringas, los cloruros de sodio, entre otros.

En ese contexto, también se identificó que, había un desplazamiento de las compras de no solamente los productos oncológicos, sino en general, y desde ese momento es que se dieron las instrucciones para que todas las direcciones intensificaran los esfuerzos a efectos de que se logre convocar todos los ÍTEMS que se encontraban en proceso, o que no habían sido requeridos a ese momento.

Una de las particularidades que tomé conocimiento cuando tuve las reuniones preliminares con todo el equipo de Cenares, fue que no teníamos respuesta de la industria farmacéutica de los laboratorios, de las droguerías. En ese sentido, inmediatamente el primero de octubre convoqué a todos los gremios que agrupan a los laboratorios y droguerías nacionales, a efectos de poder exhortarlos a que participen de los estudios de mercado, y además de poder conocer un poco de lo que estaba sucediendo en el mercado, a efectos de poder establecer acciones conjuntas entre privado y público.

Una de las particularidades que salieron de esa reunión y sugerencias de ellos, de la propia industria, fue que no cotizaban, puesto que tenían una gran incertidumbre en ese momento, ¿debido a qué? Debido a la volatilidad del tipo de cambio, debido a la escasez de la materia prima. Muchos señalaron que la crisis energética en China, la crisis de transportes y la crisis de los contenedores, los afectaba enormemente, y todas esas condiciones hacían que ellos no tuvieran un grado de certidumbre para poder establecer dos cosas principales que pedíamos en las cotizaciones:

Uno. Que era el plazo de entrega.

Dos. Que era el precio.

Puesto que, para ellos les resultaba muy importante, si establecían un plazo de 60 días como se les pedía inicialmente, luego podrían tener problemas en la parte de ejecución contractual, si estos no eran cumplidos, porque podrían ser afectos a penalidades o resoluciones de contrato.

Y, respecto al precio también, como había mucha volatilidad del tipo de cambio, y toda la incertidumbre respecto a los costos que se habían incrementado por el tema de transporte y el tema de los contenedores, también hacía que no podrían establecer un precio adecuado, y que, finalmente no los conlleve a pérdidas.

Finalmente, de la conversación salió que todos esos factores tenían que ser reflejados en las cotizaciones, puesto que, si no se contaban con esas condiciones y esa información como parte de sus cotizaciones, lamentablemente CENARES no iba a poder actuar, y no iba a poder tomarlos en cuenta para efectos de ajustar las condiciones de las especificaciones técnicas.

Esto empezó a fluir a partir del mes de octubre, y además de eso, nosotros identificamos los potenciales proveedores, como lo expliqué en las láminas anteriores, cursamos las comunicaciones a la DIGEMID, a efectos de conocer quiénes eran los proveedores que tenían registro sanitario, y a partir de eso contactarlos, no solamente de un correo masivo, sino contactarlos localmente.

Ya, debo señalar que, en estos momentos, en la quincena de octubre recibimos la comunicación del INEN, mediante el cual ya tuvimos conocimiento del que tenía 23 productos críticos, y a partir de eso también, intensificamos con mayor esfuerzo las acciones para poder lograr la convocatoria de estos procedimientos de selección.

Ese mayor esfuerzo se dio en los estudios de mercado y en los actos preparatorios de los procedimientos de selección, pero ahí también tuvimos problemas, puesto que una vez obtenidas las condiciones de las cotizaciones, estas no se condecían con las condiciones que había establecido Cenares, es decir, los plazos de entrega, inicialmente se habían establecido en 60 días, ya no iba a 60 días, sino los proveedores nos decían que solamente ofrecían en 320 incluso hasta 240 días de plazo de entrega, porque eso es lo que ellos estimaban poder cumplir sus compromisos, sus obligaciones que podrían ofertar.

En ese sentido, de la evaluación, de la identificación, de la conversación con todos los proveedores potenciales que vendían todos estos productos, nos conllevó a modificar las condiciones técnicas, porque una de las cosas que no podíamos hacer era quedarnos parados. Nosotros podíamos quedarnos parados a ver quién podría tener mejores condiciones y así seguir dilatando el tiempo. Finalmente, no hicimos eso, tomamos la decisión de modificar las especificaciones técnicas y convocar los procedimientos de selección.

Eso se logró y justamente gracias a eso, logramos la convocatoria de los procedimientos de selección, debo decirles que de 22 procedimientos de selección que se convocaron para comprar los productos oncológicos, 18 fueron convocados a partir del 20 de setiembre hasta la fecha.

Yo, les había comentado, creo que no les he comentado, pero es parte de unas siguientes preguntas, 15 ítem en el año 2021 fueron resueltos y de alguna u otra forma eso impactó en el abastecimiento respecto al año 2021.

Como parte de esto, nosotros a pesar que ya teníamos la respuesta de los proveedores indicando de que no iban a formar parte de este procedimiento, insistimos y los contactamos para ver si podíamos persuadirlos de que puedan tomar la ejecución que no había sido realizada como parte de esos contratos resueltos, la verdad es que no tuvimos resultados positivos, pero era importante hacer la consulta, porque era una alternativa que teníamos en esos momentos.

Finalmente, nosotros además de impulsar los procedimientos de selección, identificamos todos los stocks que había en los proveedores locales, y eso nos conllevó a realizar 26 contrataciones para comprar aquellos stocks que estaban en el mercado local.

Desde el mes de setiembre hasta la fecha se llevaron a cabo 40 contrataciones, 31 en el mercado local, y nueve en el internacional. Y de esos procesos que convocamos, 13 fueron declarados desierto, que a la fecha se encuentran convocados y que estamos en pleno proceso a la espera de las respuestas, y que esperamos puedan ser concluidas.

Un aspecto primordial, es preciso señalar respecto a esto, no están los puntos en la lámina, pero es la condición que tenemos para llevar a cabo las subastas inversas. Le había mencionado que estos productos tienen ficha técnica, y pertenecen al listado de bienes y servicios comunes.

Como regla, las subastas inversas, nos requieren que tengamos dos propuestas válidas para poder adjudicarlas, en algunos casos solamente se identificó una propuesta válida, y necesariamente tuvimos que declarar desierto el procedimiento de selección.

Hemos tenido que ir a una segunda convocatoria para cumplir con la regla que existe actualmente, e incluso, por ejemplo, en el caso de filgrastim, estamos en una tercera convocatoria, ya no por subasta inversa, pero por adjudicación simplificada. Sin embargo, son las reglas de juego con la que contamos actualmente, y con las que nos tenemos que adecuar para poder llevar y concretar la compra de un producto.

Estos son los 23 medicamentos o productos que se había identificado desde octubre a partir del documento que nos facilitó el INEN, entre ellos tenemos los productos críticos que ha mencionado el doctor Payet, por ejemplo, la ciclofosfamida, el filgrastim y el paclitaxel en sus presentaciones.

La segunda pregunta es: ¿Podría informar cuál es el stock de medicamentos contra el cáncer y cuál es la brecha actual?

De los 57 productos que estamos manejando para oncológicos en el año 2022, debo señalar de que, 29 productos se encuentran en normal stock, están disponibles entre dos a seis meses; nueve productos se encuentran en sobre-stock, que quiere decir que están en stock períodos mayores a seis meses, y 19 productos que tenemos en sub-stock.

Esto es analizando el stock que existe en los establecimientos a nivel nacional.

De esos 19 productos que tenemos en sobre-stock, al lado derecho pueden apreciar la cantidad de productos que nosotros tenemos actualmente en el almacén de Cenares.

Debo mencionar que continúa siendo los críticos en estos momentos, filgrastim, paclitaxel y ciclofosfamida.

Sin embargo, les debo señalar que en el caso de ciclofosfamida, ya se hizo una distribución para dos meses hace una semana aproximadamente, tenemos un stock todavía, y entre la tercera y cuarta semana del mes de marzo, debemos recibir siete mil unidades, luego en julio siete mil unidades más, luego en agosto siete mil unidades más, con lo cual tenemos garantizado el abastecimiento hasta por el período de un año.

En el caso de paclitaxel, en estos momentos está volando un lote de estos productos hacia Lima, debe llegar el día de hoy a Perú, cerca de las cinco y veinte de la tarde, y, tenemos en el caso de paclitaxel de 100 gramos, un lote de tres mil unidades, y en el caso de 30 miligramos, cuatro mil unidades.

Pero además de eso debo mencionar, que en el caso de paclitaxel de 100 gramos, este producto fue convocado bajo la norma nacional, y ya se encuentra contratado, pero tiene como fecha de ingreso en el mes de junio, con lo cual, sumado a esto que va ingresar, se complementaría el abastecimiento para el año.

Igual con el de 30, en el de 30 se quedó desierto, si bien es cierto ya está convocado en estos momentos, vamos a esperar la suscripción del contrato que se culmina adecuadamente el procedimiento de selección, y si el mercado local puede abastecer y puede dar continuidad hasta abastecimiento, continuaremos con ellos, sino estaremos mirando ya, al proveedor que hemos identificado internacionalmente.

Y, en el caso de filgrastim, les debo señalar que el día de mañana, debe estar llegando, 20 mil inyectables provenientes desde Brasil, y en la próxima semana 100 mil inyectables más, que con eso nos garantiza el abastecimiento del año.

Si tendríamos que hablar de una brecha, lo que debemos señalar es que, los procesos o los productos farmacéuticos que se encuentran contemplados y las cantidades que se encuentran contempladas como parte de los requerimientos que ya se encuentran en curso para el 2022, fueron establecidos teniendo en cuenta un ritmo de consumo del año 2021.

En ese sentido, lo que estamos apreciando en enero y febrero, y coincido con el doctor Payet, es un incremento en el consumo, y que probablemente nos vaya generar una brecha.

Nosotros consideramos a partir de unas reuniones que tuvimos con el IREN CENTRO, por ejemplo, de que este incremento se está debiendo a que están migrando pacientes de otras IAFAS, como ESSALUD, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, e incluso el sector privado a atenderse a establecimiento adscritos al Ministerio de Salud.

En ese sentido, puede generarse un incremento y generarse una brecha en ese caso. Haciendo los cálculos nosotros estamos previendo que puede existir una brecha de 897 700 unidades.

Ahí hay que mirar muy finamente qué es lo que tenemos que hacer, puesto que nuestro objetivo principal es adjudicar los procesos de la compra del 2022, que nos permitan garantizar el abastecimiento que ya tenemos que viene del 2021, y que se ha concluido en los últimos meses del 2021 y el 2022 en los primeros meses, a efectos de poder tomar prestaciones adicionales o contrataciones complementarias previo la convocatoria de un nuevo procedimiento de selección.

Puesto que tanto ESSALUD como las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y el sector privado a quienes también les ha afectado esta problemática, esta escasez de la oferta local, van a reponerse en algún momento en su abastecimiento.

Entonces, esperamos que ese incremento de la demanda que existe actualmente pueda descender, puede suceder a o b, una decisión ahorita de comprar más medicamentos puede ser muy riesgoso, puesto que ello nos puede conllevar a sobre-stock y vencimiento de estos productos, y hay que tener en cuenta que estos productos son caros, no son baratos.

En ese sentido, lo que corresponde en estos momentos es estar mirando constantemente cómo se va comportando el consumo, y a partir de eso tomar las herramientas que podamos tener oportunamente.

La tercera pregunta es: ¿cómo evalúa la gestión de Cenares en el abastecimiento y disponibilidad de los recursos estratégicos, y qué medidas se han tomado para evitar el desabastecimiento? Enumere y detalle estas medidas.

La evaluación parte de una línea base, no podríamos hacer evaluación sino existe una línea base, y esa línea base para nosotros es la programación.

La programación de estos recursos, de estos productos, se realizan en función del criterio y productos priorizados que señala en este caso la Dirección de Prevención contra el cáncer, a partir de esos criterios y de ese listado priorizado, es que, los establecimientos de salud, determinan qué cantidades de esos productos se estima van a consumir en un determinado ejercicio fiscal.

Esto, aunado a la identificación de lo que podamos tener como suministro, como expectativa de suministro por los contratos que se encuentren vigentes, y los STOCK que se encuentren en el almacén de CENARES y a nivel nacional.

Además de eso, se tiene en cuenta la fecha de vencimiento, y a partir de toda esa información es que se determina que cantidad va ser programado en un ejercicio fiscal y que cantidad se va programar.

Realizada la compra, es que uno empieza a monitorear los consumos y de forma trimestral, porque los productos se distribuyen trimestralmente, y ahí la fuente de información que nosotros tenemos en este momento es el SISMED.

Esta evaluación en este momento y que está a cargo de un especialista de la dirección de programación de Cenares, es quien coordina con la estrategia y con los establecimientos de salud, cómo se va comportando este consumo y se decide incluso en este momento confirmar la cantidad de productos que requieren, que muchas veces no van a coincidir con la programación, puesto que, como hemos visto pueden existir hechos exógenos que pueden hacer que el consumo se incremente o como que descienda, como ha sucedido el año pasado en época de pandemia.

En ese sentido, si bien es cierto existe una programación trimestralmente, existe una coordinación y una coordinación de los productos que se van a distribuir hacia los establecimientos de salud.

Y, esta evaluación que se realiza trimestralmente es lo que conlleva a tomar decisiones en escenarios, respecto a establecer prestaciones adicionales, adelantos de entrega, y otras alternativas que nos permiten el marco legal vigente.

Qué medidas se adoptan. En el caso específico, como ya les mencioné, miramos y vemos los procedimientos de selección y los convocamos con prontitud. Como les mencioné, desde el nueve de setiembre hemos convocado 18 de los 22 procedimientos de selección para la compra de estos productos, se mira lo que se encuentra disponible en el mercado local, y lo

que se puede comprar rápidamente a efectos de no interrumpir el abastecimiento, y para eso hemos realizado 26 contrataciones.

Se mira también el mercado internacional en el caso no exista el producto en el mercado local; como les mencioné, tomamos las herramientas que nos permitan el marco legal vigente que corresponde a los adelantos de entrega, a las prestaciones adicionales, y de ser el caso, contrataciones complementarias.

Pero además de eso, ya nosotros hemos iniciado desde el mes de diciembre la convocatoria de los procesos de selección que corresponden al abastecimiento del año 2022, lo hemos hecho con la debida anticipación, puesto que sabemos que la fluctuación y el incremento de la demanda está siendo considerable y probablemente, la verdad es que no queremos pasar una situación similar a la del último trimestre del 2021, y estamos ya gestionando la convocatoria de estos procedimientos.

Esto es un poco de lo que quería explicarles, porque este es un producto, dos productos que se programaron en el año 2020 para el 2021, y en esos momentos se determinó que el consumo anual, o lo que se requería para el año 2021 es 80 mil tabletas de y la hidroxycarbamida.

Sin embargo, cuando uno ya mira la ejecución y mira el consumo, se va dar cuenta que esto se ha incrementado, y que finalmente lo que uno programó, resulta siendo el 50% de lo que se necesita en el año.

Son esas fluctuaciones las que hacen que se tengan que tomar decisiones respecto a qué alternativas contar, si a eso le sumamos la resolución de contratos y la escasez de mercado local, definitivamente impacta enormemente en la gestión del abastecimiento, pero son cosas que pueden suceder y que difícilmente ante hechos exógenos que provienen de otros Países, sobre todo, puedan ser previstos y manejados oportunamente o en un corto plazo.

¿Cuál es el nivel de contratos resueltos con los proveedores y cuáles han sido las causas? ¿Qué medidas se ha tomado, qué estrategias se ha aplicado para evitar el desabastecimiento en el momento y luego de la resolución de los contratos?

En el año 2021, se resolvieron contratos de 15 productos, los 15 productos, los pueden ver en el lado derecho, estamos hablando de la ciclofosfamida, el metotrexato, el tamoxifeno, el etoposido, el docetaxel, el filgrastim, el paclitaxel, que son producto que hasta ahora incluso siguen siendo críticos, y esperemos que solamente sean hasta unos días.

¿Qué alegaron, y cuáles han sido las causas que alegaron los proveedores para poder resolver estos contratos?

La mayoría en sus documentos, estableció que esto se debió a la pandemia del COVID-19, y que esta pandemia del COVID-19 estableció ciertas medidas de seguridad en los países proveedores de la materia prima, en los fabricantes de la materia prima, que limitó la posibilidad de exportación y fabricación de estos principios activos o materias primas.

También señalaron como causa el incremento de los precios de los principios activos, y también la suspensión de la fabricación de los productos farmacéuticos en el exterior. Todo eso fue reflejado en comunicaciones que fueron cursadas a Cenares en el primer trimestre del año 2021, y que tuvo como consecuencia la resolución de contratos de parte de los proveedores.

¿Qué medidas se tomaron respecto a esto? Cenares en su oportunidad, y es lo que yo he rescatado de la información que existen en los expedientes, es que Cenares rechazó la resolución de contratos, y posterior a ese rechazo a la resolución de contratos, solicitó a los proveedores que cumplan con sus obligaciones, puesto que los argumentos que habían señalado en la resolución de contratos, no señalaba un esfuerzo adicional de los proveedores por tener una alternativa que les permitiera cumplir con sus obligaciones.

En ese sentido, Cenares, posterior a eso apercibió con cartas notariales a los proveedores para que cumplan con sus obligaciones. Finalmente, esto no se logró y se llevó a la resolución de los contratos por incumplimiento.

Esta resolución de contratos por incumplimiento, habilitaba a que Cenares pudiese comunicar estos hechos al tribunal de las contrataciones del OSCE a efectos de que se inicie el proceso sancionador correspondiente.

Debo señalar que, los proveedores interpusieron arbitrajes a 14 de estos 15, en realidad a los 15, sino que en estos momentos se encuentran 14 arbitrajes vigentes, de los cuales la procuraduría está a cargo de la defensa de nuestros intereses.

Todavía no hemos comunicado al tribunal el incumplimiento de los proveedores, así que, quiero señalar en este punto, que también está sucediendo con los productos de las compras centralizadas, puesto que, las empresas como en este caso, pueden tener un problema, las empresas creen solucionar su problema dejando una comunicación a Cenares, indicando sus problemas, y solicitando una ampliación de plazo, o en este caso, por ejemplo, una resolución de contrato.

Pero la responsabilidad social de la empresa, no se está viendo reflejada en las comunicaciones, porque la empresa no solamente se debe preocupar por los hechos que la puedan perjudicar como institución y económicamente hacia ellos, sino que, ellos saben perfectamente que toda acción que hagan

o dejen de hacer va impactar no necesariamente en Cenares, sino en la población que va quedar sin su medicamento.

En ese sentido, en una reunión que hemos tenido hace una semana con toda la industria, se les ha invocado que cuando ellos tengan algún problema, no necesariamente y no solamente significa cuidar su responsabilidad y sus intereses, sino es que siempre tiene que haber una alternativa que nos permita a nosotros poder garantizar la continuidad del abastecimiento.

¿Qué estrategias hemos tomado? Son estrategias en el corto y mediano plazo. En el corto plazo lo que nosotros acudimos fue a obtener estos productos en nuestro mercado local, hicimos el esfuerzo de poder ubicar a los proveedores, realizar el estudio de mercado, identificar a aquellos que tenían en stock, a efectos de suplir ese desabastecimiento, la interrupción de este desabastecimiento con los productos que pudieran ser suministrados desde nuestros laboratorios y droguerías inscritos y que funcionan en el mercado local.

En algunos casos ante la imposibilidad de que pudiese ser respondido por nuestro mercado local, tuvimos que acudir a las compras internacionales, los cuales demandan un gran esfuerzo, puesto que, en el mercado internacional existen muchos proveedores y además hay que señalar que el impacto que estaba sucediendo en los productos oncológicos, no solamente afectó a Perú, sino afectó a otros países y a nivel mundial.

En ese sentido también, tuvimos respuesta de empresas internacionales que nos señalaban que les era difícil, poder conseguir esos productos, es más, los que nos ofrecieron en algunos casos, también iban con el mismo plazo del proveedor local, que era hasta 240 días de fabricación.

Finalmente, luego de un arduo esfuerzo, logramos concretar las compras internacionales de algunos productos, que no había en el mercado local, y eso quiero recalcarlo, puesto que, probablemente también haya llegado comunicaciones al Congreso, respecto a una supuesta vulneración y afectación de la industria local.

Y, son comunicaciones que nos han hecho llegar a nosotros, les han hecho llegar al ministro, también entiendo que se la han hecho llegar a la DIGEMID.

Finalmente, señalando la supuesta afectación que estaríamos haciendo hacia las empresas privadas del mercado nacional.

La respuesta que tenemos hacia ellos, es que nosotros vamos a tomar todos los mecanismos existentes para garantizar nuestro objetivo principal, que es que nuestros pacientes puedan tener su medicamento, si eso involucra que tengamos que ir al mercado internacional porque no existe la oferta en el mercado local, lo vamos a tomar.

Y, finalmente, tomamos también como estrategia, utilizar todos los mecanismos existentes en el marco legal vigente, como los adelantos, las prestaciones adicionales.

¿Qué medidas administrativas y legales han tomado contra los involucrados en el desabastecimiento de los recursos estratégicos, incluidos los fármacos?

Como ya se les había mencionado, administrativamente se rechazó la resolución de los contratos, luego se resolvieron los contratos a los proveedores por incumplimiento de sus obligaciones, eso nos generó la oportunidad de comunicar al tribunal, los hechos para el inicio de un procedimiento sancionador.

En estos momentos las empresas interpusieron un procedimiento de arbitraje, salvo en el caso del producto metotrexato que también estuvo en arbitraje, pero que en medio de todo este proceso nos emitió una comunicación donde nos señalaba que ya tenía el producto metotrexato sódico, y que nosotros en el ánimo y con el objetivo de garantizar el abastecimiento de este producto, nos sometimos a una conciliación y obtuvimos el producto que era lo importante en este caso, sin dejar de aplicar penalidades, porque igual aplicamos penalidades.

En el caso de los demás 14 contratos, la Procuraduría Pública del MINSA está a cargo de la defensa de los intereses del MINSA, respecto a estos 14 arbitrajes.

Y, además debo señalar, que internamente nosotros estamos evaluando todos los expedientes que involucran la adquisición de estos productos, a efectos de verificar hechos que probablemente hayan originado un desplazamiento de las compras, y serán sometidas a la secretaria técnica, a efectos que de identifiquen las responsabilidades que ameriten y las sanciones que corresponda, independientemente de ello, el órgano de control institucional, ya está interviniendo y está recabando la información de estos procedimientos de selección a efectos de poder proceder conforme a sus atribuciones y facultades.

Señor presidente, estas son las cinco preguntas, que nosotros hemos considerado nos corresponde a Cenares, creo que la siguiente pregunta ya la contestó el Doctor Payet, y creo que las siguientes tienen que ver con el marco funcional y la competencia de la DIGEMID. Gracias por la oportunidad, y gracias a todos los congresistas presentes.

PRESIDENTE: Muchas gracias, Señor José Antonio Gonzáles Clemente.

Señor Secretario Técnico, ingrese a la siguiente expositora.

Secretario Técnico: Muy buenas tardes, Señora Carmen Teresa Ponce de Fernández, Directora General de Medicamentos, Insumos y Drogas, DIGEMID, adelante, a través de la Presidencia.

Señora Carmen Teresa Ponce de Fernández: Directora General de Medicamentos, Insumos y Drogas, DIGEMID Muchísimas gracias.

Muy buenas tardes, Señor Presidente, por su intermedio saludar a todos los congresistas, y a todos los asistentes a esta reunión. Muchísimas gracias por la convocatoria, y por favor, quisiera que me den pase para poder compartir unas pequeñas ilustraciones.

PRESIDENTE: Doctora está habilitada para poder presentar PPT.

Señora Carmen Teresa Ponce de Fernández: Directora General de Medicamentos, Insumos y Drogas, DIGEMID. Muchísimas gracias, Señor Presidente. Estamos aquí en atención al Oficio 1114-2021-2022 de la Comisión de Salud, en la cual hemos recibido la invitación a esta sesión.

Y, en cuanto a lo que corresponde a las funciones de esta Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), son las dos últimas preguntas, puesto que ya las anteriores han sido emitidas sus respuestas a través de las áreas y direcciones correspondientes.

Aquí, no vamos a referir específicamente a la pregunta número siete, ¿cuál es el rol del Observatorio Nacional de Información de Precios de Productos, y de Precios de Disponibilidad y Calidad de los Medicamentos?

Quisiera hacer primero una breve introducción sobre los productos registro sanitario, dentro de la función rectora, reguladora de la DIGEMID, es la puerta de ingreso hacia los registros de los productos, para que estos puedan ya sea fabricarse o importarse desde cualquier otro país hacia el mercado nacional, para que estos puedan ponerse a disposición de los usuarios a través de los sectores llámense públicos o privados.

Desde este punto de vista, si nosotros queremos ver medicamentos oncológicos, tenemos un total de 1009 medicamentos, cuando decimos especialidad farmacéutica, nos referimos y hablamos de productos de origen biológico, también su mismo nombre lo dice, medicamentos biológicos.

Y, 1009 medicamentos y 119 productos biológicos, en total de 1128 registros sanitarios que tienen que ver específicamente con los medicamentos de uso oncológico.

Esta es la distribución, son más de especialidad química que de origen biológico, el 10% son de origen biológico.

También, podemos ver de dónde vienen más. De producción nacional tenemos 62, además del tema de ser el registro sanitario, el título habilitante para que un medicamento pueda importarse, también emitimos autorizaciones de manera excepcional para importación en casos debidamente sustentados.

En este caso, a Cenares, por ejemplo, se le emitió una autorización para que directamente puedan importar productos ante la necesidad y ante el sustento que no lo tenía una respuesta de la industria nacional.

Es importante mencionar el tema de la producción, no solamente producción nacional e internacional, no solamente es una situación del Perú, hemos tenido noticias a través de diferentes medios de comunicación, a través de diferentes consultas.

Entonces, lo que les mencionaba es que estos son los productos registrados y los productos que están autorizados para una importación de Cenares.

Y, les quería comentar y hacer una pequeña información respecto al tema de la producción de medicamentos oncológicos, por pandemia y por factores externos al tema nacional, eso se ha visto disminuida, justamente por un tema de producción en la India, que es uno de los países que tiene mayores problemas.

Y, por lo tanto, se han reportado, no solamente problemas aquí en Perú, se han reportado problemas en casi toda Sudamérica, y se han reportado situaciones incluso hasta la misma organización mundial, ha hecho algunas comunicaciones en que, por el tema de la pandemia, y teniendo en cuenta que la India es uno de los principales países que producen medicamentos oncológicos, se ha visto afectada también.

Y, también hay un incremento de los costos de las materias primas y dificultad para subvención*.

También se ha visto dificultades de las compras públicas, y se prevé que este año incluso haya un incremento de los precios debido al tema del petróleo, ustedes saben por esta coyuntura que está pasando también.

De ahí pasamos entonces, a la pregunta específica, el número siete, que está referida al observatorio de disponibilidad y al observatorio de precios.

Si nosotros vemos el observatorio de disponibilidad, tenemos a través de la página web, de acceso a todos los gestores, un tablero de monitoreo nacional de la disponibilidad, este tablero está disponible para todos los gestores a nivel nacional en la red pública, para que puedan acceder a la situación personalizada e individualizada por productos si lo requieren de los medicamentos, ¿cómo está la disponibilidad en ellos?, en el momento que

corresponde consultar. Esta información si bien en su mayoría es mensual, pero tenemos alrededor de mil establecimientos que están reportando de manera diaria.

Una de las consultas que podemos sacar, es esta situación, este mapa, esta foto, ¿cómo ha sido la disponibilidad de medicamentos oncológicos a nivel nacional, a nivel global? La disponibilidad ahorita en el mes de enero, se ha terminado con un 55,3 específicamente para los GORE, pero con una... está significa que 55,3%, de los establecimientos tienen una disponibilidad mayor a dos meses, no significa aquí un cero o un desabastecimiento total, el resto de los medicamentos, el 45% puede estar en una disponibilidad o menos a dos meses, un mes, medio mes, por días y es ahí, es donde va a las funciones de las unidades ejecutoras y de las acciones de Cenarios, para evitar que se llegué a un desabastecimiento total y por eso, menciono que a través del observatorio de disponibilidad, los gestores pueden estar mirando, observando y tomando las mejores decisiones en base a la situación que se viene reportando.

En cuanto al tema de precios, está también, si nuestra pantalla de acceso a través de este link, en donde podemos nosotros acceder al observatorio de precios, está dirigida hacia toda la ciudadanía y tenemos información de todos los establecimientos farmacéuticos, llámese públicos o privados.

Nosotros acá, podemos ver que, en este observatorio de precios, el cual obviamente, su único objetivo es transparentar los precios de los medicamentos oncológicos en las farmacias, boticas y clínicas privadas. Tenemos una cantidad de oncológicos, principios activos, 175 están registrados de los cuales se viene manejando, se reportan 137, pero esto representa a 465 registros sanitarios, un Registro Sanitario tengamos en cuenta que puede ser por diferentes presentaciones, por ejemplo: que tenemos dos presentaciones o dos, o tres, o cuatro van a ser dos, o tres, o cuatro registros sanitarios que se encuentran disponibles, es por eso, que se ve hasta más de dos veces.

Y estos productos a la vez están organizados y ordenados en 504 códigos, de los productos que se vienen reportando y son cuatro mil seiscientos, aproximadamente cuatro mil seiscientos establecimientos farmacéuticos que vienen reportando, cuando digo cuatro mil seiscientos, estamos hablando nosotros de clínicas privadas, de establecimientos públicos, estamos hablando de algunas farmacias y boticas que manejan el tema de los medicamentos oncológicos y se tiene un total de registros de aproximadamente cuarenta y tres mil registros.

Es importante mencionar también, que este observatorio de precios tiene alrededor de doscientas mil consultas al mes, en la cual, diferentes

ciudadanos y por diferentes motivos vienen entrando a la página del observatorio, para que puedan ellos acceder a la información.

En este lado izquierdo nosotros podemos ver el stocks de los productos con mayor cantidad de reportes, el metotrexato, es uno de ellos, que tiene más de dos mil de reportes y así podemos apreciar todo los productos y de la cantidad de reportes que están teniendo, está en la pantalla del centro, en el cuadro del centro, podemos apreciar la forma o los medicamentos y cuál es la información que contienen cada uno de ellos; lamento no poderlo hacerlo como presentación, porque no se puede apreciar muy bien. Y en la parte inferior nosotros podemos ver por empresa, qué empresas son o qué productos, de qué fabricante son los que más están reportados.

También es importante mencionar, que este observatorio de precios tienen reportes mensuales, estos reportes mensuales están referidas a la [...?] dependencias central de los precios de venta de los medicamentos, estos se encuentran publicados en nuestra web, también, aquí está el enlace donde estamos publicando este reporte de tendencias para qué, para mejores decisiones llámese de gestores, llámese de ciudadanos o llámese de trabajos, y esto es el reporte mensual que se vienen adjuntando en este link, de cada mes en base a todos los reportes que tenemos de los establecimientos farmacéuticos, esta es la estructura nueva que estamos sacando a partir ya de este mes, que pronto sacaremos esta forma, este modelo de reporte mensuales de la medida de tendencia, con el resumen de la situación de estas medidas. Eso es en cuanto a la pregunta n.º7.

Si entramos nosotros a la pregunta n.º8, si me permiten, voy a volver a compartir, por favor, acá tengo unos problemas técnicos. En cuanto a la pregunta n.º8, que está referida al tema del petitorio, menciona que uno de los requisitos para el adecuado abastecimiento por parte de Cenares, de los medicamentos oncológicos, es que se incluyan en el petitorio y en sus listas complementarias; sin embargo, desde el año 2018, no se ha actualizado a entrar a violación de la ley, que señala que se hace cada dos años, cuáles son los inconvenientes cuando se promulgará la actualización.

Eso es específicamente la pregunta y para esto, es necesario tener en cuenta lo siguiente, cuáles son todos los mecanismos de selección por el cual se asegura que el medicamento que se va a pedir, a utilizar, cuenten con la adecuada garantía en cuanto al tema de las evaluaciones que corresponden en eficacia, seguridad, beneficio. Primero, si bien es cierto es el petitorio, hay que tener en cuenta que el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales, el PNUME, para variar, fue la mayoría de las patologías prevalentes del país, o sea, la mayoría de patologías prevalentes, no es el 100% de las patologías del país sino la mayoría. Pero a la vez

aquellos productos que no están en el petitorio, existe otra vía que son las listas complementarias de medicamentos, en donde aquí se cubre los medicamentos especializados destinados al tratamiento de enfermedades que requieren algún manejo especializado y esta es de cargo en los institutos y de los programas estratégicos.

A la fecha tenemos 5 listas complementarias, llámese diabetes, llámese cáncer y otras listas complementarias, que se han aprobado en el transcurso. El proceso de la lista complementaria de medicamentos oncológicos, actualmente se encuentra en una revisión para su actualización también y se tiene al equipo técnico revisando. La tercera vía es un uso de medicamentos fuera del petitorio, aquellos medicamentos que no están en el petitorio, los que no corresponden están en listas complementarias, pero sí se necesitan está totalmente sustentado, por los comités, como una evaluación específica que se haga, cuentan con normativas y se llama el procedimiento para el uso de medicamentos fuera del petitorio.

Tenemos dos resoluciones, en las cuales se autorizan a los comités farmacoterapéuticos, farmacológicos al que puedan ellos evaluar y emitir sus correspondientes opiniones para el uso de los productos, así como reportar semestralmente, hay una modificatoria en esta resolución, en la que se autoriza a los comités, aquí son para IPRESS 32, aprobar la utilización de los medicamentos que no están incluidos en el petitorio. Esto es con la intención de poder cubrir justamente aquellas necesidades que estaban pendientes.

Estos son los tres mecanismos principales por el cual los medicamentos, ninguno que realmente se requiera pueda dejar de abastecerse, siempre y cuando este como les digo sustentado, petitorio, listas complementarias o al procedimiento que esta para el uso por el fuera del petitorio. También tenemos una norma específica, que son medicamentos para enfermedades raras y huérfanas, en el cual, en base a la ley, esta parte y pasa por una comisión consultiva para que luego, pase a la evaluación de tecnologías sanitarias de medicamentos de alto costo y todo esto me conlleva a acceder a medicamentos al 100%, de las necesidades de la población, o sea, el medicamento que se requiere puede estar en cualquiera de estos grupos.

Y últimamente que se está trabajando en la Ley del reglamento del cáncer, para también como en algunos casos, cómo evaluar o cómo priorizar estos medicamentos que son requeridos y que no estén en condiciones anteriores que he explicado. En base a eso, la pregunta es específicamente por el petitorio, pero me pareció importante tener claro el panorama, cuál es el proceso del petitorio, ¿disculpen, creo que no se está viendo, verdad?

PRESIDENTE: Se ve perfectamente...

Señora **Carmen Teresa Ponce de Fernández** Directora General de Medicamentos, Insumos y Drogas, DIGEMID: ¿Cuál es el proceso del petitorio? Para el tema del proceso del petitorio, el proceso se inicia con una oficialización que se hace aquí en la DIGEMID, en donde se oficializa la guía de presentación de las propuestas para inclusión, exclusión, se envía a las instituciones del sector salud, para que puedan presentar las propuestas que consideran, deben estar incluidas en el petitorio o también de otro lado, las mismas instituciones pueden sugerir el retiro de algún medicamento del petitorio.

Luego del tiempo determinado, esta institución devuelve o solicita su inclusión o exclusión del petitorio y a través de DIGEMID, se sistematiza la información de todas las instituciones que han tenido a bien presentar sus solicitudes, luego de ello, esto pasa a un equipo técnico, que es conformado por todo el sector salud, de diferentes entidades llámese ESSALUD, llámese Sanidad y Ministerio de Salud. Y este también tiene un equipo técnico, el cual ayuda y apoya en todo el tema de la revisión de la información que se encuentra disponible, pero es una información basada en evidencias.

Se revisan las propuestas, se elaboran las propuestas de una nueva versión de este petitorio y estas pasan a ser *presurizadas, ojo, aquí, este petitorio antes una vez que se definía, se terminaba la revisión y se proponía el documento, era prácticamente aprobado, ahora ya no, ahora hay que publicarlo por un espacio de 60 días, para recibir mayores opiniones. Esta aprobación se hace en virtud, esta prepublicación, se hace en virtud a la Ley 31013, que salió justamente en el año 2020, se revisan los aportes y comentarios de todo lo que se pueda recibir para que nuevamente se elabore la propuesta final y pueda procederse a su aprobación.

La pregunta era, por qué no se tiene si es cada dos años la evaluación. Las evaluaciones en tecnologías hay que tener en cuenta, que se desarrollan siempre bajo metodología recomendadas internacionalmente, no son simples, estas son complejas y de ser el caso influyen en evaluaciones económicas, para que se complemente la información; también es preciso tener en cuenta que con la declaratoria del Estado de Emergencia, se ha tenido que efectuar, en principio se realizaron ampliaciones para que las instituciones puedan presentar sus solicitudes, se amplió el plazo unos meses más adelante, para poder recibir mayores solicitudes, puesto que fue todo movido y no se pudo contar... en el tiempo definido, no se contaba con muchas solicitudes.

También uno de los aspectos en que las reuniones del equipo conformado por integrantes de distintas instituciones, se realiza virtualmente y eso un poco dificulta la interacción que se tenía anteriormente, el petitorio se

trabajaba de una manera presencial, estas reuniones son de carácter estrictamente confidencial, para ello, todos los que participan en estas reuniones tienen que declarar también, que no hay conflicto de interés para que puedan hacer evaluaciones objetivas y que estén al margen de cualquier sesgo.

Y también es necesario mencionar, yo sé que no es exclusivo de este procedimiento, pero si también ha tenido impacto, el hecho de que varios integrantes del equipo técnico, además de haber sido declarados como vulnerables, muchos en el camino han sido infectados o reinyectados, lo que también dificulta la participación.

Y bueno, esas son las dos consultas que teníamos de nuestro lado pendiente, puesto que, repito, este es un tema complementario con la exposición que acaba de hacer el licenciado Gonzales y también el doctor Payet, que también agradecemos haber plasmado las preguntas.

Muchísimas gracias, señor presidente, por su intermedio a todos los congresistas.

PRESIDENTE: Sí, muchas gracias.

Los colegas que desean preguntar, solicitarlo por Microsoft chat o si no por la Presidencia, a los tres ponentes.

Bueno, se hace unas preguntas para nuestra representante de DIGEMID y dice:

¿Qué faltas de evidencia científica en la eficacia y seguridad en los medicamentos oncológicos ha encontrado y publicado la DIGEMID?, que no puedan detectar agencias reguladoras tan sensibles y con tanta experiencia como la FDA, Usa; EMA, Europa, así como las de Colombia, Brasil, Argentina, Chile, Uruguay, Ecuador, por citar países de Sudamérica, que evalúan y aprueban el uso de medicamentos oncológicos para su uso en el sector público, ¿mientras que la DIGEMID, no los aprueba?

Otra pregunta, ¿cómo explica que medicamentos oncológicos evaluados y autorizados por expertos en evaluación de tecnología sanitaria del INEN y de ESSALUD para el tratamiento de diferentes tipos de cánceres en sus pacientes, no son aprobados en las evaluaciones que realiza la DIGEMID, pese a que autoriza el uso de estos medicamentos en el sector privado?

Otra pregunta, con relación al cáncer del pulmón, ¿DIGEMID priorizará a los tratamientos biológicos dejando de lado los tratamientos orales contra el cáncer del pulmón?, si esto fuera así, muchos pacientes cáncer de pulmón avanzado se quedarían sin opciones de tratamiento específico para su tipo

de cáncer, ¿DIGEMID considerará ambos tipos de tratamientos o terapias para el cáncer de pulmón?

Otra pregunta, ¿por qué no se cumple con revisar la lista complementaria de productos farmacéuticos de forma regular?

Otra pregunta, en estos dos últimos años de gestión de la directora de DIGEMID, ¿cómo se ha monitoreado el comportamiento de las empresas importadoras peruanas de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y equipos de protección de personal de salud?

Otra pregunta, ¿cómo se ha monitoreado el comportamiento de las empresas peruanas importadoras de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, necesarios para el manejo de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas no transmisibles durante los años 2020, 2021 y qué acciones se tomaron?

Otra pregunta, ¿cuánto se ha avanzado en la disponibilidad de productos farmacéuticos para el tratamiento del dolor a nivel nacional?

Otra pregunta, ¿qué acciones se tomaron al evidenciar que, durante el desarrollo de la pandemia, se exportaron equipos de protección de personal de salud a países como China, mientras que estábamos desabastecidos de ellos?

Otra pregunta, para el señor jefe institucional de Cenares, ¿para que explique usted, la razones por las cuales llegan a zonas de frontera de país las medicinas, faltando 10 a 15 días para su vencimiento?

Señora **Carmen Teresa Ponce de Fernández**: Directora General de Medicamentos, Insumos y Drogas, DIGEMID Muchas gracias, Señor Presidente. Permítame, si han sido varias preguntas, espero haber anotado todas.

Es importante tener en cuenta algo, acá la pregunta es qué falta de evidencias científicas que no se puedan encontrar para los medicamentos oncológicos, no las encuentran DIGEMID, dice ¿no? Es importante mencionar algo, señor presidente, una cosa es el Registro Sanitario, para el Registro Sanitario, que evalúa aquellos expedientes, que demuestren eficacia, seguridad y calidad, cuando hablamos de calidad, nosotros nos estamos refiriendo a todo el proceso de manufactura del producto como tal, teniendo en principio el tema las buenas prácticas de manufactura, cuando hablamos nosotros de seguridad a seguridad y eficacia, son aquellos resultados que nacen o vienen de los ensayos clínicos del producto como tal, es el producto como tal, que demuestra que si es eficaz y seguro, solo en producto, sin compararlo con nada.

Cuando nosotros hablábamos, con estas consideraciones y estas evaluaciones y requisitos que están en los respectivos reglamentos, es que se emite Registro Sanitario, el producto como tal, bajo la evidencia de su propia investigación ha generado información de eficacia en seguridad y calidad, es que se emiten los registros sanitarios. Otra cosa es que una vez que está el producto en el mercado o en el País, cuando se toman decisiones para incorporarlos en los sistemas de salud, no solamente aquí en el Perú, en cualquier parte del mundo, se realiza el tema de la evaluación de tecnologías sanitarias, la evaluación de tecnologías sanitarias, ya corresponde a evaluaciones adicionales que se hacen, cuando uno mira el tema de la eficacia con su efectividad.

En principio calidad ya no se evalúa, en segundo lugar, cuando se quiere mirar la efectividad del producto, el costo, beneficio, ya se realiza en comparación con otra terapia, en comparación con otro elemento, con otro producto y en esta comparación se hacen evaluaciones en las que se contrasta su riesgo beneficio y tiene que ser obviamente, beneficio riesgo positivo y esta evaluación, es importante tener en cuenta, que cuando nosotros estamos hablando del petitorio, de listas complementarias o de la incorporación; esto no lo hace solamente DIGEMID, estábamos mencionado en el procedimiento que indiqué, es una comisión multisectorial, es la comisión donde están representantes de todas las sanidades y de todo lo que corresponde al tema de salud, que obviamente, teniendo la información y la evidencia, es que se hace el análisis y es ahí donde nacen las propuestas, no es que DIGEMID, de oficio, o DIGEMID, de pronto diga esto no va o si va, no corresponde hacer una evaluación solamente con una sola mirada.

Y lo otro, que es importante ver, que la evaluación de tecnologías sanitarias, como les mencioné, además de ser un proceso complejo y si mira diferentes variables, el caso es diferente, no es lo mismo y los caso y la situación, la casuística, cuál es el entorno de un medicamento utilizado aquí, para determinada condición, a que se utiliza en otras condiciones en otros países.

Entonces, esa es la diferencia, una cosa es el Registro Sanitario y otra cosa son las evaluaciones de tecnologías sanitarias, que es el sustento y base para el petitorio, para las listas complementarias y esto está conformado y evaluado por un equipo de especialistas, no solamente de la DIGEMID. Tenemos que tener en cuenta también que existe una red, que se llama RENETSA, en la cual también otras entidades participan de evaluaciones, cuando tratamos de medicamentos así de manera específica.

Respecto al cáncer de pulmón, se generó la comisión, no es que la DIGEMID, va a decidir se usa los biológicos, los orales, o los inyectables o

tal o cual, si no está comisión, viene evaluando los medicamentos y han estado evaluando, no conocemos aun el informe final que tengan, repito, este es un tema de revisión, totalmente en base a la evidencia, con personal sin conflicto que son designados o solicitados a cada institución y este informe aún no está, no ha sido presentado como para decir[...] esto por tales medicamentos.

Sobre el tema de la importación de las empresas, es importante también emocionar que se cuenta con una información y una aplicación que pueden accederla también, desde la página web, es la comunicación de la discontinuación de comercialización e importación de todas las empresas que tienen en un registro Sanitario vigente y que ya no considere importar los medicamentos tal o cual, temporal o definitivamente, lo viene reportando y es así, que tenemos en la página web, algunos medicamentos que son... que está siendo registrados, el tema de la discontinuación o no del producto.

En el tema de los importadores de dispositivos, para la importación, estamos nosotros trabajando en base a un plan, también, estamos trabajando en un plan de control y vigilancia, para poder acceder a información y en coordinación con el Centro Nacional de Control de Calidad, del Instituto Nacional de Salud, para poder hacer las pruebas correspondientes, con la finalidad solamente de poder fiscalizar aquellas autorizaciones que se cuenten y que son viables en todo el tema de la emergencia.

Hay una última pregunta, que se menciona, qué acciones son aquellas que se han emitido para la importación de los... para la exportación de los productos a China, teniendo nosotros necesidad.

Les informo que hay un decreto, hay una disposición en la que se menciona, que para que puedan exportar debe de haber una solicitud de autorización, esa autorización no está en manos de la DIGEMID, poder emitir o poder opinar favorable o desfavorablemente para que el producto pueda ser exportado, no tenemos nosotros esa información, me parece que está en otra de las direcciones del Ministerio de Salud. Señor Presidente, esas son las preguntas. Muchas gracias.

PRESIDENTE: Tenemos tres congresistas que han levantado la mano.

Ronda de preguntas:

Congresista Revilla, su pregunta.

Congresista Julón, tiene la palabra.

Congresista **Julón Irigoin Elva Edhit:** Gracias, Señor Presidente. Buenas tardes, colegas congresistas, saludo la presencia de los funcionarios del sector ante el pleno de nuestra Comisión.

Señor Presidente, para que el Jefe de CENARES, pueda absolver las siguientes preguntas:

Luego de realizar nuestras primeras semanas de representación, he podido recoger la información otorgada por el personal de salud, que atiende el servicio oncológico en mi región Cajamarca, en donde se atienden un promedio de más de 700 pacientes con cáncer por año, algunos deben recibir quimioterapia, otros deben ser intervenidos quirúrgicamente y otros tanto recibir paliativos. Por lo que debo expresarle mi total preocupación debido al desabastecimiento existente de medicamentos para los pacientes de cáncer que se atienden en el Hospital Regional Docente, quienes nos informan que desde el mes de diciembre del año pasado se vienen presentando retrasos en la entrega de dichos medicamentos y para enero del presente año, no se encuentran abastecidos, por lo que muchos pacientes se han visto obligados a abandonar sus tratamientos.

Doctor Gonzales Clemente, puede usted garantizar ante el pleno de esta comisión, ¿que se solucionará el problema del desabastecimiento de medicamentos para los pacientes oncológicos de Cajamarca?, ya que muchos de ellos presentan etapas de cáncer avanzados o en su etapa inicial, siendo de suma importancia atenderse según tratamiento indicados y más aún que son personas que tienen que viajar de las zonas más alejadas de mi Región. Muchas gracias, Señor Presidente.

PRESIDENTE: Si, algún colega también Congresista Revilla, tenía unas preguntas. Puede responder, Doctor, sobre la pregunta de la congresista.

Señor **José Antonio Gonzáles Clemente CENARES:** Señor Presidente, gracias por su intermedio.

Para brindar respuesta a la pregunta de la congresista, sí, efectivamente congresista, como le mencioné en la exposición, hemos tenido problemas por escasa oferta local en el mercado nacional y es probablemente que se haya disminuido las cantidades de productos que han sido distribuidos a nivel nacional; sin embargo, debo señalar que se ha realizado la distribución de productos farmacéuticos a la región Cajamarca, se ha distribuido en el mes de enero y febrero los siguientes productos: Imatinib, Toxo Rubisina y irinotecan, gemcitabine, pakitacsel, docetaxel, doxorubicina en 10, la anterior que mencioné es la de 50 gramos, quetoposio*, bicalutamina, la ciclofosfamida, la doxorubicina de 10 nuevamente, el trastuzumab y la bicalutamida.

Congresista, esto parte de las acciones que hemos realizado en el último trimestre, al final del año y al inicio de este año y que nos han permitido contar con algunos productos y los cuales han sido puestos a disposición; a

ello, debemos agregar que como le mencioné en la exposición, el día de hoy debe ingresar un lote de Paclitaxel tanto de 100 miligramos y en su presentación de 30 miligramos y el día de mañana Filgrastim, que probablemente sea el producto que este demandando la mayoría de establecimientos e institutos especializados a nivel nacional.

Estos productos van a ser dispuestos de todos los establecimientos, a su disposición en el transcurso de esta semana, a efectos de que puedan continuar con los tratamientos, independientemente de ello, nos vamos a poner en contacto con la Dirección Regional de salud de Cajamarca, específicamente con el Hospital Regional Docente y con la estrategia, a efectos de determinar si requieren de algún producto adicional o en cantidades adicionales a las que ya se les ha distribuido. Gracias, Señor Presidente.

PRESIDENTE: Si, algún colega más que desea hacer alguna pregunta.

Bueno, se les agradece por su participación al señor José Antonio Gonzáles Clemente, Jefe del Centro Nacional de Abastecimiento y Recursos Estratégicos-Cenares; al señor Eduardo Payet Meza, jefe del Instituto Nacional de Enfermedades de Neoplasias-ENEN; a la señora Carmen Teresa Ponce Fernández, Directora General de medicamentos, Insumos y Drogas-DIGEMID. Cuando crean conveniente pueden retirarse de la plataforma virtual. Muchas gracias.

Siguiente, punto. Dictamen recaído en el Proyecto de Ley 050-2021 Congreso de la República, que con Sustitutorio propone la Ley que Declara de Interés Nacional y Necesidad Pública la Autorización para que los Servidores Asistenciales Contratados Bajo la Modalidad de Suplencia Durante El Estado de Emergencia Sanitaria por la COBID 19, sean nombrados o contratados a plazo indeterminado.

Congresista **Cordero Jon Tay María del Pilar:** Presidente.

PRESIDENTE: Sí, colega.

Congresista **Cordero Jon Tay María del Pilar:** Presidente, podría permitirme una intervención, disculpe, sobre la presentación de neoplasias del Doctor Payet.

PRESIDENTE: Si, adelante.

Congresista **Cordero Jon Tay María del Pilar:** Disculpe, por su intermedio siempre, Presidente.

PRESIDENTE: Si, adelante, colega.

Congresista **Cordero Jon Tay María del Pilar**: Gracias, Presidente, por su intermedio mi saludo muy especial al entrañable doctor Payet, gran médico y mejor persona, él desde inicios de 2008, dirige esta tan importante entidad, Señor Presidente, desde el 30 de mayo de 2006, en virtud de la Ley 28748 emitida por el Congreso de la República, tiene la condición de organismo público descentralizado del sector salud, tiene personería jurídica propia, así como autonomía administrativa, presupuestal, financiera y normativa y desde el 2008, tiene la condición de organismo público ejecutor. La legislación es importante, presidente, para alcanzar objetivos institucionales, que sirvan para avanzar en la tan noble y sacrificada labor, que desarrollan enfrentar el cáncer, empobrece enormemente a las familias, no solo económica sino también moralmente.

La pandemia ha infringido un daño aún más grande a los pacientes con este padecimiento, podría decirnos, ¿cuál ha sido el impacto de las restricciones en los pacientes?, y lo más importante, qué podemos desde el Congreso hacer para que la sinergia entre ustedes y nosotros resulte en un aumento considerable en la calidad y tiempo de vida de quienes junto a ustedes enfrentan este doloroso flagelo, leyes, modificaciones. Lo mejor que podemos hacer es trabajar juntos con objetivos comunes específicos. Todo mi apoyo personal y el de mí bancada, en este gran esfuerzo. Gracias, Presidente; gracias, colegas congresistas.

PRESIDENTE: EL Doctor Payet, si está en la plataforma, puede dar la respuesta a lo solicitado por la Congresista.

Señora **Carmen Teresa Ponce** Directora del DIGEMID: Buenas tardes, señor presidente, el Doctor Eduardo Payet Meza, se ha retirado debido a que tiene una reunión en este momento en el Ministerio de Salud; sin embargo, se ha quedado el equipo técnico muy atentos escuchando la pregunta y a través de su Presidencia, no sé si nos permite responder la pregunta.

PRESIDENTE: Adelante.

Señora **Carmen Teresa Ponce** Directora del DIGEMID: Muy bien, respecto a la pregunta, quisiera recalcar como bien lo ha mencionado el doctor Eduardo Payet, en el último año, el INEN atendió más cincuenta mil pacientes en las diversas especialidades de nuestra institución. Asimismo, mencionar que cerca del 60% de los pacientes que acuden a nuestra institución, son de diversas regiones del país y solo desde enero a la fecha, hemos atendido dieciocho mil novecientos cuarenta pacientes entre nuevos y continuadores.

Estimamos, también que 300 de ellos, fueron afectados directamente por el desabastecimiento de estos medicamentos, es decir, menos del 2%, sin embargo, este grupo ha sido atendido de acuerdo a las medidas que nuestra institución ha venido tomando y estas medidas fueron básicamente, que se han tenido que modificar ciertos esquemas de tratamiento para el uso de medicamentos de la misma familia por ejemplo ante la carencia de medicamento docetaxel, se implementó el uso del medicamento paclitaxel, ante el desabastecimiento de Ciclofosfamida endovenosa fue sustituida por Ciclofosfamida vía oral.

Entonces, también dentro de las acciones que adoptó nuestra institución, fue la adquisición de medicamentos a través de o en el marco de la Resolución Ministerial 116, de manera excepcional nos permitió adquirir medicamentos en volúmenes pequeños en tanto dure el abastecimiento por Cenares, entonces se han tomado acciones para poder garantizar el tratamiento oportuno de nuestros pacientes oncológicos. Gracias.

PRESIDENTE: Muchas gracias.

Continuamos con el dictamen recaído en el Proyecto de Ley 050-2021, Congreso de la República, con texto sustitutorio propone la ley que declara de interés nacional y necesidad pública, la autorización para que los servidores asistenciales contratados bajo la modalidad de suplencia, durante el Estado de Emergencia Sanitaria por la COVID-19, sean nombrados o contratados a plazo indeterminado, ha ingresado para dictamen de la Comisión de Salud y Población, el Proyecto de Ley 050-2021 Congreso de la República, presentado por el Grupo Parlamentario Acción Popular, a iniciativa del señor congresista Juan Carlos Mori Celis, por el que se propone el nombramiento y/o contratación a plazo indeterminado de los trabajadores asistenciales de salud, contratados bajo la modalidad de suplencia durante el Estado de Emergencia Sanitaria por COVID-19.

El Proyecto de Ley 050-2021, Congreso de la República, ingresó al Área de Trámite y Digitalización de Documentos del Congreso, el 24 de agosto de 2021, siendo decretado a la Comisión de Salud y Población, el 27 de agosto de 2021, como única comisión dictaminadora para su estudio y dictamen correspondiente.

Análisis de la propuesta legislativa.

Análisis técnico. Del análisis del presente proyecto de ley, se trata de analizar y demostrar urgente necesidad de realizar acciones que coadyuven a la solución urgente, que en este momento por la coyuntura que atravesamos, se requiere para ser frente no solo a la pandemia actual sino estar preparado

para afrontar futuras contingencias de salud, al cual les presentan brechas muy altas tanto en el medio logísticos y económicos.

Así como en recursos humanos, especializados, debido al abandono de décadas que ha tenido el sector salud, existe un alto déficit de profesionales y trabajadores asistenciales de salud, especialmente de personal de médicos, cirujanos y demás profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de salud, situación que se agravó con la separación del servicio médico a los médicos y demás trabajadores asistenciales, en riesgo de contraer el virus, al ser declarados vulnerables por su edad mayores de 60 años, grupo etario que más o menos constituye el 40, al 50% del total de trabajadores asistenciales de salud, en todos los hospitales del país, incluyendo a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, que obligó a las autoridades, el Ministerio de Salud a emitir la normativa para suplir a este personal asistencial, mediante contrataciones bajo la modalidad de suplencia, para cubrir los requerimientos originados por la emergencia sanitaria.

Ha esto se suma la falta de incentivos en la oferta del mercado laboral del país, para este personal con las bajas remuneraciones y demás beneficios que se ofrecen, por lo que gran cantidad de médicos profesionales y técnicos de salud, que terminan sus carreras profesionales en universidades peruanas, optan por emigrar a otros países donde encuentran mejores ofertas laborales.

En el Perú adolecemos de una brecha muy elevada para asegurar la cobertura a nivel nacional, de las principales necesidades de recursos humanos que nos permita hacer frente, no solo a la tercera o cuarta ola del COVID-19, y sus mutaciones que se vienen anunciando y si no hacer frente en el futuro a cualquier otro tipo de epidemia o de desastres naturales que puedan ocurrir en cualquier momento y por supuesto, al mejoramiento en la atención y prestación de los servicios de salud, para atender a los pacientes con enfermedades comunes de la población y hacer frente a cualquier tipo de emergencia sanitaria, que deben encontrarnos preparados con todas nuestras fortalezas tanto materiales y de recursos humanos para que no se repitan más este tipo de imprevistos.

Cabe resaltar, que estos trabajadores asistenciales de salud contratados, como su nombre lo indica para suplir la ausencia temporal de los titulares, aceptaron su incorporación para sumarse al combate contra este flagelo, lo hicieron en los momentos más difíciles, en plena emergencia, con riesgo de contagiarse, perder su propia vida y llevar el contagio a sus hogares, no dudaron en internarse en las poblaciones alejadas de la sierra y selva, en medio de la primera, segunda ola del contagio, que cobraron la mayor

cantidad de vidas de peruanos, cuyos nombramientos o contrataciones a plazo indeterminado de estos servidores asistenciales de salud, que se propone a través del presente proyecto de ley, sería un grato reconocimiento y un aliciente a la labor que vienen realizando hasta ahora.

Análisis costo beneficio.

La implementación de la presente norma, no genera costo adicional al Estado ni tampoco la Presupuesto General de la República, debido a que mediante a una propuesta declarativa, se requiere realizar ajuste a las plazas de los suplentes y reestructurarla adecuándola para realizar la contratación o nombramiento de personal mediante regímenes laborales que coadyuven con el respeto y protección de los derechos laborales de los trabajadores de las entidades públicas, las iniciativas legislativas tendrán un impacto favorable en el personal asistencial, relacionado a la salud de nuestro país, pero sobre todo, se hará justicia, más aun en momentos que nuestro país atraviesa la pandemia COVID-19, y son estos servidores de salud, los que han estado en primera línea de atención de salud.

Conclusión.

Por las consideraciones expuestas, la Comisión de Salud y Población, de conformidad con el literal b), del artículo 70, del Reglamento del Congreso de la República, recomienda la aprobación del Proyecto de Ley 050-2021-CR, con el siguiente texto sustitutorio: ley que declara de interés nacional y necesidad pública la autorización para que los servidores asistenciales, contratados bajo la modalidad de suplencia durante el Estado de Emergencia Sanitaria por la COVID-19, sean nombrados, o contratados a plazo indeterminado.

Artículo 1. Declaración de interés nacional y de necesidad pública.

Declárese de interés nacional y de necesidad pública, la autorización al Ministerio de Salud y Población, gobiernos regionales y gobiernos locales, instituto Peruano de Seguridad Social-ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Instituto de Medicina Legal y Ciencia Forenses, universidades públicas, a efectuar el nombramiento o contratación a plazo indeterminado de los trabajadores asistenciales de salud contratados bajo la modalidad de suplencia, en el marco del Estado de Emergencia decretado a consecuencia del COVID-19, en las plazas generadas por crecimiento de plazas por necesidad de servicio.

En las entidades señaladas en párrafo precedente, cuyo régimen laboral sea el Decreto Legislativo 276, Ley de base de la carrera administrativa de remuneraciones del sector público, el nombramiento se hará de acuerdo con los requisitos establecidos en dicho régimen.

Artículo 2. Alcance a ley.

La presente ley comprende a los profesionales de la salud, técnicos, auxiliares, asistenciales de la salud, que se encuentran contratados bajo la modalidad de suplencia durante el Estado de Emergencia Sanitaria, decretado por el Gobierno Nacional como consecuencia de la COVID-19.

Requisitos:

Para la incorporación bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 276, Ley de base a la carrera administrativa y remuneraciones del sector público o en el régimen laboral del Decreto Legislativo 728, Ley de productividad y competitividad laboral.

El personal asistencial deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a)- A la fecha de publicación de la presente ley, encontrarse laborando de forma continua dos años como personal asistencial, de los cuales como mínimo un año ininterrumpido mediante contrato bajo la modalidad de suplencia.

Haber ingresado a la institución, mediante concurso público, en su defecto acreditar vínculo laboral en las condiciones de servicio no personales y posterior contrato administrativo de servicios.

Artículo 4. Sinceramiento de las plazas.

El Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, los gobiernos locales, el Seguro Social de SALUD-ESSALUD, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y las universidades públicas, en el plazo de 30 días calendarios, de publicada la presente ley, el marco de la racionalización de los recursos humanos, adecuan todas las plazas debidamente presupuestadas, generada por crecimiento de la necesidad del servicio y/o por factores de alto riesgo, los titulares no puedan retornar a prestar labores asistenciales en los hospitales y centros de salud, considerados en el cuadro de asignación de personal (CAP) en aplicación del principio de transparencia.

Disposiciones complementarias, final única.

Reglamentación

El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción al Empleo, dicta las normas complementarias para la implementación de la presente ley, en el plazo de 90 días de su entrada en vigencia.

Disposición complementaria transitoria única.

El vínculo laboral de los trabajadores asistenciales de salud, señalados en el artículo 1, y 2, de la presente ley, cuenta con la debida protección contra el despido injustificado, salvo en los casos de comisión de falta grave, durante la implementación de la presente ley.

Si algún congresista desea intervenir: se los agradeceré hacer el uso únicamente por el Microsoft chat. Y si no hay observaciones, sometemos a votación.

Congresista **Robles Araujo Silvana Emperatriz:** Muy buenas tardes, Señor Presidente.

PRESIDENTE: Adelante, colega.

Pedido

Congresista **Robles Araujo Silvana Emperatriz:** Bien, en principio como profesional al servicio del sector salud, pues no podía oponerme a una ley que haga justicia a mis compañeros trabajadores, que, con todo derecho, en realidad aspiran a su estabilidad en el trabajo, más aún si estuvieron y estén en primera línea de lucha contra esta pandemia.

Sin embargo, en mi condición de legisladora, hay aspectos que no debemos soslayar para legislar con responsabilidad, sin caer en falsas soluciones o en decisiones estrictas, que finalmente resulten inaplicables.

Así, por ejemplo, me preocupa el Ministerio de Economía y Finanzas, el MINSA y el Ministerio de Trabajo, y la Asamblea de Gobiernos Regionales, hayan expresado su oposición a esta iniciativa, y coinciden en el tema de la limitación de iniciativa de caso del Congreso.

Esto, estimadas colegas, nos anticipa que será observada por el Ejecutivo, y que posteriormente declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional, si se da el caso.

Quizá en respuesta se diga que es una ley declarativa, pero, sin embargo, estamos regulando obligaciones institucionales, requisitos y modalidades de contratación. Lo que va más allá del carácter declarativo de interés y necesidad pública. Un aspecto que por lo menos debería de ser explicado, es la extensión de la autorización a las universidades públicas. Ocurre que las facultades de la medicina, y otras escuelas profesionales médicas en sede hospitalaria, brindan servicio docente y no asistencial. Por lo que no entiendo como operaría la suplencia en este caso.

En el primer requisito que se plantea en el artículo 3, se exige dos años de estar contratadas, de los cuales por lo menos uno en condición de suplencia.

Entonces, esto puede abrir la puerta para beneficiar a trabajadores distintos, a los que está dirigida esta iniciativa. Por eso el requisito debe ser dos años de estar contratado en condición de suplencia. Un aspecto que se debe analizar y que requiere de la opinión especializada de la Comisión de Trabajo.

Esta se relaciona con la modalidad de la contratación propiamente dicha, ya quisiera que todos los trabajadores públicos estén incluidos en el régimen de la actividad privada, contratados a plazo indeterminado que sería lo ideal, lo perfecto. Sin embargo, existe la Ley Servir de aplicación, que es una ley de aplicación progresiva a la cual deben sujetarse las nuevas contrataciones.

Finalmente, señor presidente, algunos colegas, tal vez alegaran la urgencia de aprobar esta iniciativa, y no dudo que así sea. Pero lo que debe preocuparnos, es que legislar y sobre todo legislar bien, para que la ley sea aplicable, y sea también eficaz, y no una ley tal vez precipitada, que termine siendo finalmente inaplicable.

No frustremos el anhelo de los trabajadores involucrados, aprobando falsa soluciones. Estimados colegas, señor presidente, tengo como sugerencia por las consideraciones expuestas, es que yo propongo que el Presidente de la Comisión...

PRESIDENTE: No se escucha la propuesta.

Congresista **Robles Araujo Silvana Emperatriz** Si, correcto. Es que tengo alguna falla, pero a modo de sugerencia, por las consideraciones que he expuesto, propongo que el Presidente de la Comisión coordine con su homólogo de la Comisión de Trabajo, y viabilizar la posibilidad de aprobar un dictamen en conjunto.

Recordemos que iniciativas similares en el anterior Congreso, fueron decretadas a ambas comisiones, tanto a la Comisión de Salud y a la Comisión de Trabajo.

Agradecería, Señor Presidente, tenga en cuenta mi sugerencia, dado que no podemos tal vez jugar con las expectativas de nuestros colegas trabajadores bajo esta modalidad. Muchísimas gracias.

PRESIDENTE: Bueno, inicialmente este proyecto estaba para nombramiento, pero coordinando con el expositor, la idea es de hacerlo el proyecto de una manera solamente declarativa, creo que las opiniones van a ser propuestos y ya toman la decisión, bueno, la mayoría de los congresistas. Está pidiendo la palabra, la congresista Cordero Jon Tay, María. Adelante, colega.

Congresista **Cordero Jon Tay María del Pilar**: Gracias, Presidente. Por su intermedio saludar a los colegas congresistas. De acuerdo a la estadística válida, al inicio de la pandemia, el Perú se ubicaba con una densidad de recursos humanos en salud del 31 por 10 000 habitantes, siendo que lo recomendable por la OMS, es de 25 por cada 10 000 habitantes.

Presidente, sin embargo, esta data no identifica las inequidades de nuestros sistemas, en la cual existe una concentración de personal de salud, especialmente médicos especialistas, en zonas urbanas, zonas más pobres, y en la Capital de la República, sobre todo.

En el caso de los especialistas médicos, el 65%, Presidente de los médicos especialistas del MINSA, y gobiernos regionales, se encontraba concentrado en Lima, teniendo una densidad de especialistas a nivel nacional de 3.3 en la mayoría de las regiones.

Este indicador no lleva dos, y en algunas como Huancavelica, la densidad de especialistas es de 0.8, Presidente, similar a la de mi Región Tumbes.

El problema de los recursos humanos en salud, debe ser atendido a la brevedad, presidente, debido a las brechas e inequidades, debido a que toda vez que, durante los últimos años, las contrataciones de personal de salud, se han dado solo con contratos CAS, de Plazo Determinado, renovándose periódicamente y cortando permanentemente el vínculo laboral con las instituciones prestadoras de Salud. Presidente, es importante considerar que uno de los aspectos más urgentes, en el Sistema de Salud, es el sinceramiento de los recursos humanos, disponibles y necesarios para la verdadera atención integral de la salud en el País por nuestros hermanos.

Mi voto es a favor, presidente, exhortando al Ejecutivo, admitir las normas que mejor respondan a estas necesidades. Gracias, Presidente y colegas congresistas. Gracias.

PRESIDENTE: ¿Algún colega más va intervenir? sino pasamos al voto Señor Secretario Técnico.

Señor Secretario: Si gracias Señor Presidente.

Votación aprobación Dictamen Recaído en el Proyecto de Ley N°050/2021-2022/CSP-CR

Congresistas: Saavedra Casternoque Hitler, Julón Irigoin Elva Edhit, Varas Meléndez Elías Marcial, Revilla Villanueva César Manuel, Huamán Coronado Raúl, Cordero Jon Tay María del Pilar, Flores Ancachi Jorge Luis, Mori Celis Juan Carlos, Burgos Oliveros Juan Bartolomé, Muñante Barrios Alejandro. (10) Miembros titulares

Secretario Técnico: Señor Presidente el **Dictamen Recaído en el Proyecto de Ley N°050/2021-2022/CSP-CR** ha sido aprobado por mayoría, con 10 votos a favor, y 01 en contra, por los miembros titulares. Adelante Señor Presidente.

Nota: La Congresista Robles Araujo Silvana Emperatriz, mediante Oficio N° 289-2021-2026/SERA-CR. Solicita cambio en el sentido de su voto, para la aprobación del Dictamen del Proyecto de Ley N° 050/2021-CR, que al principio voto a favor del Dictamen. Y luego presenta su voto en Contra. Por lo que, el presente Dictamen señalado fue aprobado por mayoría. 10 votos a favor, 01 en contra.

PRESIDENTE: Muchas gracias Señor Secretario Técnico, hasta este punto de la Sesión, pido dispensa del trámite de aprobación del acta, para ejecutar lo acordado. La dispensa del Acta debe ser votado, votación Señor Secretario Técnico.

Secretario Técnico: Votación.

Votación Nominal

Dispensa del trámite de Aprobación del Acta para ejecutar lo acordado.

Congresistas: Congresistas: Saavedra Casternoque Hitler, Julón Irigoien Elva Edhit, Varas Meléndez Elías Marcial, Robles Araujo Silvana Emperatriz, Revilla Villanueva César Manuel, Huamán Coronado Raúl, Cordero Jon Tay María del Pilar, Flores Ancachi Jorge Luis, Mori Celis Juan Carlos, Burgos Oliveros Juan Bartolomé, Muñante Barrios Alejandro. (11) Miembros titulares

Secretario Técnico: Señor Presidente, la dispensa del trámite de aprobación del acta, para ejecutar lo acordado, ha sido aprobado por unanimidad con 11 a favor, Señor Presidente delante.

PRESIDENTE: Gracias Señor Secretario Técnico, no habiendo más temas que tratar, se levanta la sesión, siendo las 15 horas con 34 minuto. Muchas gracias a todos los colegas, buenas tardes.

Lima, martes 01 de marzo del 2022.



Por disposición de la Presidencia, la transcripción de la versión magnetofónica de la Sesión de la Comisión de Salud y Población, del periodo anual de sesiones 2021-2022, forma parte de la presente Acta.