CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
15 DIC. 2023
RECIBIDO
Firma: Hora: 16:45

LEY QUE DECLARA DE INTERES NACIONAL Y NECESIDAD PUBLICA LA CREACION E IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO REGIONAL DE SALUD RENAL EN LA AMAZONÍA PERUANA.

PROYECTO DE LEY

El Congresista de la Republica **HITLER SAAVEDRA CASTERNOQUE** miembro del Grupo Parlamentario Somos Perú, en uso de sus atribuciones que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, concordado con el artículo 75° enciso 2 del artículo 76° del Reglamento del Congreso de la Republica propone el siguiente proyecto de ley

FORMULA LEGAL

"LEY QUE DECLARA DE INTERES NACIONAL Y NECESIDAD PUBLICA LA CREACION E IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO REGIONAL DE SALUD RENAL EN LA AMAZONÍA PERUANA"

Artículo 1°.- Objeto la de la Ley.

La presente ley tiene por objeto, garantizar en el marco de la descentralización, la implementación del Centro Regional para la atención de los pacientes con insuficiencia Renal aguda y crónica en la Amazonía Peruana, así como de los servicios médicos especializados para pacientes con la finalidad de dar respuesta efectiva y oportuna a favor de los pacientes de provincias y distritos de la Amazonía Peruana.

Artículo 2°. Declaración de necesidad pública y de preferente interés nacional.

Declárese de necesidad pública y de interés nacional, la creación e implementación del Centro Regional de Salud para la atención de los pacientes con Insuficiencia Renal Aguda y Crónica de la Amazonía Peruana, en el marco de la descentralización de los servicios médicos especializados de alta complejidad.

DISPOSICION COMPLEMENTARIA FINAL

El Ministerio de Salud coordina con el gobierno Regional para la elaboración del proyecto y ejecutar la Creación del Centro Regional de Salud Renal en la Amazonía Peruana, el mismo que será implementado conforme a la programación presupuestal.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: SAAVEDRA CASTERNOQUE Hitler FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/12/2023 08:56:47-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: AZURIN LOAYZA Alfredo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/12/2023 11:35:51-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VALER PINTO Hector FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/12/2023 11:08:43-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VALER PINTO Hector FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/12/2023 11:08:56-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: JERI ORE Jose Enrique FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/12/2023 12:16:48-0500

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. MARCO LEGAL

- Ley N°26842 – Ley General de Salud, que establece que la Autoridad de salud nacional es el órgano especializado del Poder Ejecutivo (Ministerio de Salud LGS Art.123).
- Ley N°27657 – Ley del Ministerio de Salud, que precisa que es "es el ente rector del Sector Salud" (LMS Art.2).
- Ley N°29158 - Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, señala que los Ministerios asumen la rectoría.
- Ley N°27783 – Ley de Bases de la Descentralización, el Ministerio de Salud transfirió a los gobiernos regionales un conjunto de competencias sobre la función de salud que les corresponde gestionar con autonomía para ejercer las competencias que por Ley se les asigna las competencias transferidas del Sector Salud a los gobiernos regionales.
- Ley N°30224 – Ley del sistema nacional para la calidad y el instituto nacional de calidad.
- Ley N°27867 – Ley Orgánica de gobiernos Regionales.
- Ley N°27813 – Ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
- Ley N°30423 – Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población.
- Ley N°30885 – Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de Salud (RIS).

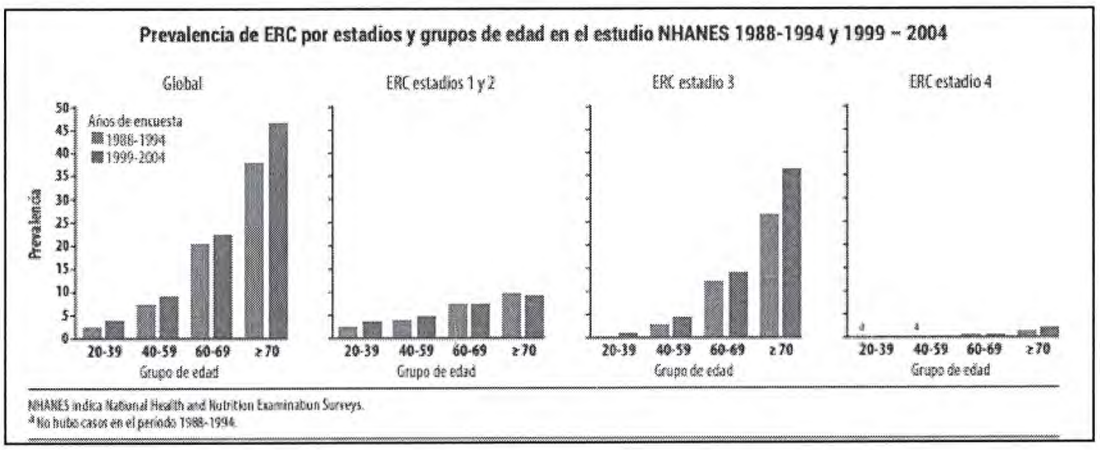
II. FUNDAMENTOS DE LA INICIATIVA

La enfermedad renal crónica (ERC) es actualmente uno de los problemas de salud pública por su carga de enfermedad con una prevalencia global entre el 11% al 15% de la población adulta[1]. La importancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica se centra en dos aspectos: la terapia sustitutiva de la enfermedad renal crónica avanzada mediante diálisis o trasplante renal que afecta al 1% de los pacientes con enfermedad renal crónica. Empero, la esperanza de vida se acorta drásticamente, debido a que es una de las terapias más costosas para dicha enfermedad y muchos pacientes no cuentan con los recursos para mantener el tratamiento y la calidad de vida que requieren. Al menos del 1% de la población necesita terapia de reemplazo renal, pero consume el 5% del presupuesto del Sistema de Salud.[2]

[1] Documento Técnico – Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal crónica
[2] Factores asociados a los trastornos del sueño de pacientes en hemodiálisis en el Hospital Regional de Loreto en el 2021.

La enfermedad renal crónica también, se evidencia en niños, niñas y adolescentes lo cual representa un problema serio de salud pública que afecta su desarrollo, crecimiento y calidad de vida. Se estima que más de 3 millones de personas mayores de 18 años tienen algún grado de enfermedad renal crónica en el Perú, que está en aumento fundamentalmente por el incremento de casos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y envejecimiento de la población[3].

Prevalencia de ERC por estadios y grupos de edad en el estudio de NHANES 1998-1994 y 1999-2004



Fuente: Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica, 2015 – Ministerio de Salud

En el Perú el número de atenciones por enfermedades renales crónicas (ERC) en la consulta externa de los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) muestra una tendencia ascendente pasando de 4 402 en el año 2002 a 14 863 en el año 2011. También, se puede precisar que las enfermedades renales crónicas (ERC) fue la primera causa de atención en consulta externa por todo tipo de enfermedades renales en Callao, Moquegua, Lima, Puno, **Loreto** y Madre de Dios. La mayoría de las hospitalizaciones se realizan para el tratamiento de las complicaciones relacionadas con la enfermedad renal crónica (ERC) y que pueden aparecer tempranamente en el curso de la enfermedad. Estas condiciones empeoran progresivamente con el avance de la insuficiencia renal y son más frecuentes las complicaciones graves en la ERC-t cuando los pacientes van a iniciar el tratamiento de remplazo renal (TRR). Asimismo, dentro de los egresos hospitalarios pude observar que una fracción importante corresponde a enfermedades que potencialmente conducen a la enfermedad renal crónica (ERC), también; dentro de las causas específicas de mortalidad en el Perú (2012) la insuficiencia renal constituye una de las 10 primeras causas de muerte representando el 3.3% de las defunciones a nivel nacional.[4]

[3] Documento Técnico – Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal crónica.
[4] Análisis de la situación de la enfermedad renal renal crónica en el Perú, 2015

La tendencia de la tasa ajustada de mortalidad nivel nacional fue descendente pasando de 13, 4 por cien mil habitantes en el año 2000 a 11,5 por cien mil habitantes en el año 2012. Diversos factores pueden haber determinado esta tendencia como la mejora en el acceso a TRR en EsSalud y el Ministerio de Salud (MINSA).

TABLA DE NÚMERO DE MUERTES POR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA PERÚ PERIODO 2010-2018

REGION	20	2011	2012	2013	2014	201	2016	2017	2018	Total
Amazonas	7	9	17	21	18	15	15	15	14	131
Ancash	80	74	117	103	68	83	59	115		699
Apurimac	56	46	50	31	41	29	19	19		291
Arequipa	52	40	88	72	99	114	62	53	60	640
Ayacucho	61	63	64	66	42	42	45	21	46	450
Caja*marca*	59	46	57	51	55	59	30	39	46	442
Callao	142	112	110	73	94	97	87	67	79	861
Cusco	156	131	103	112	74	81	85	98	132	972
Huancavelica	66	64	47	38	40	48	48	39	39	429
Huánuco	61	81	70	71	70	57	50	69		529
Iea	98	84	122	161	127	130	114	89	68	993
Junín	162	168	182	83	172	137	85	98		1087
La Libertad	145	173	165	199	187	196	103	106	97	1371
Lambayeque	125	101	147	133	162	151	73	93	135	1120
Lima	816	638	770	853	605	848	657	675	706	6568
Loreto	23	44	23	18	11	8	16	52	43	238
Madre De Dios	9	13	10	7	8	14	17	7	21	106
Moquegua	19	26	22	14	23	26	18	19	13	180
Paseo	16	23	20	24	20	19	30	11	9	172
Piura	152	138	173	167	215	177	116	137	117	1392
Puno	472	427	409	375	386	364	252	218	297	3200
San Martin	39	24	28	25	30	29	29	48	45	297
Tacna	22	29	22	26	42	29	13	13	14	210
Tumbes	20	21	10	11	10	13	12	17	16	130
Ucayali	38	52	41	23	28	15	11	34	51	293
[illegible]									[illegible]	[illegible]
Total	2,896	2,627	2,867	2,757	2,627	2781	2046	2152	2050	2280[illegible]

Fuente: Documento técnico – Plan Nacional Integral de la Enfermedad Renal Crónica.

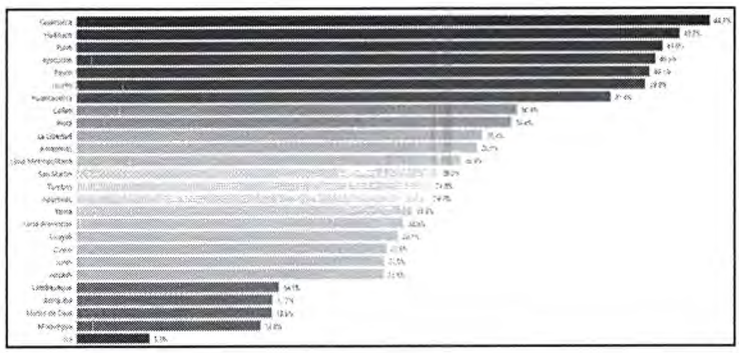
En la actualidad las regiones con mayores casos de enfermedades renales crónicas son: Callao, Moquegua, **San Martín**, **Loreto,** siendo la región **Loreto**, la más perjudicada porque se ha notificado un incremento de casos de diabetes e hipertensión que son responsables de casi un 75% de los casos de enfermedad renal crónica en el Perú.[5]

[5]https://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf

También, **Loreto** es el departamento con **mayor índice de población con pobreza y pobreza extrema**[6], lo que conlleva a reflexionar sobre las dificultades que enfrentan los pobladores de esta situación económica que requieren atención médica y hospitalaria en enfermedad renal crónica, que mucho de ellos deben ser referidos y en consecuencia trasladarse (junto a familiares o personal de apoyo) hacia Chiclayo, Lima, y, que deben de cubrir gastos de movilidad, alimentación, hospedaje, medicamentos y otros gastos adicionales.

Igualmente, es importante analizar los datos de la población rural de la Amazonía Peruana casi el 73% se encuentra afiliada al seguro integral de salud, observando este dato se podría intuir que la población nativa amazónica **(que se encontraría dentro de la población rural procedente de la selva)**, aun a pesar de ser evidente su condición de pobreza que ameritaría que accedan al beneficio del seguro integral de salud, todavía existe una sub-cobertura a este nivel. A pesar de esto, es probable que aquellos quienes alcanzan esta cobertura viven en un entorno donde esto sea sólo una medida formal, ya que cuando van a la posta de salud a veces no hay quien los atienda de manera oportuna, muchos de ellos no pueden ser traslados en casos de emergencia a un establecimiento de mayor resolución.[7]

MAPA Y CUADRO DE POBREZA TOTAL



Fuente: Instituto Peruano de Economía

[6] Instituto Peruano de Economía, Evolución de la Pobreza en el Perú, Publicado en mayo 2023.
[7] https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355012.pdf

CUADRO DE DEMADA Y OFERTA DE SERVICIO DE DIALISIS EN EL SIS (IPRESS – PÚBLICAS)

HEMODIALISIS	n	%
Hospital regional de Ica	126	23.08
Hospital Honorio Delgado Arequipa	100	18.32
Hospital Regional de Loreto	84	15.38
Hospital Carrion de Junín	52	9.52
Hospital Dos de Mayo	41	7.51
Insituto Nacional del Niño (San Borja)	38	6.96
Lambayeque	33	6.04
Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	21	3.85
Hospital Regional del Cuzco	21	3.85
Hospital Hermilio Valdizan de Huánuco	19	3.48
Hospital Cayetano Heredia	8	1.47
Hospital Hipólito Unanue	3	0.55
Hospital Arzobispo Loayza	0	0.00
Hospital Lorena del Cuzco	0	0.00
Total	**546**	

Fuente: Instituto Peruano de Economía

Según, la sociedad latinoamericana de Nefrología e Hipertensión Diálisis y Trasplante, la tasa de nefrólogos por población en América Latina para el año 2014 fue de 14 por cada millón de habitantes, la sociedad Peruana de Nefrología tiene registrado a 229 nefrólogos, que representarían una tasa de siete nefrólogos por cada millón de habitantes lo cual es notablemente inferior a lo estimado por América Latina. El mayor porcentaje de especialistas se concentran en Lima (69%), Arequipa (8%) y Callao (5%). **La hemodiálisis crónica (HDC)** es una de las formas de TRR más prevalentes con una tasa de 363 pacientes pmp le sigue la diálisis peritoneal (DP) con 51 pacientes pmp y finalmente el trasplante renal con cuatro pacientes pmp. El 88% de la población se encuentra en un programa de HDC y el 12 % en DR.[8]

[8] Análisis de la situación de la enfermedad renal renal crónica en el Perú, 2015

TABLA DE TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Tabla 1. Números absolutos y proporción de muertes por enfermedad renal crónica (CIE 10: N18) por cada región y año, ajustado por edad y sexo

Región	Todos los años		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Número	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Amazonas	108	1,1	2,0	0,4	0,4	1,5	1,7	0,5	1,5	0,8	0,8	0,9	1,4	1,8	0,6
Ancash	645	1,6	1,7	0,2	0,7	0,6	2,8	1,5	1,5	1,6	1,5	3,0	3,2	1,7	1,3
Apurímac	461	1,8	0,9	1,4	1,5	2,2	1,2	0,9	1,6	2,5	1,8	2,4	2,1	3,0	1,5
Arequipa	822	1,3	1,8	1,8	1,4	1,9	1,7	1,0	1,3	1,1	0,9	1,2	0,9	0,8	1,4
Ayacucho	610	2,2	1,3	1,5	2,1	1,1	2,4	2,6	3,0	2,7	1,9	1,9	3,3	0,9	2,8
Cajamarca	532	1,5	2,0	0,9	0,9	1,9	2,1	1,3	1,6	1,9	1,2	0,9	1,4	1,3	1,8
Callao	1005	2,3	1,2	1,5	3,4	2,4	3,0	3,0	3,0	3,5	2,5	2,5	1,3	1,4	0,8
Cusco	1280	2,0	1,6	2,2	1,5	2,0	2,2	2,8	3,3	1,4	1,7	1,7	1,9	0,9	3,1
Huancavelica	563	2,2	2,4	1,5	3,0	2,1	2,5	2,3	4,1	1,6	2,8	1,6	0,5	1,5	1,3
Huánuco	589	1,7	1,7	1,4	1,4	2,0	1,9	1,6	1,4	1,8	2,3	1,9	2,0	1,6	1,5
Ica	1043	2,6	2,1	1,7	2,2	2,3	2,5	2,4	2,8	2,4	2,3	3,0	3,2	2,5	3,7
Junín	1100	1,6	1,8	0,9	0,6	2,0	1,3	1,3	1,3	1,4	1,9	2,2	1,2	2,6	2,0
La Libertad	1956	2,6	1,8	1,8	3,1	2,5	3,0	2,7	2,2	2,7	3,4	2,6	2,7	2,8	2,7
Lambayeque	1277	2,4	1,8	2,1	2,6	3,0	2,8	1,6	2,2	2,6	2,3	2,7	2,4	2,7	2,6
Lima	6138	1,7	1,3	1,0	2,3	2,4	2,7	1,6	1,8	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,8
Loreto	192	1,8	0,5	1,0	2,4	1,8	2,1	2,3	1,6	1,4	2,1	1,8	2,6	1,3	2,5
Madre de Dios	94	2,3	1,5	1,8	2,1	4,2	2,9	0,6	2,4	1,3	3,4	4,1	1,4	1,0	2,7
Moquegua	217	2,7	2,0	1,7	2,7	1,9	2,5	2,6	3,9	2,7	1,4	6,5	1,3	3,5	5,6
Pasco	173	1,7	1,5	2,1	2,8	1,1	1,0	0,9	1,3	1,1	3,5	2,6	2,4	2,3	1,6
Piura	1210	1,7	1,7	1,2	1,6	1,5	1,4	1,2	0,9	1,1	1,8	2,1	2,1	2,7	2,4
Puno	4055	4,1	4,0	3,4	3,4	3,5	4,8	5,3	5,3	3,7	3,3	3,7	4,1	4,0	4,2
San Martin	283	2,0	1,1	1,0	1,6	4,1	2,5	2,5	1,8	1,8	1,6	1,8	0,6	2,2	3,2
Tacna	321	2,2	2,8	2,2	3,5	2,7	3,3	2,7	2,4	1,5	1,3	0,9	2,4	2,2	1,6
Tumbes	167	2,5	1,9	2,6	2,1	0,4	1,8	2,4	0,8	1,9	3,6	0,8	2,9	3,8	9,5
Ucayali	250	1,9	1,7	1,0	1,1	2,9	2,4	0,4	1,5	1,9	3,4	2,2	2,2	2,8	2,1
Total	25091	2,0	1,7	1,4	2,1	2,2	2,5	2,0	2,1	1,9	1,9	2,0	1,9	1,9	2,2

Los porcentajes han sido estandarizados por sexo y edad; los porcentajes indican la proporción de muertes por enfermedad renal crónica en relación a todos los fallecimientos en la región y año. Interpretación (ejemplo): en todos los años de observación, la proporción de muertes por enfermedad renal crónica fue 1,9 % en Ucayali

Fuente: Mortalidad por enfermedad renal crónica en el Perú: tendencias nacionales 2003-2015[9]

Partiendo de las estimaciones de población para el año 2013 (INEI 2013), tomando en cuenta la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA, extrapolando los resultados del NAHNES para el Perú, se estima que existirían 9490 pacientes con ERC en estadio 5 y sólo aproximadamente 1500 pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica. Estos datos muestran grandes brechas entre la población estimada con ERC en base al estudio NHANES III, y la población que actualmente recibe tratamiento con alguna modalidad de TRR[10].

[9] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000300006
[10] Boletín epidemiológico https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf

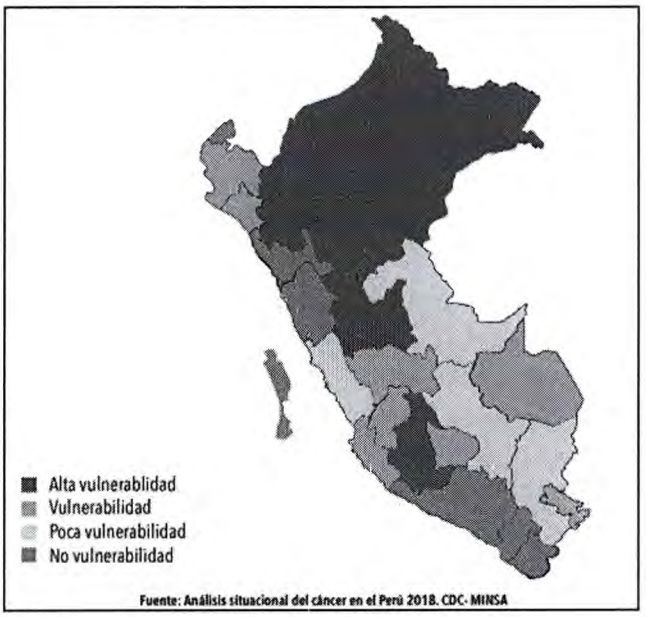
Asimismo, es importante considerar el grado de nivel de vulnerabilidad de las regiones de la **Amazonía Peruana**, donde las brechas de infraestructura y capacidad hospitalaria colapsan, esto debido a la falta de atención por parte del Estado en el sector Salud. También, se ha identificado brechas de financiamiento para la adquisición de los insumos directos y variables en los cuatro productos analizados. Esta situación tendrá efectos negativos en la salud de los adolescentes de la Amazonía Peruana y sobre todo en Loreto, lo cual dificultará el acceso o la calidad de los servicios para prevenir diversas enfermedades tales como el embarazo, la anemia, **la enfermedad crónica renal**, problemas de salud mental, etc.

Las regiones que comprenden la **Amazonía Peruana, se encuentran dispersas geográficamente** y alejadas de los servicios comunes brindados por el Estado; esta inaccesibilidad geográfica aísla a determinadas poblaciones y configura grupos especialmente vulnerables, diferenciándolos social y sanitariamente de las que tienen fácil acceso, en consecuencia, se evidencia que existe una necesidad muy amplia para cubrir la demanda de atenciones en enfermedades crónicas y complejas, siendo una de las más importantes las **enfermedad crónica renal (ERC).** La Morbilidad renal en Loreto desde el año 2015 al 2017 refleja un incremento de los períodos de enero a diciembre del 2015, siendo el incremento en población de sexo femeninos los más propensos con esta enfermedad, en este caso de morbilidad renal; teniendo en cuenta que en el períodos de enero a diciembre del 2016, la población se incrementó a 1024 de personas con morbilidad renal, ya en los periodos del año 2017 la población reflejo una disminución con un total de 2170, siendo aún las de sexo femenino las que padecen con problemas renales, debido a causas tradicionales como: la diabetes, hipertensión, sobrepeso, obesidad, enfermedades renales primarias, entre otras y las causas no tradicionales y otras causas sociales como: la deshidratación, vivir en área endémica, exposición a tóxicos ocupacionales y ambientales pobreza, baja educación, malas condiciones de vida, pobre acceso a los servicios de salud.[11]

En la Amazonía Peruana la situación de insuficiencia renal, es compleja debido a que existe una demanda insatisfecha de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, que requiere tratamiento con hemodiálisis dado que actualmente la oferta brindada por SIS y ESSALUD, no abastece en su totalidad con la atención oportuna y optima que requieren los miles de pacientes que acuden a esos establecimientos de Salud.

[11] Boletín epidemiológico https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf

Grado de Vulnerabilidad Territorial



Fuente: Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer (2020-2024) – Ministerio de Salud.

Por lo tanto, dado este escenario actual y en caras al futuro de la ERC en el Perú, debe implementarse una estrategia de salud renal en el país y sobre todo en las regiones con un nivel elevado de vulnerabilidad que permita el manejo integral de la enfermedad con estrategias preventivas, recuperativas y promocionales de la ERC, así mismo, concientizar a los profesionales de la salud, a los pacientes y a la población sobre la importancia de conocer la función renal, dadas las implicancias terapéuticas y pronósticas que conlleva una detección de la ERC en fases precoces.

III. ANALISIS COSTO BENEFICIO

a. Costo

Al tratarse de una norma declarativa no genera gastos adicionales en el Presupuesto del Sector Público, en consecuencia, la lista de requerimientos señalados no implica costos o gastos de la administración pública. En tal sentido, la propuesta legislativa se halla acorde a lo dispuesto en el literal a) del numeral 2 del art.76 del reglamento del Congreso de la República concordante con lo desarrollado en el art. 79 de la Constitución Política del Perú.

b. Beneficios

Esta Ley beneficiará a los ciudadanos de las regiones que comprenden la Amazonía Peruana quienes son los posibles pacientes, debido a que contaran con una atención y diagnostico oportuno, en consecuencia, podrán tratarse en el debido momento lo cual contribuirá a su calidad de vida y evitara las graves consecuencias de esta enfermedad.

Los pacientes reducirán gastos al eliminar la movilización hacia los centros de Salud de Lima, asimismo, la disminución muy significante de la mortalidad de pacientes que, por falta de asistencia y prestación especializada oportuna llegan a parecer.

IV. EL EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA QUE SE PROPONE SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La iniciativa legislativa actual no contradice ningún disposición constitucional o legal y está en consonancia con las políticas públicas existentes. Su objetivo principal es establecer un marco legal que asegure el acceso a servicios, tratamiento y rehabilitación para pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica. Además, se busca garantizar la implementación de políticas públicas de prevención y promoción de esta enfermedad.

V. VINCULACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y CON LAS POLÍTICAS DEL ACUERDO NACIONAL.

Esta iniciativa se encuentra en concordancia con el objetivo Equidad Y Justicia Social y políticas siguientes, en específico en el décimo tercero acaso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social que a la letra dice: "con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promover la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliara el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlara los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergente, de acuerdo con las necesidades de cada región;(e) promover hábitos de vida saludables (f) ampliara y descentralizara, los servicio de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños y adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizara y facilitara la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas d salud, en concordancia con

los planes locales y regionales correspondientes; (h) promover la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promover el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y a la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promover 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)desarrollara políticas de salud ocupacional extendido las mismas a la seguridad social; (l) incrementar progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud ; (m) desarrollara una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuadas de los recursos humanos involucradas en la acciones de salud para asegurar la calidad calidez de la atención a la población:(n) promoverá la investigación biomédica y operativa así como investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o)restablece la autonomía del seguro social".[12]

[12] Acuerdo Nacional –https//acuerdo nacional.pe/políticas-de –estado-del-acuerdo-nacional//políticas-de-estado/políticas-de-estado-castellano//equidad-y-justicia–social/13-acceso-universal-a-los-sevicios-de salud-y-a-la-seguridad-social