



Proyecto de ley que declara el 21 de octubre de todos los años como día de duelo nacional en homenaje a los fallecidos por el COVID-19 y establece la obligación del ministro de Salud informar al Congreso de la República sobre la política de salud

Los Congresistas de la República que suscriben, a iniciativa del Congresista de la República **Roberto Helbert Sánchez Palomino**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que les confiere los artículos 107 de la Constitución Política del Estado y 74 y 75 del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente proyecto de ley:

FORMULA LEGAL

LEY QUE DECLARA EL 21 DE OCTUBRE COMO DÍA DE DUELO NACIONAL EN HOMENAJE A LOS FALLECIDOS POR EL COVID-19 Y ESTABLECE LA OBLIGACIÓN DEL MINISTRO DE SALUD DE INFORMAR AL CONGRESO SOBRE LA POLÍTICA DE SALUD

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto declarar como día de duelo nacional el 21 de octubre, en homenaje a los fallecidos por la pandemia del COVID-19 en el Perú, y que, en la fecha mencionada, se presente el ministro de Salud ante dos comisiones del Congreso de la República con la finalidad de que exponga los avances y limitaciones en el cumplimiento de la política de salud.

Artículo 2. Día del duelo nacional por los fallecidos por la pandemia del COVID-19.

Se declara como duelo nacional el 21 de octubre de cada año, en homenaje a los fallecidos por la pandemia del COVID-19 en el Perú.

En dicha fecha, la Bandera Nacional será izada a media asta en todas las dependencias del Estado.

Artículo 3. Exposición del ministro de Salud

El día mencionado en el artículo anterior, en el Congreso de la República se reúnen conjuntamente las comisiones de Salud y Población y Presupuesto y Cuenta General de la República. En el supuesto que el 21 de octubre no sea un día hábil, la reunión se realiza dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha mencionada.

Ante las comisiones mencionadas, el ministro de Salud expone los avances en política de salud en nuestro país, principalmente presenta:



1. Información sobre el personal de salud

- El número de médicos por habitante en el Perú, indicando los lugares del Perú en los que faltan médicos.
- El número de médicos que cuentan con especialidades. La exposición debe incluir una relación detallada de cada especialidad, las zonas en las que se encuentran ubicados los médicos mencionados y las zonas en las que hay pocos médicos con especialidades, o no hay ninguno.
- Número del personal de salud no médico por habitante en el país, indicando cuantos son necesarios y en qué lugares, para una adecuada atención a la población.
- Recursos humanos necesarios para el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud en el Perú.

2. Información sobre centros de salud:

- El número de centros de salud necesarios para atender a la población, indicando cuantos son necesarios para una adecuada atención a la población y si los centros cuentan con los ambientes necesarios.
- Estado de los centros de salud mental que existen el país, señalando si tienen el personal y ambientes necesarios para atender a la población.
- Estado de los centros oncológicos especialmente los dedicados a oncología pediátrica .
- Informe detallado sobre el número de Unidades de Cuidados Intensivos para adultos y pediátricos que existen en el país, indicando las zonas en las que se encuentran y si cumple con los estándares internacionales sobre el tema.
- Número de los laboratorios de los centros de salud pública, indicando si cuentan con los reactivos y materiales necesarios para la atención adecuada a la población.
- Centros de terapias para personas con discapacidad, las zonas en que se encuentran ubicadas y las limitaciones que tiene para cubrir las demandas de la población.

3. Información sobre ejecución presupuestal

- Dificultades que ha tenido el sector para ejecutar su presupuesto.
- El monto del presupuesto necesario para el adecuado funcionamiento de un sistema de salud.



4. Información sobre investigaciones
 - Principales investigaciones académicas realizadas por el sector salud
5. Información sobre las maestrías, doctorados, programas de segunda especialidad y cursos de actualización promovidos por el Ministerio de Salud para el personal de salud.

Artículo 4. Firma de convenios

Para efectos del cumplimiento de lo señalado en el inciso 5 del artículo 3 de la presente ley, el Ministerio de Salud se encuentra autorizado a celebrar los convenios nacionales e internacionales con universidades y otras entidades con el objeto de promover que el personal de salud cuente con maestrías, doctorados, programas de segunda especialidad y cursos de actualización, necesario para atender adecuadamente a la población.

Lima, 25 de febrero de 2022

Roberto Helbert Sánchez Palomino
Congresista de la República

EDGARD REYMONDO MERCADO
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

ISABEL CORTEZ AGUIRRE
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

RUTH LUQUE IBARRA
Directora Portavoz Titular
Grupo Parlamentario Unidos por el Perú
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

SIGRID BAZÁN NARRO
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

RUTH LUQUE IBARRA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA



Exposición de motivos

El presente proyecto de ley tiene por objeto instaurar un día de duelo nacional en homenaje a los fallecidos por la pandemia del COVID-19 en el Perú y que, en la fecha mencionada, se presente el Ministro de Salud ante dos comisiones del Congreso de la República con la finalidad de que exponga los avances y limitaciones en el cumplimiento de la política de salud.

Es decir, no se trata de un proyecto simbólico, en la medida que la presencia del ministro de Salud, en dos comisiones ordinarias del Congreso brindando información específica, visibilizará las dificultades que tiene el sector salud en la actualidad y los congresistas ayudaran a encontrar soluciones para superarlas.

Asimismo, la aprobación del proyecto, facultará al Ministerio de Salud a celebrar los convenios nacionales e internacionales con universidades y otras entidades con el objeto de promover que el personal de salud cuente con maestrías, doctorados, programas de segunda especialidad y cursos de actualización, necesarios para atender adecuadamente a la población.

El 21 de octubre de cada año será el día del duelo nacional en homenaje a los fallecidos por la pandemia del COVID-19 en el Perú, en la medida que fue en dicha fecha que en el Perú sobrepasó los 200 mil muertos. En efecto, mediante Comunicado N° 724, de fecha 22 de octubre, el Ministerio de Salud informó que el 21 de octubre "la COVID-19 ha producido el fallecimiento de 200 003 ciudadanos en el país¹".



¹ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/548224-minsa-casos-confirmados-por-coronavirus-covid-19-ascienden-a-2-194-132-en-el-peru-comunicado-n-724>
https://twitter.com/Minsa_Peru/status/1451720480998580226?t=ANOK1AvcyxEUoAHL-ryt_q&s=08



No es la primera vez que una norma de rango legal declara un determinado día del año como una fecha para recordar y establece la obligación de que un ministro acuda en este caso al pleno del Congreso de la República a exponer los lineamientos y metas de un plan nacional.

En efecto, la Ley N° 27666, Ley que declara el segundo domingo de abril de cada año como "Día del Niño Peruano" establece en su artículo 2° que "en el Congreso, en la primera sesión ordinaria del Congreso de la segunda semana de abril de cada año, el Presidente del Consejo de Ministros, en representación del gobierno, expondrá ante el Congreso de la República los lineamientos de política y metas del Plan Nacional de medidas administrativas, normativas y de cualquier otra índole que se aplicarán para garantizar que los derechos enunciados en la Convención de los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989 se aplicarán, plena y progresivamente, en favor de todos los niños y las niñas que habitan en el territorio del Perú, sin distinción alguna, independientemente de su raza, el color, sexo, idioma, su origen nacional étnico o social, posición económica, impedimentos físicos, nacimiento o cualquier otra condición del niño, sus padres o de sus representantes legales. Expondrá, asimismo, un balance del impacto de los avances logrados en relación con el Plan Nacional y programas que sobre la misma materia hubieran sido aprobados para el período anual precedente".

El COVID-19 en el Perú

Hasta el 30 de enero del 2022, han fallecido 205 834 personas a causa de la COVID-19². En mayo del 2021, el Perú sinceró las cifras de las muertes por el COVID-19 y ello reveló que nuestro país tenía la mayor tasa de mortalidad per cápita del mundo en la pandemia, en relación al tamaño de su población, (unos 32,5 millones): alrededor de 500 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Hungría anteriormente tenía el peor número de muertes per cápita con una tasa de 300 por cada 100.000 personas. Perú fue uno de los países más afectados por la pandemia en América Latina, con un sistema de salud pública saturado y una crisis por falta de tanques de oxígeno³.

El sistema de salud público peruano previo a la pandemia del COVID-19 se caracterizaba por la falta de financiamiento sostenible y la carencia de infraestructura y recursos humanos. La pandemia encontró un sistema de salud en el Perú fragmentado y desigual en el acceso a los servicios de salud.⁴A

² Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19

https://twitter.com/Minsa_Peru/status/1488369982782291972?t=zqeSBamGdxnZPJ1FcHR1Fw&s=08

³ BBC News Mundo, "Perú duplica las muertes por covid-19 tras una revisión de cifras y se convierte en el país con la mayor tasa de mortalidad per cápita del mundo", publicado el 31 de mayo del 2021 en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-57310960>

⁴ Ponce de León, Zoila, "Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19", 2021, p. 4, publicado en <https://escuela.pucp.edu.pe/gobierno/wp-content/uploads/2021/05/La-salud-en-tiempos-de-covid-VF.pdf>



inicios de la crisis sanitaria (abril de 2020), el país tenía solo 133 camas UCI a nivel nacional"⁵. Luego el número de camas UCI se fue incrementando.

Asimismo, faltaba personal médico -especialmente los internistas que cubren la atención primaria de emergencias-, la falta de ventiladores de emergencia., los implementos básicos de seguridad biosanitaria etc.⁶.

En setiembre del 2020, Salud con lupa señaló las siguientes seis razones que hicieron que Perú tenga la mayor mortalidad del mundo por COVID-19⁷:

1. Baja inversión en salud durante décadas

El gasto público de Perú en salud lleva décadas lejos del 6 % del PIB que recomienda invertir como mínimo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ese sector y muy lejos del 10,1 % de promedio que presentan los países que forman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

2. Sistema de salud fragmentado

La salud pública opera de manera fragmentada, se divide en dos grandes entidades y otras más pequeñas con sus propias redes hospitalarias y centros médicos que hasta la llegada de la pandemia actuaban en paralelo y sin relacionarse. Por otro lado, el Seguro Integral de Salud es administrado por el Ministerio de Salud, mientras que el Seguro Social de Salud se encuentra dentro del Ministerio de Trabajo y los militares y policías tienen sus propios seguros de salud.

3. Pocos médicos y escasas camas de UCI

Antes de la pandemia, de acuerdo al exministro de Salud Víctor Zamora, Perú tenía un déficit histórico de 24.000 médicos. Había unos 13 médicos por cada 10.000 habitantes, uno de los promedios más bajos de América Latina. En regiones como Loreto era incluso la mitad.

4. Transgresión de las normas

No toda la población ha colaborado para evitar el colapso del sistema público al no acatar la estricta cuarentena impuesta a mediados de marzo del 2020 por el gobierno. Incluso más de 50 mil personas fueron detenidas durante los dos meses de emergencia por violar la cuarentena y también los toques de queda.

5. Extendida informalidad

⁵ Ibid, p. 4.

⁶ Canessa Montejo, Miguel, "¿Por qué colapsó el sistema sanitario peruano?", publicado en <https://www.revistaideele.com/2020/06/26/por-que-colapso-el-sistema-sanitario-peruano/>

⁷ Salud con lupa "Seis razones que hacen que Perú tenga la mayor mortalidad del mundo por COVID-19", publicado el 2 de setiembre del 2020, en <https://saludconlupa.com/noticias/seis-razones-por-las-que-peru-tiene-la-mayor-mortalidad-del-mundo-por-covid-19/#:~:text=Una%20baja%20inversi%C3%B3n%20en%20salud,del%20mundo%20por%20COVID%2D19>



El 70% de la población económicamente activa trabaja de manera informal. En algunos casos se trata de un sector de escasos recursos que vive con lo que gana a diario, no paga impuestos, algunos no tienen seguro de salud y suelen atenderse en su propio domicilio en el caso de enfermarse o recurren a la sanidad privada, lo que supone grandes costos.

6. Obesidad

En el Perú al menos una de cada cinco personas mayor de 15 años es obesa, Este dato es importante en la medida que a inicios de agosto del 2020, el Ministerio de Salud informó que el 85% de los muertos por COVID-19 eran obesos, el 43% diabéticos y el 27% hipertensos, tres de los factores principales que recrudecen en los síntomas del coronavirus.

Por otro lado, es importante mencionar que de acuerdo a la publicación "Políticas para combatir la pandemia" de COVID-19, difundido por el Grupo de Análisis para el Desarrollo "Grade", si bien se puede explicar el fracaso de las políticas para evitar la propagación del virus debido a las condiciones iniciales, hay evidencia también de que las políticas desplegadas como respuesta o la ausencia de estas jugaron un papel importante⁸. En efecto, en la publicación mencionada se señalan las políticas públicas que puede explicar este pobre desempeño y son las siguientes:

1. Implementación de campañas de prueba

Hubo tres errores en esta campaña. la primera se refiere a la ausencia de pruebas al inicio y durante la pandemia, la segunda es la decisión de usar pruebas rápidas como herramienta principal de diagnóstico y la tercera la falta de una estrategia cooperativa con las universidades y el sector privado para la implementación inteligente de pruebas.

2. El rastreo de contacto

En este caso hubo ausencia de iniciativas para identificar a los individuos contagiados y ubicar a las personas con las que tuvieron contacto.

3. Las políticas de aislamiento

Para que esta política funcionara era necesario aplicar correctamente las dos anteriores, en la medida que, si las personas infectadas no se aíslan, no se logra una política efectiva de aislamiento, la cual combinaría la persuasión de los ciudadanos que deben autoaislarse, el monitoreo de su evolución y el aislamiento provisto por el Estado.

La débil respuesta de parte del Estado para combatir con eficacia el COVID-19 no debe volver a repetirse. Sobre todo, si se tiene en cuenta que el Perú forma parte de los Estados que han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, instrumento internacional que señala que

⁸ Jaramillo, Miguel y López, Kristian, "Políticas para combatir la pandemia de COVID-19". Lima: GRADE, 2021, Documentos de Investigación, 112, pág. 91-92, publicado en <http://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/DI-112-web.pdf>



medidas debe tomar los Estados para que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El derecho en la salud en la normatividad internacional

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁹. En efecto, el artículo 12 del tratado de derechos humanos mencionado indica que:

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto **nivel posible de salud física y mental**.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Es decir, de acuerdo a dicho artículo, los Estados que han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y para garantizar la efectividad de dichos derechos se comprometen a adoptar las siguientes medidas:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Asimismo, según el inciso 1 del artículo 2 del instrumento internacional mencionado "cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia

⁹ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante su Resolución N° 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976, de conformidad con su Artículo 27. Información publicada en Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, "Compendio de Derechos Humanos: Tratados Internacionales de los que el Perú es Parte", Lima, 2012, p. 99. Publicado en https://www.congreso.gob.pe/Docs/DGP/CCEP/files/cursos/2017/files/congreso_compendio-derechos-humanos_minjus-delia_mu%C3%B1oz.pdf



y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos".

Es decir, los Estados que han ratificado el tratado internacional mencionado deben aportar medidas especialmente económicas y técnicas hasta el máximo de los recursos que disponga para lograr la plena efectividad de los derechos reconocidos en dicho tratado.

En el caso peruano, hay que tener en cuenta que "el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue suscrito por Perú el 11 de agosto de 1977 y aprobado por el Decreto Ley N° 22129, publicado el 29 de marzo de 1978. El instrumento de adhesión del 12 de abril de 1978, se depositó el 28 de abril de 1978, el mismo que fue aceptado como ratificación por las Naciones Unidas por ser el Perú signatario. Vigente desde el 28 de julio de 1978¹⁰".

Asimismo, teniendo en cuenta que "las cláusulas constitucionales que se encargan de determinar reglas de incorporación del Derecho internacional deberán tener en cuenta que éste contiene normas generales consuetudinarias, normas convencionales basadas en los tratados, así como normas producidas en el seno de las organizaciones internacionales¹¹", en el caso peruano, el artículo 55 de la Constitución señala que "los tratados celebrados por el Estado y en vigor forman parte del derecho nacional". Ello implica que tienen todas las características de una norma nacional, por lo tanto, tienen validez y eficacia. En ese sentido, el Estado peruano reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

También, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú señala que "todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad".

Por su parte el artículo 9 de nuestra Carta Magna señala que "el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud".

Además, el artículo 11 de la Constitución señala en su primer párrafo que "el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través

¹⁰ Ibid, p. 99.

¹¹ Burga, Angélica, Derecho internacional y Derecho interno, Bogotá, editorial Leyer, 2016, 97-98



de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento".

Es decir, según las normas mencionadas, el Estado determina la política nacional de salud y el Poder Ejecutivo es el encargado de normar y supervisar su aplicación y también es el responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Es por ese motivo y que con la finalidad que la ciudadanía visibilice el contenido de las políticas de salud, las posibilidades y dificultades que existen para su implementación, el ministro debe presentarse en una determinada fecha para exponer los temas que propone la ley. Y esa fecha sería el día en el que en nuestro país se recuerde a quienes fallecieron víctimas del COVID-19. En otros Estados se han aprobado normas que declararon determinados días como duelo nacional en homenaje a las personas que fallecieron víctimas del mal mencionado, las cuales se señalan a continuación.

Legislación comparada que declara duelo nacional en homenaje a la memoria de la víctimas del COVID-19

En legislación comparada podemos mencionar los siguientes casos:

Argentina

El Decreto 459/2021¹², emitido el 14 julio del 2021, que declara Duelo Nacional en todo el territorio de la República Argentina por el término de CINCO (5) días, como consecuencia del fallecimiento de más de 100.000 personas, habitantes de dicho país, víctimas del COVID-19, expresa a las familias de las personas fallecidas las más sentidas condolencias del Gobierno nacional e indica que durante los días de duelo la Bandera Nacional permanecerá izada a media asta en todos los edificios públicos.

Colombia

El Decreto 83 de 2021¹³, publicado el 26 en el Diario Oficial, por el cual se honra la memoria de las víctimas del Covid-19 y en especial la del doctor Carlos Holmes Trujillo García, Ministro de Defensa Nacional, señalando que el Gobierno Nacional manifiesta su profundo pesar por todas las víctimas mortales del nuevo coronavirus Covid-19 y expresa sus condolencias y sentimientos de solidaridad a cada una de sus familias y establece duelo nacional por el término de tres días, durante los cuales se izará el Pabellón nacional a media asta en todos los edificios públicos.

¹² <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-459-2021-352036>

¹³

https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/pdf/decreto_0083_2021.pdf



Chile

El Decreto 2527 Exento¹⁴, publicado el 9 de agosto del 2021, declara duelo nacional en los días 9 y 10 de agosto del año 2021 en memoria de las personas fallecidas por la pandemia del COVID-19 en Chile. Indica además que durante los días señalados se izará el Pabellón Nacional a media asta en las sedes del Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial, Oficinas y Reparticiones Públicas, unidades de las Fuerzas Armadas, Carabineros y Policía de Investigaciones de Chile, y se suspenderán los actos de Gobierno que revistan el carácter de festejo. Finalmente faculta a las personas y entidades particulares para izar el Pabellón Nacional, en igual forma y oportunidad, en todos los edificios, residencias o establecimientos de carácter privado.

Ecuador

El Decreto Ejecutivo No.1024¹⁵, del 16 de abril de 2020, declara duelo nacional durante quince (15) días, contados a partir de dicha fecha, debido al lamentable fallecimiento e irreparable pérdida de todos los ecuatorianos infectados por Covid-19, tanto en el territorio ecuatoriano como en el exterior. Indica también que la Bandera Nacional permanecerá izada a media asta en todos los edificios públicos y privados, tanto civiles como militares y finalmente señala que el Gobierno Nacional se solidariza con las familias de las víctimas, a quienes brindará todo el apoyo requerido, de conformidad con la Constitución y la Ley.

México

Decreto¹⁶ por el que se declara duelo nacional los días 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 2020, en homenaje a los decesos de las personas que han perdido la vida en dicho país a causa de la pandemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), publicado en el diario Oficial de la Federación el 29 de octubre del 2020. Asimismo, refiere que en señal de duelo nacional, se acuerda el izamiento de la Bandera Nacional a media asta, durante el periodo señalado.

España

Real Decreto 538/2020¹⁷, de 26 de mayo del 2020, por el que se declara luto oficial por los fallecidos como consecuencia de la pandemia del COVID-19 desde las 00:00 horas del día 27 de mayo de 2020 hasta las 00:00 horas del día 6 de junio de 2020. Durante este periodo la bandera nacional ondeará a media asta en el exterior, y con un crespón en la

¹⁴ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1163438>

¹⁵ https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Resoluciones/2020/Indice_legislacion_2020/%C3%8Dndice_abril_emergencia.pdf

¹⁶ https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5603785&fecha=29/10/2020

¹⁷ <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/05/26/538/dof/spa/pdf>



moharra del mástil en el interior, en todos los edificios públicos y buques de la Armada.

Médicos por habitantes en el Perú

De acuerdo al artículo "Rumbo al Bicentenario: Recursos Humanos de Salud" publicado por la Sociedad de Comercio Exterior del Perú ComexPerú, según la Organización Mundial de la Salud se recomienda un mínimo de 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10 mil habitantes para garantizar una atención adecuada. Sin embargo, en el Perú se cuenta con 13,6 médicos por cada 10 mil habitantes, 9,4 menos de lo que recomendado por la OMS. Pero en Cajamarca y Huánuco no llegan ni siquiera a 7 médicos. Piura, Puno y Loreto con 7,2 y San Martín con 8.4¹⁸.

Asimismo, de acuerdo al artículo mencionado en el párrafo anterior, según un reporte publicado en diciembre de 2019 por el Ministerio de Salud sobre los recursos humanos a nivel nacional, se estima que falta incorporar 11,401 médicos especialistas y que las cinco especialidades con mayores puestos requeridos serían ginecología y obstetricia (1,726), pediatría (1,391), medicina interna (1,287), cirugía general (1,240) y anestesiología (1,111). El artículo citado se informa, además, que con cálculos similares, en 2019, "EsSalud, en su 'Libro Blanco' para el diálogo Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú, estimó que le faltaba incorporar unos 9,000 profesionales de enfermería y 5,000 médicos"¹⁹

Como un ejemplo que faltan médicos especialistas en el Perú, podemos mencionar que solo hay 27 especialistas para tratar el cáncer infantil y más del 90% atiende en Lima²⁰. En efecto, según el Portal del Colegio Médico del Perú, solo hay 27 oncólogos pediátras²¹. La situación se agrava si se tiene en cuenta que "únicamente otras cinco regiones cuentan con un área destinada al diagnóstico y tratamiento de los menores con esta enfermedad"²²

A ello se suman que al 25 de febrero del 2022 a consecuencia de la pandemia del COVID-19, han fallecido 567 médicos, 7 se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivo y 18252 fueron contagiados²³.

Por los motivos mencionados, es necesario que el Ministerio de Salud se encuentre facultado a celebrar los convenios nacionales e internacionales con

¹⁸ Sociedad de Comercio Exterior del Perú ComexPerú, "Rumbo al Bicentenario: Recursos Humanos de Salud", publicado en Semanario 1020, el 21 de febrero del 2020 en <https://www.comexperu.org.pe/articulo/rumbo-al-bicentenario-recursos-humanos-de-salud>

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ccoillo, Melina, "Solo hay un oncólogo pediátrico por cada 66 niños con cáncer" publicado en <https://saludconlupa.com/noticias/solo-hay-un-oncologo-pediatrico-por-cada-66-ninos-con-cancer/>

²¹ <https://www.cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico/>

²² Ccoillo Sandoval, Melina Op. Cit.

²³ <https://www.cmp.org.pe/medicos-con-covid-19-positivo-autoreporte/> citado el 25 de febrero



universidades y con otras entidades con el objeto de conseguir que el personal de salud, sobre todo los médicos, cuenten con especialidades.

PROPUESTA

La presente iniciativa legislativa propone lo siguiente:

- Declarar como día de duelo nacional el 21 de octubre en homenaje a los fallecidos por la pandemia del COVID-19 en el Perú
- En la fecha mencionada, el Ministro de Salud se presenta ante las comisiones de Salud y Población y Presupuesto y Cuenta General de la República con la finalidad de exponer los avances y dificultades en la ejecución en política de salud en nuestro país, principalmente en:
 1. Información sobre el personal de salud.
 2. Información sobre centros de salud.
 3. Información sobre ejecución presupuestal.
 4. Información sobre investigaciones en temas de salud.
 5. Información sobre las maestrías, doctorados, programas de segunda especialidad y cursos de actualización promovidas por el Ministerio de Salud para el personal de salud.
- Autoriza al Ministerio de Salud a celebrar los convenios nacionales e internacionales con universidades y otras entidades con el objeto de conseguir que el personal de salud, sobre todo los médicos, cuenten con especialidades.

RELACION DEL PROYECTO DE LEY CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

El proyecto de ley se encuentra vinculado con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional 13 y 24 que señalan lo siguiente:

13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.



Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; (h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social.

24. Afirmación de un Estado eficiente y transparente

Nos comprometemos a construir y mantener un Estado eficiente, eficaz, moderno y transparente al servicio de las personas y de sus derechos, y que promueva el desarrollo y buen funcionamiento del mercado y de los servicios públicos. Nos comprometemos también a que el Estado atienda las demandas de la población y asegure su participación en la gestión de políticas públicas y sociales, así como en la regulación de los servicios públicos en los tres niveles de gobierno. Garantizaremos una adecuada representación y defensa de los usuarios de estos servicios, la protección a los consumidores y la autonomía de los organismos reguladores.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente iniciativa, no irroga gastos al Estado, en la medida que se trata de una norma que propone declarar, el 21 de octubre como día de duelo nacional, en homenaje a los fallecidos por la pandemia del COVID-19 en el Perú y que, en la fecha mencionada, se presente el ministro de Salud ante dos comisiones del



ROBERTO HELBERT SÁNCHEZ PALOMINO

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

Congreso de la República con la finalidad de que exponga los avances y limitaciones en el cumplimiento de la política de salud, con lo cual el principal beneficio consiste en que se visualizará las dificultades que existen para que las personas sean atendidas en forma adecuada y eficiente por los sistemas de salud, y por lo tanto el Estado se verá obligado a encontrar soluciones.

EFFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa crea un marco jurídico para que una vez al año se rinda homenaje a los fallecidos por la pandemia del COVID-19 en el Perú y propone, además, que en esa fecha el Ministro de Salud se presente ante dos comisiones del Congreso de la República con la finalidad de que exponga los avances y limitaciones en el cumplimiento de la política de salud.