CONGRESO REPÚBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
26 MAYO 2022
RECIBIDO
Firma ____ Hora 10:43 am

PROYECTO DE LEY QUE DECLARA EL ESTADO DE POBREZA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS.

Los congresistas de la República que suscriben, miembros del Grupo Parlamentario Partido Nacional Perú Libre, a iniciativa del Congresista **SEGUNDO TORIBIO MONTALVO CUBAS,** ejerciendo el derecho a iniciativa legislativa que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú; y, en concordancia con los artículos 22°, inciso c), 67, 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente Proyecto de Ley:

I. FÓRMULA LEGAL

PROYECTO DE LEY QUE DECLARA EL ESTADO DE POBREZA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS

Artículo 1. Objeto de la Ley.
La presente Ley tiene como objeto declarar el estado de pobreza en la atención de la salud médica en el departamento de Amazonas, establecer las medidas y dictar las disposiciones necesarias para dar solución al problema.

Artículo 2. Finalidad de la Ley.
La presente Ley tiene la finalidad de implementar una adecuada y eficiente atención de la salud médica en el departamento de Amazonas, garantizando su calidad de vida.

Artículo 3. Definición de Pobreza en la Atención de la Salud médica.
Entiéndase por pobreza en la atención de la salud médica, aquella situación de carencia absoluta en algunos casos y precaria en otros que sufren las personas que no pueden acceder a los servicios de salud básicos y suficientes que les permitan garantizar una adecuada atención en la salud.

Artículo 4. Autorícese al Ministerio de Salud, Gobierno Regional y Gobiernos Locales del Departamento de Amazonas, a que realicen el estudio, análisis e investigación de la viabilidad y factibilidad para la ejecución de estrategias que permitan, la obtención de una mejor atención, para reducir la pobreza de atención en la salud médica.

Artículo 5. Créase la Comisión de Salud, integrado por el Ministerio de Salud, Gobierno Regional de Amazonas y Gobiernos Locales, para el estudio, análisis e investigación de la viabilidad y factibilidad para la ejecución de estrategias que

permitan a grandes escalas, la obtención de una mejor atención de la salud médica.

La Comisión de Salud estará integrada por los siguientes:

- Un representante del Ministerio de Salud, quien la presidirá.
- Un representante del Gobierno Regional de Amazonas
- Un representante del Instituto Nacional de Salud.
- Un representante por cada Municipalidad Provincial.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

PRIMERA. Normas complementarias y/o reglamentarias

El Ministerio de Salud aprobará mediante Decreto Supremo las normas complementarias y/o reglamentarias que sean necesarias para el adecuado cumplimiento de la presente Ley.

SEGUNDA. Autorización para ejecución de la reducción de pobreza en atención de la salud médica

Autorícese excepcionalmente al Ministerio de Salud y al Gobierno Regional de Amazonas, para disponer la ejecución de la reducción de la pobreza en atención de la salud medica con cargo al presupuesto del sector, orientado a potenciar la atención de la salud médica en toda la Región.

TERCERA. Vigencia de la Ley

La presente Ley entra en vigencia a partir del día siguiente de su publicación, dejándose sin efecto o en suspenso, según corresponda, las normas legales y administrativas que se opongan o limiten su aplicación.

Lima, 20 de mayo de 2022.

SEGUNDO TORIBIO MONTALVO CUBAS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

HALDEMAR JOSE CERRÓN ROJAS
Director Portavoz Titular
Grupo Parlamentario Perú Libre
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

ALEX FLORES R.

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

"Es posible que la pobreza y la desigualdad social sean los factores más importantes de todos los que determinan los estados insatisfactorios de salud. Cada día hay más pruebas de que la situación socioeconómica está íntimamente relacionada con la enfermedad. Actualmente la pobreza extrema afecta a más de 20% de la población mundial y hasta 43% de los niños del mundo en desarrollo, 230 millones de niños tienen baja estatura para su edad, mientras que 50 millones tienen peso bajo para su estatura. La mal nutrición por carencia de micronutrientes como la vitamina A, el yodo y el hierro afecta a cerca de 2 000 millones de personas. La esperanza de vida de una persona promedio en uno de los países menos desarrollados es de 43 años, en contraste con la de 78 años en los países industrializados. El conocimiento de estos datos debe tener consecuencias tanto para la práctica clínica como para la política de salud pública y merece la atención de los médicos. La pobreza absoluta, que implica la falta de recursos necesarios para la supervivencia, se asocia con salud deficiente, especialmente en los países en desarrollo. Durante los últimos dos decenios, el deterioro o el estancamiento económico ha reducido los ingresos de 1 600 millones de personas. En los países industrializados, la salud depende en gran medida de la pobreza relativa; es decir, del promedio de recursos al alcance de la sociedad".[1]

"La pobreza es un fenómeno multidimensional que puede definirse no solo en función económica, sino social. Si bien es bastante fácil medir la pobreza económica, la medición de la dimensión social que es más difícil contribuiría mucho más a entender las causas y consecuencias de la pobreza. Con ese fin se están elaborando índices de privación. La medida sociológica de la pobreza se expresa en la exclusión de los más pobres de la forma de vida mayoritaria de participación social. A pesar de que en 1978 la Declaración de Alma-Ata explicó cómo la salud humana depende de condiciones adecuadas de vida, los gobiernos y las organizaciones de desarrollo la han seguido considerando responsabilidad del sector de la salud y ajena a los esfuerzos de desarrollo. En realidad, la relación entre la pobreza y la salud se puede comprender mejor dentro del marco de la nueva noción de "salud del ecosistema", que ubica a la salud y la pobreza en el nexo del ambiente, el desarrollo y el crecimiento de la población. Los ecosistemas fundamentan la salud pública en cualquier tipo de país, no solo porque se relacionan con la producción de alimentos, sino también por el papel que desempeñan en el desarrollo económico. La sustentabilidad se asegura utilizando los recursos de forma que satisfagan las necesidades de las poblaciones sin comprometer las de las generaciones del futuro. La satisfacción de las necesidades de los pobres del mundo implica limitar el uso actual de recursos que hacen las naciones industrializadas. También hay que estabilizar el crecimiento de las poblaciones en los países menos desarrollados, ya que el

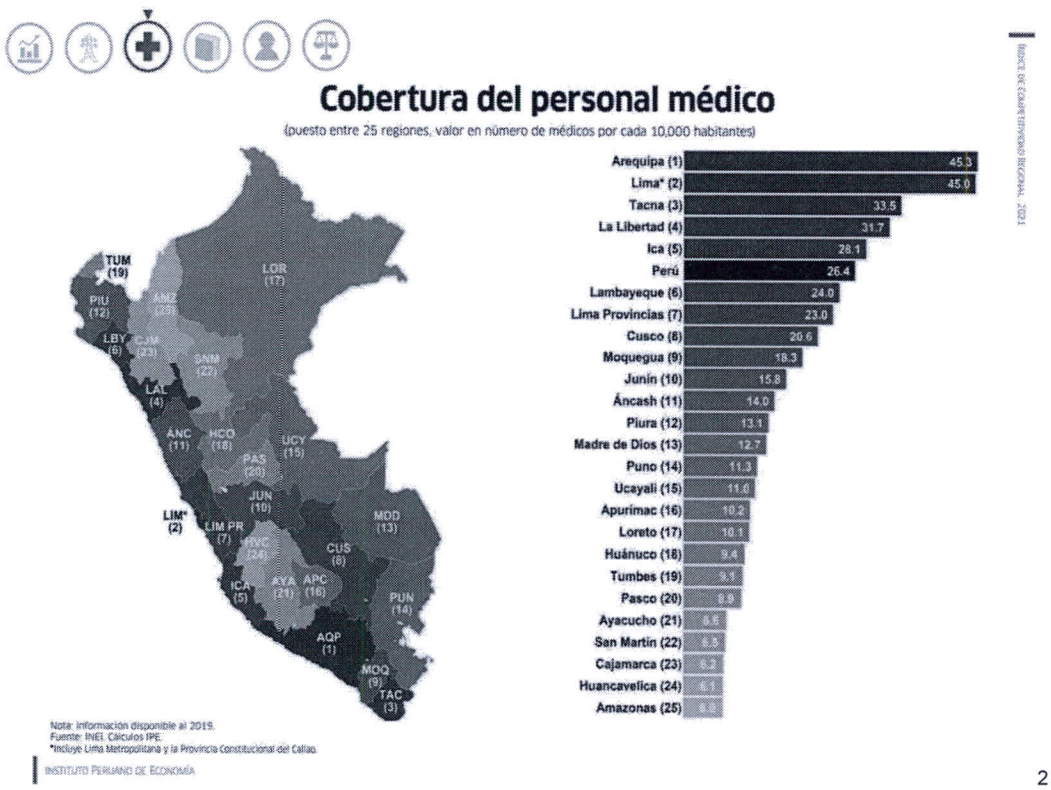
[1] https://scielosp.org/article/rpsp/1999.v5n1/36-38/es/

desarrollo de recursos no se mantiene al mismo ritmo con que crece la población, lo que hace aumentar la pobreza. Por su parte, el deterioro ambiental aumenta los costos del desarrollo y el grado de pobreza. La desforestación, por ejemplo, produce erosión del terreno, inundaciones y deslizamientos del terreno, que reducen la productividad agrícola".

"Hay numerosas formas de mejorar la salud de las poblaciones pobres. La tarea esencial es lograr que se satisfagan las necesidades básicas humanas de abrigo, aire limpio, agua potable segura y nutrición adecuada. Otros enfoques entrañan reducir las barreras que impiden la adopción de modos de vida más sanos y mejorar el acceso a servicios sociales y de salud apropiados y efectivos. Como clínicos, educadores, científicos que investigan y partidarios de cambios de política, los médicos pueden hacer aportes en todos esos campos. Ellos y otros profesionales de la salud deben comprender la pobreza y sus efectos en la salud de las poblaciones y tratar de ejercer influencia en los encargados de las decisiones políticas a nivel nacional e internacional para disminuir la carga de enfermedad que resulta de la pobreza. Los médicos tienen la responsabilidad profesional y moral de cuidar a los enfermos y evitar el sufrimiento. Puesto que se trata de una amenaza para la salud individual y colectiva, tienen también la responsabilidad social de tomar acción contra la pobreza y sus consecuencias para la salud. Ya es hora de que en la capacitación de estudiantes de medicina se insista en que conozcan los factores socioeconómicos de los pacientes, su grado de escolaridad, historia ocupacional, condiciones de vivienda y de contactos sociales, etc. para que hagan diagnósticos más completos y prescriban tratamientos más apropiados a las circunstancias individuales. En la comunidad, los médicos pueden abogar por políticas públicas que mejoren la salud de los marginados. Como investigadores, pueden dar a conocer los mecanismos que llevan de la privación a la mala salud y favorecer intervenciones eficaces para reducir la desigualdad en el acceso a servicios de salud. Pueden, igualmente, declararse a favor de que se perdone la deuda externa a los países más pobres. Además, podrían ayudar a hacer desaparecer las barreras que obstaculizan los estados de vida sanos pronunciándose contra el uso de tabaco y otras sustancias nocivas y la publicidad correspondiente. En cuanto al ambiente, los médicos deben apoyar legislación para mantener la calidad del aire, el agua y los alimentos. Los colegios y otros grupos de profesionales tendrían mucha influencia en actividades que se orienten a reducir las desigualdades de salud debidas a la pobreza".

Figura 1: Cobertura del Personal Médico

(Puesto entre 25 regiones,valor en números de médicos por cada 10,000 haitantes)



2

Referencia: https://incoreperu.pe/portal/index.php/ranking-regional

Conforme a la estadística recabada del Índice de Competitividad Regional (INCORE), la Región Amazonas se ubica en el último lugar en cobertura del personal médico, vale decir que el número de médicos por cada 10,000 habitantes es de seis (6).

Esta situación es preocupante y existe la necesidad de revertirla para mejorar la cobertura, y calidad de vida, para de esta manera mejorar la atención de la salud médica en la región de Amazonas.

Perú cuenta con una media de 12.8 médicos por cada 10,0000 habitantes, posicionándose Amazonas por debajo de Arequipa con una diferencia marcada de 7.6 veces menos de médicos para la atención de la salud médica y realizando un comparativo internacional, Amazonas se ubica por debajo de Europa con una diferencia marcada de 5.7 veces menos de médicos para la atención de la salud médica y superando únicamente al continente africano.

[2] https://incoreperu.pe/portal/index.php/ranking-regional

Figura 2 y 3: Número de Médicos por cada 10,000 habitantes comparativos a nivel nacional

Índice de pobreza en la atención médica

número de médicos por cada 10,0000 habitantes

Item	Departamentos	N° de médicos por cada 10,0000 habitantes
1	Amazonas	6
2	Huancavelica	6.1
3	Cajamarca	6.2
4	San Martin	6.5
5	Ayacucho	6.6

Índice en la atención médica

número de médicos por cada 10,0000 habitantes

Item	Departamentos	N° de médicos por cada 10,0000 habitantes
1	Arequipa	45.3
2	Lima	45
3	Tacna	33.5
4	La Libertad	31.7
5	Ica	28.1

Fuente: Elaboración propia.
Referencia: [1] https://incoreperu.pe/portal/index.php/ranking-regional

Figura 4: NÚMERO DE MÉDICOS POR CADA 10,0000 HABITANTES COMPARATIVOS A NIVEL INTERNACIONAL

Índice en la atención médica

número de médicos a nivel mundial por cada 10,0000 habitantes

Item	Departamentos	N° de médicos por cada 10,0000 habitantes
1	África	2
2	Haití	2
3	Honduras	3
4	Guatemala	4
5	Guyana	8
6	Nicaragua	10
7	México	25
8	Colombia	21
9	Brasil	20
10	Latinoamérica	22
11	Europa	34

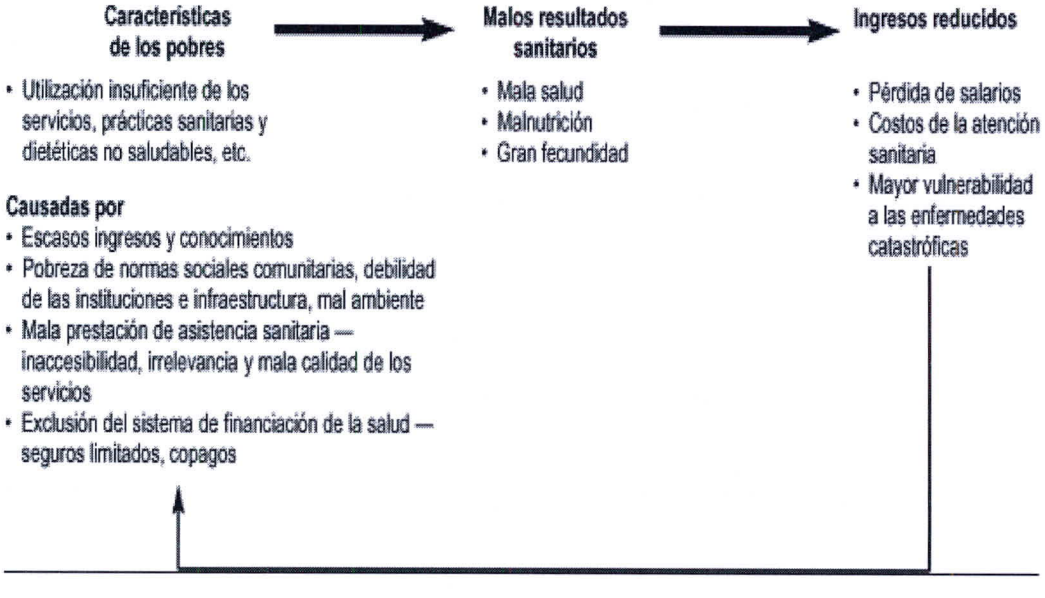
Fuente: Elaboración propia.
Referencia: [2] https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-critica-situacion-de-medicos-en-latinoamerica-se-agudiza-con-pandemia/20000013-4222337#

POBREZA Y DESIGUALDADES EN EL SECTOR DE LA SALUD[3]

"La pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza".

Figura 5: CICLO DE LA SALUD Y LA POBREZA

FIGURA 1. Ciclo de la salud y la pobreza



Referencia: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n56/316326/#:~:text=salud%20est%C3%A1n%20interrelacionadas.-,Los%20pa%C3%ADses%20pobres%20tienden%20a%20presentar%20peores%20resultados%20sanitarios%20que,una%20relaci%C3%B3n%20de%20causalidad%20bidireccional

[3] https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/#:~:text=salud%20est%C3%A1n%20interrelacionadas.-,Los%20pa%C3%ADses%20pobres%20tienden%20a%20presentar%20peores%20resultados%20sanitarios%20que,una%20relaci%C3%B3n%20de%20causalidad%20bidireccional

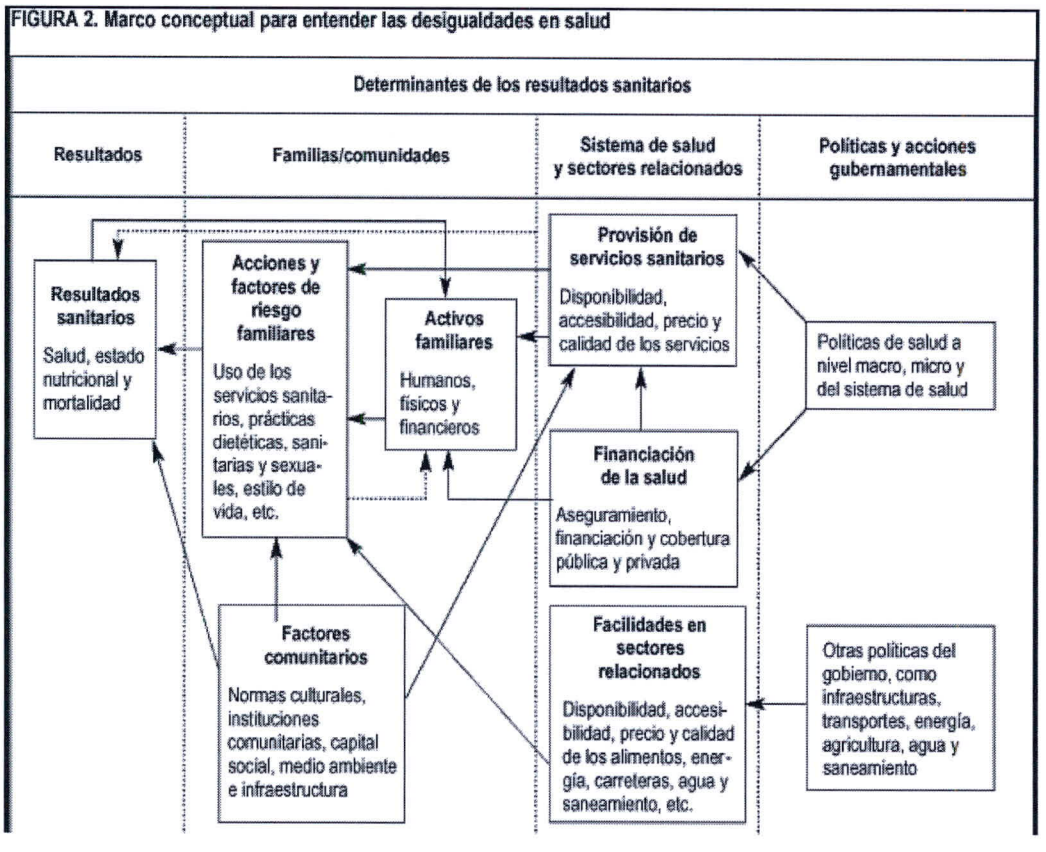
"Varias de las principales organizaciones internacionales y donantes bilaterales tienen ahora como objetivo primario mejorar los resultados de salud de los pobres del mundo). Esto refleja una tendencia creciente de esas organizaciones a definir sus objetivos en términos de reducción de la pobreza y la interpretación cada vez más amplia que se está haciendo del término "pobreza". Sin embargo, también refleja un consenso creciente de que las desigualdades entre los ricos y los pobres con respecto a los resultados sanitarios son injustas, no porque los pobres sean de algún modo más merecedores que los que tienen más dinero, sino porque estas desigualdades corresponden obviamente a las limitaciones y oportunidades muy diferentes que tienen unos y otros, y no a una tendencia de los dos grupos a hacer elecciones diferentes. Los efectos perjudiciales de la mala salud sobre el nivel de vida familiar también están siendo considerados cada vez más como una cuestión de justicia social, posiblemente como reflejo del punto de vista de que las pérdidas de ingresos y los pagos de la atención sanitaria asociados a la mala salud son simplemente la consecuencia, involuntaria, de "choques" sanitarios no deseados. Esto distingue a los gastos sanitarios de la mayor parte de las demás partidas de los presupuestos familiares y conduce naturalmente a la idea de que la carga financiera de dichos choques debería ser soportada por la comunidad en su conjunto, en vez de permitir que tenga una repercusión negativa sobre la desigualdad de ingresos y la pobreza. En varios países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y otros, parece haber una aceptación de la idea de que tanto los pagos de bolsillo como los pagos destinados a los planes de protección deberían estar relacionados con los ingresos familiares, idea que ha sido defendida recientemente por la Organización Mundial de la Salud".

"Este trabajo proporciona una perspectiva general de las investigaciones relacionadas con las desigualdades en el campo de la salud que colocan a los pobres en desventaja y con los cambios en el empobrecimiento y la desigualdad de ingresos generados por el pago de la atención sanitaria. No se tratará el tema más amplio del empobrecimiento asociado a la pérdida de ingresos por mala salud, porque la creación de planes de protección frente a tales pérdidas va más allá del campo de la política sanitaria tal como se entiende hoy día. No obstante, cabe señalar que los ingresos perdidos probablemente sean una causa de empobrecimiento más importante que los pagos de bolsillo por los servicios de salud. Se analizan los datos relacionados con las desigualdades sanitarias y el empobrecimiento, así como los factores que rigen los resultados y la eficacia de las políticas en estos campos".

CAUSAS DE LAS DESIGUALDADES SANITARIAS: DETERMINANTES INMEDIATOS[4]

"La **figura 6** que esboza una forma de conceptualizar las diferentes vías mediante las cuales se determinan los resultados de salud y proporciona un marco para entender las desigualdades sanitarias entre los pobres y los pudientes".

Figura 6: MARCO CONCEPTUAL PARA ENTENDER LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD



Referencia: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/#:~:text=salud%20est%C3%A1n%20interrelacionadas.-,Los%20pa%C3%ADses%20pobres%20tienden%20a%20presentar%20peores%20resultados%20sanitarios%20que,una%20relaci%C3%B3n%20de%20causalidad%20bidireccional

[4] https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/#:~:text=salud%20est%C3%A1n%20interrelacionadas.-,Los%20pa%C3%ADses%20pobres%20tienden%20a%20presentar%20peores%20resultados%20sanitarios%20que,una%20relaci%C3%B3n%20de%20causalidad%20bidireccional

"¿Cómo varían los determinantes inmediatos entre los grupos socioeconómicos?

Los diferentes factores domésticos y comunitarios con influencia directa sobre los resultados sanitarios son llamados determinantes inmediatos de la salud en algunos círculos, y en otros, entradas sanitarias en la producción de salud. Se sabe bastante sobre cuáles son y su etiología. Varían mucho de un hogar a otro y tienden a ser peores en los hogares pobres que en los pudientes. Esto explica parcialmente por qué existen desigualdades socioeconómicas con respecto a la salud y por qué son desfavorables a los pobres. Sin embargo, las desigualdades en los determinantes inmediatos de la salud varían según los determinantes y, al igual que las mismas desigualdades sanitarias, también según los países".

"Esto es especialmente llamativo en el caso de la utilización de los servicios de salud. En los países de la OCDE los pobres tienden a utilizar los servicios de salud más que quienes tienen más dinero, y esto plantea la cuestión de si, en vista de sus mayores necesidades médicas, es suficiente la mayor utilización. En el mundo en desarrollo el cuadro es muy diferente. Típicamente los niños pobres de los países pobres tienen una probabilidad de estar vacunados muy inferior a la de los niños pudientes. Esto es así incluso en los países con programas nacionales de vacunación que proporcionan los servicios de forma gratuita en el punto de uso. La utilización de la rehidratación oral es menor entre los niños pobres que entre los de más dinero, aunque la incidencia de diarrea sea mayor en los primeros. En aquellos países en los que el uso de la rehidratación oral es mayor entre los pobres, esta desigualdad es mucho menor que la desigualdad con respecto a la incidencia de diarrea".

"La incapacidad de los servicios de salud de los países en desarrollo para llegar a los pobres, a pesar de su mayor carga de enfermedad, no es únicamente una cuestión de que quienes tienen más dinero usen sus mayores ingresos para comprar atención en el sector privado. Los pobres también reciben menos de los subsidios gubernamentales al sector de la salud. El sesgo a favor de los ricos es especialmente marcado en el sector hospitalario, que se beneficia de la mayor parte del gasto del gobierno. Sin embargo, algunos países en desarrollo, como Costa Rica y Malasia, parecen ser capaces de conseguir distribuciones del gasto público en asistencia sanitaria más favorables a los pobres. En la India, el Estado de Kerala consigue asegurar una distribución de los subsidios sanitarios más o menos homogénea entre los grupos de ingresos".

"Parece haber menos datos cuantitativos sobre el grado de desigualdad con respecto a otros determinantes inmediatos de la salud. La prevalencia de la lactancia materna suele ser mayor entre los grupos socioeconómicos más bajos, pero no parece ocurrir lo mismo con otros determinantes inmediatos de la salud infantil. El consumo de alcohol es mayor entre los grupos socioeconómicos más bajos de varios países de Europa oriental, Finlandia y Francia. El consumo de

tabaco y las malas dietas tienden a concentrarse en los grupos socioeconómicos más bajos en los Estados Unidos de América y el norte de Europa, pero no en el sur de Europa y Francia. Entre los negros sudafricanos hay una asociación positiva entre el consumo de tabaco y el estatus socioeconómico, mientras que entre los blancos ocurre lo contrario".

"Contribución de los determinantes inmediatos a las desigualdades

El simple hecho de saber que la distribución de este o aquel determinante inmediato desfavorece a los pobres no nos dice cuán importante es esa desigualdad para explicar las desigualdades sanitarias. La contribución de un determinante inmediato concreto a la desigualdad sanitaria depende en parte de su distribución entre los grupos socioeconómicos y en parte de su repercusión en la salud. El estudio Whitehall de los funcionarios públicos británicos evaluó la contribución relativa de varios determinantes inmediatos de la salud a las desigualdades sanitarias. North et al. intentaron explicar la fuerte relación inversa entre la categoría del empleo y el absentismo laboral por motivos de salud. Se identificaron varios factores de riesgo, como los comportamientos relacionados con la salud, las características del trabajo, los bajos niveles de satisfacción con el trabajo y las circunstancias sociales adversas extra laborales. Los métodos de estandarización revelaron que las desigualdades con respecto a estos factores de riesgo solo explicaban aproximadamente un tercio de las diferencias de absentismo entre categorías laborales".

"POBREZA Y PAGO POR LA ATENCIÓN SANITARIA

Además de su preocupación por mejorar la salud de los pobres, la colectividad que trabaja en el campo del desarrollo internacional también está preocupada por la repercusión de los costos de la atención sanitaria y de los ingresos perdidos en la capacidad de las familias para comprar otras cosas que no sean atención sanitaria. En otras palabras, además del deseo de asegurar que mejore la salud, especialmente entre los pobres, también hay un deseo de asegurar que la consecución de este objetivo no se haga a costa de una reducción excesiva del nivel de vida de las familias implicadas".

"Hay varias formas posibles de entender estas cuestiones. Una es que la distribución de los costos de la atención sanitaria no se debe hacer de forma que aumente la desigualdad de los ingresos. Los pagos regresivos, esto es, los que absorben una parte mayor de los ingresos de las familias pobres que de las familias ricas, violan este requisito. Los pagos de bolsillo son regresivos en la mayoría de los países de la OCDE y en algunos países en desarrollo, como las regiones rurales de Bangladesh, Burkina Faso, China, Paraguay, Sierra Leona y Tailandia. Sin embargo, en varios países en desarrollo son proporcionales a los ingresos, como ocurre en Vietnam, o progresivos, como en Guatemala, India, México, Nepal y Sudáfrica. En el primer grupo de países los pobres parecen utilizar los servicios, pero pagan por ellos una cuota mayor de sus ingresos,

mientras que en el último grupo son principalmente los pudientes quienes usan y pagan los servicios de salud. La preocupación por la regresividad de los pagos de bolsillo no toma en consideración la posibilidad de que esta pueda ser compensada, al menos en parte, por la progresividad de los prepagos, esto es, los impuestos, las contribuciones a la seguridad social y las primas de los seguros privados. En muchos países de la OCDE, la progresividad de estos pagos indirectos es, de hecho, más que suficiente para compensar la regresividad de los pagos directos".

"Una segunda interpretación de la cuestión de los pagos por la atención sanitaria es que las familias no deberían gastar en ella más que un porcentaje determinado de sus ingresos y que los pagos superiores a este umbral se clasificaran como catastróficos. En varios países, más del 1% de las familias habían gastado recientemente en atención sanitaria la mitad o más de sus desembolsos no alimentarios. Otro estudio reciente exploró las tendencias de los gastos sanitarios catastróficos en Vietnam, comprobándose que, independientemente del umbral fijado y de si los gastos se calcularon como cuota de los gastos totales o de los gastos no alimentarios, la proporción de la población que hizo pagos catastróficos disminuyó entre 1993 y 1998".

"Una tercera interpretación es que los costos de la atención sanitaria no deberían llevar a las familias a la pobreza ni aumentarla. El impacto sobre la pobreza puede medirse por el cambio en el recuento de pobres (esto es, la proporción de la población en estado de pobreza) o por el cambio en la brecha de pobreza (esto es, la diferencia media con respecto a la línea de pobreza) inducido por los pagos de la atención sanitaria. Con la brecha de pobreza es posible distinguir entre las personas ya pobres que se hacen todavía más pobres y los que se hacen pobres no siéndolo antes. Los cálculos realizados con estos métodos han indicado que los gastos de bolsillo en atención hospitalaria podrían haber aumentado el recuento de pobres en un 2% en la India y que, para una línea de pobreza basada en los alimentos, los gastos globales en atención sanitaria en Vietnam podrían haber aumentado el recuento de pobres en cerca de un 4,4% en 1993 y de un 3,4% en 1998. En Vietnam, el impacto sobre la brecha de pobreza fue bastante menor que en el recuento de pobres (1,4% en 1993 y 0,8% en 1998) y tres cuartas partes de la misma fueron atribuibles a los ya pobres que se hicieron más pobres. En Vietnam, la mayor parte del impacto de los gastos de bolsillo sobre la pobreza fueron atribuibles a los gastos no hospitalarios".

"DESIGUALDADES EN EL SECTOR DE LA SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Estudios generales de los efectos de las políticas

En un estudio comparativo de nueve países de la OCDE, la desigualdad con respecto a la autoevaluación de la salud no se asoció significativamente a los gastos totales en atención sanitaria per cápita, al porcentaje de la contribución pública ni al producto interior bruto per cápita, pero sí, de forma significativa y positiva, a la desigualdad de ingresos (36). Sin embargo, en otra investigación en la que se utilizaron datos agregados de países en desarrollo y un método descompositivo, se observó que el gasto público en salud tenía mayor impacto sobre la mortalidad infantil entre los pobres que entre los no pobres, sirviendo, por lo tanto, para reducir la desigualdad con respecto a la salud (108). En otro estudio comparativo se verificó que las diferencias entre los países de la OCDE con respecto a la magnitud de la desigualdad e inequidad en la utilización de la atención sanitaria refleja, en parte, diferencias entre los pobres y los pudientes con respecto a los honorarios pagados por el usuario, pero no en el alcance de la cobertura del seguro (63). Este estudio también obtuvo pruebas de que la distribución de la utilización entre grupos de ingreso reflejaba algunas características del sistema de prestación, como la forma de pago de los proveedores, pero no otras, como la existencia de un sistema de derivación por un médico general. En otro estudio de países de la OCDE se informó que la progresividad de los pagos combinados, directos e indirectos, por atención sanitaria reflejan fielmente la mezcla financiera del sistema. En los sistemas financiados por impuestos, en términos generales los pagos tendieron a ser proporcionales a los ingresos; en los sistemas de seguridad social, en el peor de los casos tendieron a ser ligeramente regresivos, pero a veces eran proporcionales o incluso ligeramente progresivos, y en los sistemas con financiación predominantemente privada tendieron a ser regresivos (98)".

"EFECTOS DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Yip y Berman (109) examinaron las desigualdades en la cobertura del seguro entre niños pobres y pudientes con el Programa de Seguro de Salud Escolar (SHIP: *School Health Insurance Programme*) de Egipto. Además, exploraron las diferencias exógenas con respecto a la cobertura del seguro de salud, con el fin de evaluar el impacto del programa en la distribución tanto de la utilización de los servicios de salud como de los pagos de bolsillo. Aunque el SHIP estaba destinado a cubrir a todos los niños que estuvieran estudiando, esto es, los de 6 a 18 años, en el momento en el que se realizó la encuesta algunos niños escolarizados todavía no estaban cubiertos. Estos niños constituían un grupo de control, pero los autores usaron el análisis de regresión para controlar otras diferencias entre los niños cubiertos y los no cubiertos. La cobertura del SHIP aumentó con los ingresos, sobre todo debido a que los niños más pobres tenían

menos probabilidades de estar escolarizados, pero también porque los niños escolarizados que todavía no tenían cobertura tenían mayores probabilidades de ser pobres. La cobertura por el SHIP aumentó la probabilidad de que se consultara a un profesional sanitario formal en todos los grupos de ingresos, pero el impacto fue especialmente grande entre los niños del quintil más pobre. La cobertura por el programa originó menores pagos de bolsillo en todos los grupos de ingreso, pero el impacto fue mucho menor en los quintiles más pobre y más rico que en el medio de la distribución de ingresos".

"Victora et al. han presentado datos sobre el programa de salud materno infantil de Ceará, Brasil, destinado específicamente a reducir las desigualdades sanitarias. Tras la introducción del programa se observaron considerables mejorías de los niveles medios de utilización de los servicios y de los resultados. Sin embargo, aunque hubo una disminución de las desigualdades con respecto a la cobertura de vacunación, al peso y al uso de la rehidratación oral, también hubo un aumento de la desigualdad entre los niños pobres y los más acomodados con respecto a las tres variables estudiadas. Los autores también examinaron el impacto conjunto de varios programas puestos en funcionamiento en la ciudad de Pelotas, Brasil, entre ellos un gran aumento del número de servicios de salud gubernamentales de primera línea, la creación de tres unidades de cuidados neonatales y un aumento general del gasto del gobierno en servicios preventivos y curativos. A lo largo del período estudiado, aumentaron las proporciones de embarazadas que recibieron atención prenatal y de niños que recibieron tres dosis de la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (DPT) en el primer año de vida, mientras que las desigualdades en la utilización de estos servicios disminuyeron. Además, las disminuciones de las tasas medias de mortalidad infantil y de malnutrición se acompañaron de reducciones de las desigualdades con respecto a estas variables".

"En este campo son relativamente raras las comparaciones antes-después con grupos de control, una forma más eficaz de establecer el impacto de los programas que los simples estudios antes-después. Un estudio de este tipo fue el de Bhuiya et al. (110), que analizó el impacto de un programa de salud maternoinfantil, llevado a cabo por el Centro Internacional de Enfermedades Diarreicas de Bangladesh, sobre las diferencias de mortalidad de los niños de 1 a 5 años. En algunas áreas no cubiertas por el programa, esto es, en el grupo de control, solo se proporcionaron servicios de salud gubernamentales, y en otras había una organización no gubernamental (conocida como BRAC: *Bangladesh Rural Advancement Committee*) que tenía en funcionamiento un programa de desarrollo socioeconómico que se sumaba a los servicios de salud prestados por el gobierno. El programa del BRAC estaba destinado a la reducción de la pobreza y al desarrollo de la mujer, y la mayoría de sus actividades, entre las que se incluía la atención sanitaria básica, iban dirigidas a las mujeres pobres. Durante el período de estudio, ambas áreas mostraron una reducción de las tasas de mortalidad postinfantil ligeramente

superior al 40%, reducción que fue un poco mayor en el área de control. No obstante, la distribución de las reducciones entre los grupos de ingresos fue muy diferente. En el área de control la mayor reducción porcentual correspondió al grupo más rico, mientras que en el área donde estaba funcionando el programa de salud maternoinfantil las mayores reducciones ocurrieron en el grupo más pobre".

"Diop et al. realizaron una comparación "antes- después" de dos distritos de Níger en los que se introdujeron reformas de la financiación a principios de la década de los 90 (111). Antes del comienzo del estudio se mejoró la disponibilidad de medicamentos, se preparó al personal sanitario y se fortaleció la capacidad de gestión y supervisión. En el distrito de Say se introdujeron honorarios a pagar por los usuarios, con exenciones para algunas categorías, y los ingresos procedentes de esos honorarios se usaron para financiar productos farmacéuticos y crear un fondo de solidaridad. En el distrito de Boboye se establecieron menores honorarios, pero se creó un impuesto local destinado al fondo sanitario distrital. En el distrito de Illéla, que sirvió como control, no se efectuaron cambios. La utilización de los servicios de salud públicos disminuyó a lo largo del período de estudio en el cuartil más pobre de la población, tanto en Illéla como en Say. La disminución fue mayor en Say, donde se cobraron honorarios, y en este distrito la disminución de la utilización fue proporcionalmente mayor en el cuartil más pobre de la población que en la totalidad de la misma. No obstante, los cambios en la utilización de servicios por el cuartil más pobre no fueron estadísticamente significativos en ninguno de los dos distritos. Por el contrario, con el sistema de "honorario e impuesto" de Boboye, la utilización se duplicó en el cuartil más pobre de la población. Este cambio, estadísticamente significativo, fue mucho mayor que el de la totalidad de la población del distrito".

"ESTADO DE LA POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PAÍS

3.1.2. Marco Normativo Nacional La promoción de la salud es un elemento que cobra fuerza en la estructura ministerial durante el gobierno de transición, siendo entonces Ministro de Salud el Dr. Eduardo Pretell. Es así como en Junio de 2001 se crea la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, como parte de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 343 -2001-SA, Dirección que, durante el mandato del Ministro de Salud del actual gobierno, Dr. Luis Solari, es convertida a una dirección de línea, a través de la nueva Ley de Ministerio de Salud N° 27657, aprobada por el Congreso de la República el 17 de enero de 2002, que crea la Dirección General de Promoción de la Salud (Cap. X, Art. 27). La referida ley reconoce que la Dirección General de Promoción de la Salud es el órgano técnico normativo en los aspectos de promoción de la salud de la población,

encargada de concertar la participación de los agentes y actores técnicos y sociales para lograr el mantenimiento de la salud de la población y las condiciones estratégicas para conseguirlo y de conducir el proceso de promoción de la salud en el Sector. Además, coordina el marco técnico-normativo con los institutos especializados, los organismos públicos descentralizados de salud, los órganos desconcentrados y la comunidad científica nacional e internacional. La Ley de Salud N° 27657 se reglamenta con el Decreto Supremo 013-2002-SA del 19 de noviembre de 2002, estableciéndose que la Dirección General de Promoción de la Salud está constituida por la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria en Salud, la Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud y la Dirección Ejecutiva de Vida Sana. En los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-201226 se considera como primer lineamiento el concerniente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; considerando la importancia de promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una Cultura de la Salud, constituyéndose en una prioridad para el sector por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de vida. Los Acuerdos de Gestión, firmados el año pasado, entre el nivel central del Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud, señalan como la primera meta el fortalecimiento de la promoción de la salud. Está orientado principalmente a la organización de las Direcciones de Promoción de la Salud a nivel regional. En el año 2001, se elaboró un documento de Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud, que durante los primeros meses del año 2002 pasó por un proceso de concertación y validación, tanto al interior del Ministerio de Salud, como con otros sectores, colegios profesionales, agencias de cooperación y organizaciones de la sociedad civil. A la fecha estos lineamientos se encuentran en proceso de aprobación por el Despacho Ministerial".

"En el mencionado documento, se postulan seis lineamientos ejes de las Políticas de Promoción de la Salud con sus respectivos objetivos, los mismos que se detallan a continuación":

"Lineamiento 1: Contribuir al desarrollo humano integral, fomentando una cultura de la vida y de la salud, donde las personas, familias y comunidades tomen decisiones responsables, respetando la dignidad de las personas y tendientes al desarrollo sostenible".

"Objetivo:

- Promover la salud como un elemento necesario e imprescindible del desarrollo humano integral tanto para las personas, familias y comunidades.
- Desarrollar habilidades, conductas y actitudes hacia el autocuidado, estilos y modos de vida saludables".

"Lineamiento 2: Crear las condiciones para que las personas, familias y comunidades adquieran una mayor participación en las decisiones y acciones que condicionan su salud, a través de una formación integral tendiente a crear una cultura de salud".

"Objetivo:

- Fomentar en la población comportamientos, hábitos, habilidades sociales y estilos de vida saludables que contribuyan con la calidad de vida de la población según la etapa del ciclo de vida".

"Lineamiento 3: Fomentar y fortalecer la participación ciudadana en los aspectos relacionados a mejorar la salud de las personas y las comunidades".

"Objetivo:

- "Propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad para mejorar las condiciones de salud de su entorno".
- "Lograr procesos de participación ciudadana basados en el empoderamiento de la población y con participación activa de los agentes comunitarios en salud".

"Lineamiento 4: Fomentar que las escuelas se constituyan en centros formadores de una cultura de salud en la niñez y en la población en general".

"Objetivo:

- "Contar con modelos de escuelas promotoras de la salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas".

"Lineamiento 5: Reorientar la atención en los servicios y del personal de salud con criterios de promoción de la salud".

"Objetivo:

- "Promover entre el personal de los servicios una atención con enfoque de promoción de la salud. - Revalorar el rol fundamental que desempeña el personal de salud en la defensa y facilitación de la promoción de la salud, fortalecer el trabajo del personal de salud a través de la capacitación continua en promoción de la salud, revalorando las experiencias extramurales de salud locales. - Contemplar criterios de adecuación cultural, de acuerdo a cada ámbito local, en la prestación de los servicios de salud. Así como fortalecer el trabajo de los promotores de salud/agentes comunitarios de salud, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales".

"Lineamiento 6: Generar y difundir evidencias de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud a nivel local y regional".

"Objetivo:

- "Generar resultados basados en evidencias que muestren el impacto de las intervenciones en promoción de la salud. - Generar y recopilar evidencias y resultados de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud. - Difundir los resultados de las intervenciones en promoción de la salud. En general, se puede observar la existencia de un marco normativo propicio y alentador, tanto a nivel internacional como nacional, en el cual se sustentan las políticas de promoción de la salud en el país. El tema tiene un buen posicionamiento entre las máximas autoridades del Sector Salud, entre las instituciones de la sociedad civil y cuenta con el respaldo de organismos internacionales. Al respecto el doctor Mauricio Bustamante García29 señala que, "en lo que se refiere a voluntad política, yo he sentido que el introducir la promoción de la salud es una prioridad para el país, expresada en el compromiso de su Ministro de Salud30 , uno de los gestores para concretar la resolución a nivel andino".31 En este contexto, llama la atención que, a pesar de que los Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud pasaron por un proceso participativo de consulta en el año 2002, a la fecha no hayan sido aprobados por el Despacho Ministerial".[5]

"POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030"
"Perú, País Saludable"

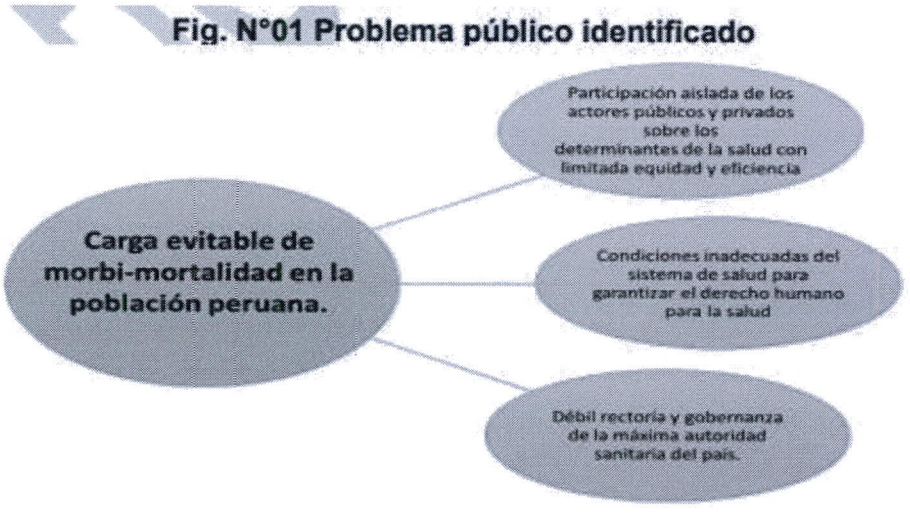
1.4. DIAGNÓSTICO"

1.4.1. "ENUNCIADO DEL PROBLEMA PÚBLICO En el presente documento nuestro enunciado de la PNMS: "Carga evitable de la morbi-mortalidad en la población peruana".

[5] http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf

1.4.2. "MODELO DEL PROBLEMA PÚBLICO"

Figura 7: PROBLEMA PÚBLICO IDENTIFICADO



Fuente: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/374690/version-preliminar-de-la-politica-nacional-multisectorial-de-salud.pdf

1.4.3. CONCEPTOS CLAVES

"ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD: Es el conjunto de intervenciones sanitarias en los niveles personal, familiar y comunitario, enfocadas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, así como la provisión de cuidados paliativos, provistas de manera integral y continua por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en términos de calidad, equidad y oportunidad; de acuerdo a su nivel resolutivo y la capacidad de oferta de los servicios de salud que brindan".

"ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad".[6]

[6] https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/374690/version-preliminar-de-la-politica-nacional-multisectorial-de-salud.pdf

MARCO LEGAL CONSTITUCIONAL

CAPITULO II

DE LOS DERECHOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

Artículo 07.- Derecho a la salud. Protección al discapacitado

Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir con su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por si 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.

[...]

Artículo 11.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.

[...]

Artículo 104.- Delegación de facultades al Poder Ejecutivo El Congreso puede delegar en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar, mediante decretos legislativos, sobre la materia específica y por el plazo determinado establecidos en la ley autoritativa.

No pueden delegarse las materias que son indelegables a la Comisión Permanente.

Los decretos legislativos están sometidos, en cuanto a su promulgación, publicación, vigencia y efectos, a las mismas normas que rigen para la ley.

El presidente de la República da cuenta al Congreso o a la Comisión Permanente de cada decreto legislativo.

[...]

Artículo 105.- Proyectos de Ley Ningún proyecto de ley puede sancionarse sin haber sido previamente aprobado por la respectiva Comisión dictaminadora, salvo excepción señalada en el Reglamento del Congreso. Tienen preferencia del Congreso los proyectos enviados por el Poder Ejecutivo con carácter de urgencia.

[...]

MARCO DE LA LEY N° 27037 LEY DE PROMOCIÓN DE LA INVERSIÓN EN LA AMAZONÍA

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto promover el desarrollo sostenible e integral de la Amazonía, estableciendo las condiciones para la inversión pública y la promoción de la inversión privada.

[...]

Artículo 3°.- Definiciones

3.1 Para efecto de la presente ley, la Amazonía comprende

a. Los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, Amazonas y San Martín.
b. Distritos de Sivia y Ayahuanco de la provincia de Huanta y Ayna, San Miguel y Santa Rosa de la provincia de La Mar del departamento de Ayacucho.
c. Provincias de Jaén y San Ignacio del Departamento de Cajamarca.
d. Distritos de Yanatile de la provincia de Calca, la provincia de La Convención, Kosñipata de la provincia de Paucartambo, Camanti y Marcapata de la provincia de Quispicanchis, del Departamento del Cusco.
e. Provincias de Leoncio Prado, Puerto Inca, Marañón y Pachitea, así como los distritos de Monzón de la provincia de Huamalíes, Churubamba, Santa María del Valle, Chinchao, Huánuco y Amarilis de la provincia de Huánuco, Conchamarca, Tomayquichua y Ambo de la Provincia de Ambo del Departamento de Huánuco.
f. Provincias de Chanchamayo y Satipo del Departamento de Junín.
g. Provincia de Oxapampa del departamento de Pasco.
h. Distritos Coaza, Ayapata, Ituata, Ollachea y de San Gabán de la provincia de Carabaya y San Juan del Oro, Limbani, Yanahuaya, Phara de la provincia de Sandia, del Departamento de Puno.
i. Distritos de Huachocolpa y Tintay Puncu de la provincia de Tayacaja del departamento de Huancavelica.
j. Distrito de Ongón de la Provincia de Pataz del departamento de La Libertad.
k. Distrito de Carmen de la Frontera de la Provincia de Huancabamba del Departamento de Piura.

Artículo 7°. - Acciones del Sector Público

7.1 Los sectores de Agricultura, Energía, Educación, Pesquería, **Salud**, Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción y el de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, destinarán gastos de capital en la Amazonía no menos del diez por ciento (10%) de su asignación presupuestal para gastos de capital, en cada ejercicio.

[...]

LEY Nª 27657 LEY DEL MINISTERIO DE SALUD

CAPITULO I DEL MINISTERIO DE SALUD

Artículo 2º.- De la naturaleza del Ministerio de Salud El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

[...]

CAPITULO II DE LAS COMPETENCIAS DE RECTORIA SECTORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD INICIO

Artículo 3º.- De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio Las competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud, son las siguientes:

a) El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes.

b) El desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones.

c) El análisis, formación y evaluación de las políticas públicas de salud.

d) La articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud.

e) La coordinación con organismos multilaterales y bilaterales de la cooperación técnica y financiera, los que desarrollarán su labor teniendo en consideración la política sectorial.

f) La inserción sectorial en las instituciones de coordinación sanitaria de ámbito regional y subregional.

g) El desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, a través de la reglamentación de leyes y de la iniciativa legislativa.

h) El análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud.

i) La evaluación de mecanismos nacionales de monitoreo y evaluación de procesos, productos e impacto de las intervenciones sectoriales.

j) La evaluación y control de tecnologías sanitarias.

k) La formulación e implementación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y diseminación de información científico-técnica.

l) La definición de criterios de asignación de recursos que deben adjudicarse a organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud.

m) La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados.

n) La definición de contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado.

o) La cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud.

p) La definición de mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión para compensar imperfecciones e inequidades generadas por procesos descentralizadores.

q) El establecimiento de mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para asignar servicios y recursos.

r) La promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población.

s) La promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud.

t) La definición de la política financiera de captación, administración y asignación de recursos para la salud, acorde con los objetivos, prioridades e intervenciones priorizadas.

u) El aseguramiento financiero para la atención de la salud individual y colectiva.

v) La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicio de salud a través de sus establecimientos de salud.

[...]

MARCO DE LA LEY 30776 LEY QUE DELEGA EN EL PODER EJECUTIVO LA FACULTAD DE LEGISLAR EN MATERIA DE RECONSTRUCCIÓN Y CIERRE DE BRECHAS EN INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS

Artículo 1. Delegación de facultades

Deléguese en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar por el plazo de sesenta (60) días calendario en materia de reconstrucción y cierre de brechas en infraestructura y servicios, en los términos a que hace referencia el artículo 104 de la Constitución Política del Perú y el artículo 90 del Reglamento del Congreso de la República.

Artículo 2. Materia de la delegación de facultades legislativas

2.1. En el marco de la delegación de facultades a la que se refiere el artículo 1 de la presente ley, el Poder Ejecutivo está facultado para legislar en materia de reconstrucción, a fin de modificar la Ley 30556, Ley que aprueba disposiciones de carácter extraordinario para las intervenciones del Gobierno Nacional frente a desastres y que dispone la creación de la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios; la Ley 29090, Ley de Regulación de Habilitaciones Urbanas y de Edificaciones; la Ley 30458, Ley que regula diversas medidas para financiar la ejecución de Proyectos de Inversión Pública en apoyo de Gobiernos Regionales y Locales, los Juegos Panamericanos y Parapanamericanos y la ocurrencia de desastres naturales; la Ley 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado; la Ley 30230, Ley que establece medidas tributarias, simplificación de procedimientos y permisos para la promoción y dinamización de la inversión en el país; la Ley 30225, Ley de Contrataciones del Estado; y el Decreto Legislativo 1252, Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y deroga la Ley 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, a efectos de modificar e incorporar medidas necesarias y complementarias para la eficiente ejecución e implementación del Plan Integral

de Reconstrucción con Cambios. Las medidas que se aprobarán en el marco de la reconstrucción son las siguientes:

a) Simplificar el ciclo de inversión de los proyectos en el marco del Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC), a fin de que el proceso se inicie directamente en el desarrollo de los expedientes técnicos, sin transitar por las Fases de Programación y de Formulación y Evaluación del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe).

b) Establecer que la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios, en el marco del Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC), asignará la condición de Unidad Formuladora y/o Ejecutora de inversiones.

c) Crear únicamente para las intervenciones en el marco del Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC), un proceso especial abreviado de contratación pública que reduzca plazos de adjudicación y de ejecución contractual, en el cual las apelaciones se resuelvan de manera célere, sea por el titular de la entidad, tratándose de cuantías menores y medianas; o por el Tribunal de Contrataciones del Estado del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE) para el caso de cuantías mayores.

d) Ampliar las modalidades de contratación para las intervenciones en el marco del Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC), permitiendo que se celebren:

i) Convenios Estado – Estado que podrán utilizarse para contratar y ejecutar intervenciones complejas o de conglomerados.

ii) Convenios de encargo con organismos internacionales excepto para la ejecución de obra.

iii) Convenios de administración de recursos con organismos internacionales excepto para la ejecución de obra.

Para los casos de Concurso Oferta, además de las modalidades previstas en la Ley 30556, Ley que aprueba disposiciones de carácter extraordinario para las intervenciones del Gobierno Nacional frente a desastres y que dispone la creación de la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios, se podrán aplicar las modalidades previstas en la Ley 30225, Ley de Contrataciones del Estado, bajo responsabilidad de los funcionarios de la entidad competente.

e) Autorizar la ejecución descentralizada de las intervenciones en el marco del Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC), a través de las modalidades de administración directa y núcleos ejecutores, siempre que cumplan con los requisitos establecidos por ley y cuenten con mecanismos de control, fomentando la transparencia y la rendición de cuentas, y se

permita la participación de los organismos que conforman el Sistema Nacional de Control.

f) Establecer disposiciones especiales del Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental, de los Planes de Monitoreo Arqueológico, del Certificado de Inexistencia de Restos Arqueológicos, de las autorizaciones del Servicio Nacional Forestal y de Fauna Silvestre, de las autorizaciones de la Autoridad Nacional del Agua, a fin de implementar el Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC). Solo tratándose de intervenciones de reconstrucción, se podrán establecer excepciones respecto de las regulaciones antes mencionadas, a fin de implementar el Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC).

EFECTOS DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

El presente proyecto de ley no modificará ninguna norma de nuestro ordenamiento jurídico, sino que implicará una investigación, análisis, creación de acciones concretas del Estado para establecer que se tomen las medidas necesarias para reducir y/o eliminar el estado de pobreza en la atención de la salud médica en el departamento de Amazonas.

ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

El objetivo de este proyecto es declarar el estado de pobreza en la atención de la salud médica en el departamento de Amazonas, establecer las medidas y dictar las disposiciones necesarias para dar solución al problema en la atención de la salud médica, que afecta a la Región Amazonas, para de esta manera contribuir con la erradicación de la pobreza en la atención de la salud médica existente.

Este proyecto legislativo no acarrea gastos al erario nacional, y que los gastos se considerarán como parte de los presupuestos otorgados al ejecutivo y a la región.

RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO Y EL ACUERDO NACIONAL.

El presente Proyecto de Ley se encuentra alineado con la política de Estado y el Acuerdo Nacional.

- **Políticas de Estado**

Objetivo I Democracia y Estado de Derecho

Octava política de Estado: Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

Objetivo II Equidad y Justicia Social

Decima política del Estado: Reducción de la pobreza.

Décimo tercera política de Estado: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

Décimo quinta política de Estado: Promoción de la seguridad alimentaria y nutrición.

Décimo sexta política de Estado: Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud.

RELACIÓN DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA CON LA AGENDA LEGISLATIVA, APROBADA POR RESOLUCIÓN LEGISLATIVA 002-2021-2022-CR.

La presente propuesta legislativa se encuentra vinculada de manera directa e indirecta con la agenda legislativa, aprobada por resolución legislativa N°002-2021-2022-CR, en los siguientes objetivos:

Objetivo II: Equidad y justicia social

Política N° 10.-Reducción de la pobreza; a través del tema: 21 Lucha contra la pobreza, seguimiento al programa hambre cero.

Política N° 13.-Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social; a través de los temas: 30 Leyes de reforma y modernización del sistema de salud y 32 Leyes para atender la situación de los profesionales de la salud.

Política N° 15.-Promoción de la seguridad alimentaria y nutrición a través del tema: 40 Seguridad alimentaria.