

Lima, 02 de junio de 2020

OFICIO N° 0159–2020–2021-CCR-CR

Señora
MARÍA ANTONIETA ALVA LUPERDI
Ministra de Economía y Finanzas
Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a su despacho para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que la Comisión a mi cargo se encuentra analizando los proyectos de ley N° 5216/2020-CR y N° 5259/2020-CR, los cuales son de competencia de esta comisión.

En consecuencia, le solicito muy amablemente tenga a bien emitir opinión profesional con respecto a los proyectos de ley precisados y que adjunto en anexo.

Principalmente, apreciaría pueda absolver las siguientes consultas:

1. ¿Cuál ha sido el gasto por cada año en el sector Salud, con respecto al Presupuesto General de la República desde 2001 a la fecha?
2. ¿Cuál ha sido el gasto por cada año en el sector Salud, con respecto al Producto Bruto Interno desde 2001 a la fecha?
3. ¿De los presupuestos otorgados a las regiones para el sector Salud, desde 2011 a la fecha, qué porcentaje por año es el que regresa al Ministerio de Economía y Finanzas por falta de ejecución?
4. ¿Cuáles son los montos que se estarán destinando actualmente para afrontar el COVID-19, desde el inicio del estado de emergencia?

El presente pedido se formula al amparo de lo dispuesto en el artículo 96 de la Constitución, en concordancia con el literal b) del artículo 22 del Reglamento del Congreso de la República. Asimismo, su opinión institucional y especializada coadyuvará a los fines de la Comisión de Constitución y Reglamento de este poder del Estado, y a la ciudadanía en general.

Para cualquier duda o precisión que desee formular, no dude en comunicarse con la Secretaría Técnica de la Comisión, Patricia Durand, al correo pdurand@congreso.gob.pe o al teléfono 945688135.

Agradeciendo la atención que brinde al presente, hago propicia la oportunidad para alcanzar a usted los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

OMAR CHEHADE MOYA
Presidente
Comisión de Constitución y Reglamento



Firmado digitalmente por:
CHEHADE MOYA OMAR KARIM
FIR 09337557 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 02/06/2020 10:30:50-0500

Proyecto de Ley N° 5216/2020-CR

Los congresistas que suscriben, miembros del Grupo Parlamentario Frente Amplio por la Justicia, Vida y Libertad, a iniciativa del congresista **LENIN FERNANDO BAZÁN VILLANUEVA**, en ejercicio del derecho que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y conforme lo establecen los artículos 74, 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente Proyecto de Ley.

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República
Ha dado la Ley Siguiente:

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY DE REFORMA CONSTITUCIONAL QUE MODIFICA LOS ARTÍCULOS 9 Y 11 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ PARA GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto modificar en parte los artículos 9 y 11 de la Constitución Política del Perú, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Artículo 2. Modificación de la Constitución Política del Perú

Se modifican los artículos 9 y 11 de la Constitución Política del Perú, en los siguientes términos:

"Artículo 9. Política Nacional de Salud

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 garantizar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, solidaridad, universalidad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, prevención, integralidad y bioética, con enfoque generacional y de género.



Artículo 11. Derecho a la salud y a la pensión

El Estado garantiza los derechos fundamentales a la salud y a la pensión, a través de las entidades públicas destinadas para tales fines de acuerdo a ley. Supervisa asimismo el eficaz funcionamiento de las prestaciones de salud y pensiones ofertadas por entidades privadas o mixtas.

La realización del derecho a la salud está vinculada al ejercicio de otros derechos, como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir."

Lima, mayo de 2020



Firmado digitalmente por:
MONTOYA GUIVIN ABSALON
FIR 09448228 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 17:06:34-0500



Firmado digitalmente por:
BAZAN VILLANUEVA Lenín
Fernando FIR 41419208 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 14/05/2020 16:22:52-0500



Firmado digitalmente por:
SILVA SANTISTEBAN
MANRIQUE Rocio Yolanda Angelica
FIR 07822730 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 17:47:05-0500



Firmado digitalmente por:
VASQUEZ CHUQUILIN MIRTHA
ESTHER FIR 26705695 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 17:55:31-0500



Firmado digitalmente por:
CHECCO CHAUCA Lenin
Abraham FAU 20181740128 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 15/05/2020 05:18:13-0500



Firmado digitalmente por:
QUISPE APAZA Yvan FAU
20181740128 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 19:49:55-0500



Firmado digitalmente por:
CHECCO CHAUCA Lenin
Abraham FAU 20181740128 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 15/05/2020 05:19:00-0500

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima,16.....de.....MAYO.....del 2020....

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77º del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 5316 para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de CONSTITUCIÓN Y REGLAMENTOS.

SALUD Y Población -

GIOVANNI FORNO FLÓREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Fundamentos de la propuesta

La pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19) viene causando estragos en la vida y la salud de millones de personas a nivel mundial, y de miles de peruanas y peruanos que sufren la precariedad de un sistema de salud pública debilitado tras décadas de abandono por parte del Estado.

Bajo el régimen de la economía social de mercado consagrado en el artículo 58 de nuestra Constitución Política, el Estado peruano ha venido haciendo extensivo, en la práctica, el carácter subsidiario de su rol en la economía a las áreas en las que debería centrar su accionar, afectando especialmente al sector salud, con las consecuencias que hoy advertimos.

Siguiendo la premisa liberal de que el Estado debe abstenerse de intervenir en actividades o mercados donde existe presencia productiva del sector privado¹, y mientras las empresas privadas que ofertan servicios de salud mantienen un crecimiento de sus ganancias a una tasa anual de 10%² a la par de un incremento sostenido de sus inversiones en el sector³, el sistema de salud pública se mantiene como la última opción entre la oferta de salud para aquella población que tiene el privilegio de elegir en qué sistema atenderse, como resultado previsible de una inversión en salud pública por debajo del promedio de américa latina, de acuerdo a cifras del Banco Mundial⁴.

Gasto destinado al Sector Salud, 2007 – 2018 (millones de soles)

Año	Total	Gasto en el Sector Salud	
		Público	Privado 1/
2007	10 681	5 487	5 194
2008	11 595	5 998	5 597
2009	13 264	7 253	6 011
2010	14 263	7 715	6 548
2011	15 715	8 700	7 015
2012	17 635	10 023	7 612
2013	20 167	11 731	8 436
2014	23 207	13 922	9 285
2015 P/	25 473	15 188	10 285
2016 P/	28 536	17 124	11 412
2017 E/	30 459	18 113	12 346
2018 E/	32 561	19 526	13 035

1/ El gasto privado en salud corresponde al Valor Bruto de la Producción de la actividad de Salud Privada (No incluye EsSalud). Las cifras para los años 2014 al 2017 han sido modificadas.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

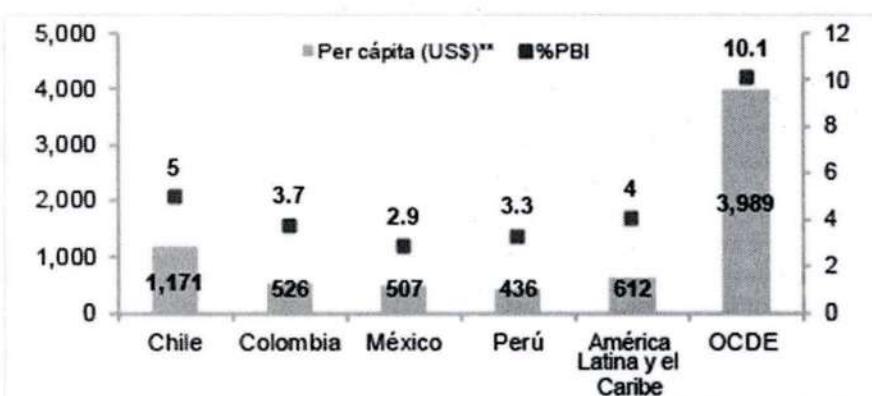
¹ <http://blog.macroconsult.com.pe/contenido/macroeconomia/el-rol-subsidiario-del-estado>

² <https://gestion.pe/economia/sector-privado-atendera-demanda-de-servicios-de-salud-para-16-mlls-que-no-estan-asegurados-noticia/>

³ <https://ojopublico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>

⁴ <https://gestion.pe/economia/comex-peru-gasta-salud-debajo-promedio-americ-latina-268172-noticia/>

Gasto Público en Salud*

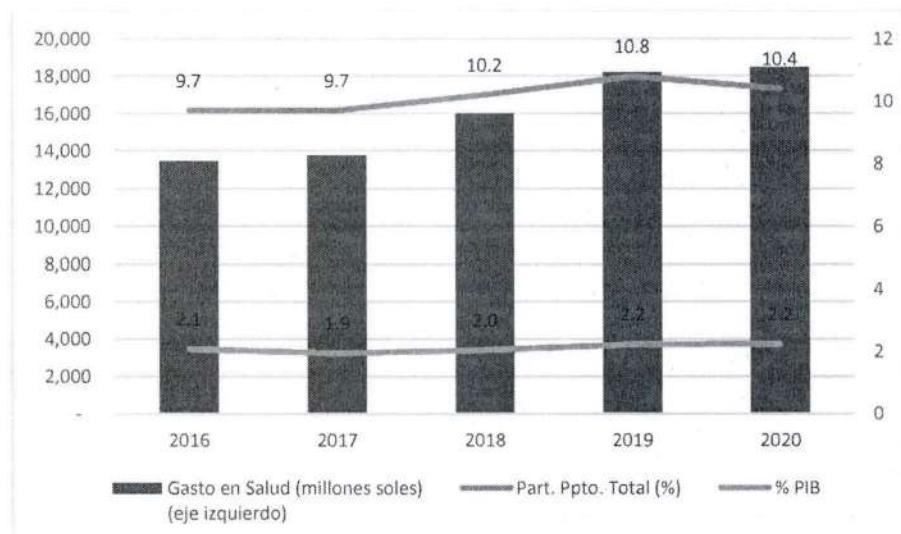


*2016.

** Poder de paridad de compra (PPP).

Fuente: BM. Elaboración: ComexPerú.

Perú: Presupuesto público en Salud 2016-2020



Fuente: MEF / Elaboración propia

Dicha situación afecta en mayor medida a la población con menos recursos, pues en muchos casos es tal la precariedad de los servicios de salud que termina por constituirse en una limitación estructural para el acceso a la salud de dichos ciudadanos.

De acuerdo a cifras del INEI⁵ (Encuesta Nacional de Hogares – Enaho, tercer trimestre de 2019), un 37.5% de la población peruana presentó algún problema de salud crónico; pese a ello, el 54.9% de la población que reportó tener un problema de salud no acudió a los centros de salud, evidenciando

⁵ http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_condiciones_de_vida_dic2019.pdf

la existencia de barreras estructurales y culturales que impiden un acceso efectivo a este servicio, no obstante que el 77.6% de la población cuenta con seguro de algún tipo, siendo el que concentra la gran mayoría el Seguro Integral de Salud (SIS). Según estas cifras, un 21.4% de la población optó por acudir a farmacias o boticas, y únicamente un 14.1% por las instituciones prestadoras de salud del Ministerio de Salud (Minsa), un 7.5% por las instituciones privadas y un 6.1% por EsSalud.

La precariedad del sistema público de salud se evidencia con mayor gravedad en el acceso a los medicamentos. Según las cifras del INEI⁶, el 79.5% de las atenciones a usuarios de consulta externa conllevan una prescripción médica; no obstante, sólo el 56.7% de los pacientes que fueron atendidos en el Minsa y los Gobiernos regionales reciben todos sus medicamentos. Así, se tiene que el 58% de las prescripciones atendidas en farmacias privadas son recetas de instituciones de salud públicas. Más aún, el 66.8% de usuarios que acuden a farmacias o boticas están afiliados a un seguro de salud, de los cuales el 95% lo está a un seguro público.

Las limitaciones al acceso a la salud no son exclusivas del sistema público, pues en general, los indicadores de capacidad de atención a nivel nacional dan cuenta de la necesidad de incrementar la inversión en salud a fin de cubrir brechas de distintos aspectos en salud. Por ejemplo, a nivel nacional se cuenta tan sólo con 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes, cifra que representa 9.4 menos que lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La situación se agrava en algunas regiones, tal es el caso de Cajamarca, Huánuco, Piura, Puno y Loreto, donde apenas alcanzamos los siete, con un panorama similar respecto a la dotación de enfermeros y obstetras. De acuerdo a estas cifras, se estima un déficit de 11,401 médicos especialistas en el Minsa y unos 9,000 profesionales de enfermería y 5,000 médicos en EsSalud. En el caso de infraestructura, al iniciar 2020, el 77.8% de los establecimientos de salud de atención primaria contaba con una capacidad instalada inadecuada, cifra que llegaba al 51% para los hospitalares⁷.

Tal es la situación de un sistema de salud pública que endosa a la población el costo de sus deficiencias y precariedad, y que hoy, en tiempos de pandemia, viene dejando un saldo de 2169 fallecidos, con 76 306 casos positivos por COVID-19 con una tasa de letalidad de 2.84%, de acuerdo a cifras del Ministerio de Salud⁸.

⁶ <https://www.comexperu.org.pe/articulo/tarea-pendiente-en-salud-acceso-a-medicamentos>

⁷ <https://www.comexperu.org.pe/articulo/reforma-del-sistema-de-salud-que-no-nos-gane-el-dia-a-dia>

⁸ https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

La pandemia nos ha enseñado la fractura del horizonte nacional para atender a una emergencia internacional a escala local. El derecho a la salud para reforzar su desarrollo autónomo y ser garantizados de manera plena requiere nutrirse y sintetizar de las múltiples respuestas normativas provenientes de experiencias comparadas y prácticas internas, acordes al nuevo contexto global, al igual que sucede con los problemas ambientales, aquellos de la privacidad de los datos personales, entre otros. En efecto, el derecho a la salud debe ser abordado desde una lectura social, como derecho universal que traspasa el horizonte ciudadano y fronterizo.

En este punto, resulta necesario acotar los artículos del texto de la Constitución de 1993 que se ocupan del derecho a la salud (Artículo 9.- Política Nacional de Salud, Artículo 10.- Derecho a la Seguridad Social, Art. 11 sobre el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones). Estos artículos, bajo la situación actual, necesitan ser robustecidos, ya que existe un desarrollo amplio normativo y jurisprudencia de derecho interno, como comparado, sobre el derecho de la salud que va más allá de los parámetros que estos contienen.

En su conjunto, se requiere una reforma de dichos artículos de la Constitución para que expresen un sistema solidario y público del bien común; y por ende, se cuente con los mecanismos institucionales que permitan al Estado adecuar sus respuestas a la realidad epidemiológica nacional y local que así lo requiera. El hecho de poder invocar el derecho a la salud por parte del ciudadano, debería permitir una atención urgente y oportuna. Es decir, debe expresarse una máxima que sintetice la institucionalidad del Estado para garantizar la plena atención del derecho a la salud en el plano de una atención prioritaria excluida del lucro del mercado y bajo el tratamiento oportuno de ésta, cual fuese el régimen de la entidad que se arroge dicha atención. De allí recae la apremiante necesidad de actualizar el texto constitucional acorde a nuestros tiempos.

Así, el presente proyecto de reforma constitucional busca perfeccionar algunos aspectos del derecho a la salud, elevando el estándar de protección sobre este derecho fundamental asignado al Estado, donde actualmente con respecto a la política nacional de salud su accionar se limita a facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud, a fin de que el Estado garantice el derecho fundamental a la salud; estableciendo además los principios que rigen la prestación de los servicios de salud, de acuerdo a las necesidades que los desafíos actuales exigen en dicha materia, y desarrollando su contenido en un sentido amplio, vinculado al ejercicio de derechos como al agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social y ambientes sanos.

Al respecto, el artículo respecto al régimen económico de la economía social de mercado (Art. 58 y 59) no debe ingresar en el ítem interpretativo como un elemento limitativo del derecho a la salud, sino más bien se debe rescatar dentro del horizonte de la plena protección de los derechos fundamentales en el servicio público ofrecido tanto por entidades de capital privado como de capital estatal, esto es, en pleno rescate del principio de igualdad como máxima del Estado constitucional y democrático de derecho. De esto se deduce entre otras cosas, dejar la interpretación minimalista de ver a la persona al interior de la mera relación de prestación económica de mercado, esto es, de un mero consumidor y verlo como un sujeto teniendo en cuenta sus particularidades aún dentro de un contexto global como un derecho autónomo.

El derecho a la salud, a nivel de texto constitucional, requiere armonizarse, como ha sucedido en los últimos años por medio de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, con la dignidad de la persona, pero también con el "buen vivir". Bajo el sentido referido se avanzaría hacia un contenido constitucional intercultural de la Ley Fundamental.

En efecto, diversos preceptos se pueden extraer del desarrollo jurisprudencial, por ejemplo se menciona que el "contenido o ámbito de protección de este derecho constitucional" consiste en la "facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, así como de restituirlo ante una situación de perturbación del mismo". (STC 1429-2002-HC/TC, FJ 12, segundo párrafo). Asimismo, que el derecho a la salud, entonces, "se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado" (STC 1429-2002-HC/TC, FJ 13). Por consiguiente, dice la sentencia "este doble aspecto del derecho a la salud se orienta ciertamente a posibilitar un *estado pleno de salud*". (STC. 2016-2004-AA/TC, Fj 11).

Luego, dicha jurisprudencia reconoce que el derecho a la salud dentro del marco de los derechos sociales "deben interpretarse como verdaderas garantías del ciudadano frente al Estado" dentro de una visión que busca "revalorar la eficacia jurídica de los mandatos constitucionales" y, por ende, "la vigencia de la Constitución". Hasta se observa que la jurisprudencia del Tribunal Constitucional daría la razón de optimizar el texto constitucional, volviendo explícito el hecho que el Estado garantice el derecho a la salud sobre el texto Constitucional y sin salirse de dicho marco. Asimismo, en esa misma línea, complementa: "superar su concepción programática, perfeccionando los mandatos sociales de la Constitución, así como la obligación del Estado, en la cual se impongan metas cuantificables para garantizar la vigencia del derecho" (José Luis Cascajo Castro. La tutela

constitucional de los derechos sociales. Cuadernos y Debates Nro. 5. Madrid. 1998, pág. 53)". (STC. 2016-2004-AA/TC, Fj 12).

Asimismo, el Tribunal Constitucional ha desarrollado el principio de equidad en salud y el mandato constitucional de "progresividad en la cobertura de la seguridad social" (STC 0033-2010-PI/TC). En esta sentencia señala que, según dicho principio, la salud, como derecho fundamental, impone al Estado el deber de "realizar las acciones necesarias" para que todas las personas tengan "acceso a los servicios de salud, en condiciones de equidad". Por consiguiente, el Estado tiene la obligación de "realizar acciones tendientes a brindar a todas las personas acceso, en condiciones de equidad y calidad, a los servicios de salud" (STC 0033-2010-PI/TC), esto en concordancia con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. La equidad se desarrolla en varias dimensiones, de manera resumida se resaltan las siguientes:

- 1) Como la exigencia de enfrentar las *desigualdades sociales* que tienen un efecto negativo y dificultan el logro de una buena salud
- 2) Reconocimiento de la *interdependencia de los derechos fundamentales*.
- 3) La posibilidad de "acceder a los servicios de salud de modo *integral*".
- 4) El respeto al principio de *no discriminación* en la provisión de los servicios médicos.
- 5) Por último, el principio de equidad en salud exige también una *asignación de recursos para la salud* y una *distribución equitativa* de dichos recursos.

El sistema de salud pública debe responder a las necesidades actuales, pero también a las tradicionales; es así que, producto de la actual pandemia del COVID-19 se vuelve un imperativo repensar cómo el Estado debe ser garante de un pleno derecho a salud en el sentido clásico de los derechos del individuo; pero además, desarrollar una política nacional de salud que deba estar en armonía con el derecho a la identidad y libre desarrollo cultural de los pueblos indígenas, en armonía con el proceso de descentralización, el buen vivir y la interculturalidad. En este mismo plano de la búsqueda de la igualdad material y el respeto a la dignidad de la persona, se debe garantizar la salud con igualdad de género, a las personas con capacidades especiales, al igual que a los adultos mayores y niños, cual sujetos vulnerables más vulnerables en materia de salud. El acceso universal al derecho a la salud no diferencia la nacionalidad, y la emergencia médica requiere atención urgente y oportuna, a salvedad de su debida reparación cuando fuese pertinente.

En relación a la necesidad de incorporar el principio de interculturalidad como uno de los que rigen la prestación de los servicios de salud, es menester realizar en la fundamentación de la propuesta un desarrollo exhaustivo y una caracterización adecuada de la realidad pluricultural de nuestro país.

Comunidades indígenas censadas, en los censos de 1993 y 2007, según departamento

Departamento	Comunidades indígenas				Pueblos étnicos			
	1993	%	2007	%	1993	%	2007	%
Total	1 458	100,0	1 786	100,0	48	100,0	51	100,0
Amazonas	221	15,2	254	14,2	2	4,2	2	3,9
Ayacucho	9	0,6	4	0,2	1	2,1	1	2,0
Cajamarca	5	0,3	9	0,5	1	2,1	1	2,0
Cusco	70	4,8	68	3,8	7	14,6	5	9,8
Huánuco	16	1,1	18	1,0	4	8,3	4	7,8
Junín	191	13,1	238	13,3	5	10,4	4	7,8
Loreto	492	33,7	705	39,5	24	50,0	28	54,9
Madre de Dios	31	2,1	30	1,7	11	22,9	14	27,5
Pasco	113	7,8	113	6,3	3	6,3	2	3,9
San Martín	66	4,5	90	5,0	3	6,3	3	5,9
Ucayali	224	16,7	257	14,4	12	25,0	15	29,4

Nota: La suma de los porcentajes no totaliza el 100% debido a que un pueblo étnico se puede encontrar en más de un departamento.

Fuente: INEI - Censos de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 1993 y 2007. En: INEI (2008). II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007. Resultados definitivos. Tomo I.

Las comunidades indígenas del Perú están distribuidas en todo el territorio, siendo Loreto el departamento que concentra la mayor cantidad de comunidades indígenas y grupos étnicos del Perú. Al comparar las cifras del Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía de 1993 y 2007, advertimos que su población indígena ha experimentado un crecimiento importante, con una tasa muy superior a la de la población total del departamento. De acuerdo a datos del INEI, entre 1993 y 2007, la cantidad de comunidades indígenas, pasó de 1458 a 1786.⁹

Actualmente en nuestro país, la normativa vigente no promueve de manera expresa los servicios de salud con un enfoque intercultural. Si bien, la Constitución Política del Perú explicita el reconocimiento del derecho a la identidad étnica y cultural, sin embargo, no garantiza la provisión de los servicios estatales bajo esta perspectiva.

⁹Ministerio de Cultura y USAID, "Diagnóstico sobre institucionalidad intercultural en Loreto", en <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/informe%20Loreto%20-%20FINAL%20999.pdf>

Una situación similar puede apreciarse con la Ley General de Salud, la cual no incluye al enfoque intercultural como un componente de su política (Defensoría del Pueblo, 2015).

Sin embargo, a nivel de estructura institucional, el Ministerio de Salud (MINSA) sí cuenta con direcciones y unidades que trabajan temas dirigidos específicamente a la población indígena. Entre estas oficinas destaca el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), instancia a la que se le asigna los temas interculturales según los planes nacionales. El CENSI, institución dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS), tiene entre sus funciones la promoción de prácticas y normas de salud intercultural, así como la integración de la medicina tradicional, alternativa y complementaria a la académica.

Con respecto al funcionamiento del sector y la provisión de servicios, la atención intercultural en el sector salud depende, de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), organismo técnico y normativo de nivel nacional encargado, entre otras cosas, de la implementación de las estrategias sanitarias nacionales, que tiene entre sus funciones la responsabilidad de impulsar la atención de parto vertical con adecuación intercultural y la adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva (Defensoría del Pueblo, 2015). Por otro lado, existe una Unidad de Interculturalidad, Género y Derechos de la Dirección General de Promoción de la Salud, que se encuentra adscrita a la Dirección General de Promoción de la Salud. Se encarga de proponer lineamientos técnicos normativos para la incorporación de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en salud en las políticas e intervenciones del Ministerio de Salud.¹⁰

Sin embargo, de acuerdo a información de la Defensoría del Pueblo, las oficinas encargadas de trabajar políticas directamente enfocadas en población indígena se hallan dispersas en su estructura organizacional, imposibilitando así un trabajo coordinado y congruente.

Con respecto al “Buen Vivir”, se trata de un concepto de carácter comunitarista y con origen en los Pueblos Indígenas¹¹, que dota a los Derechos Humanos de una perspectiva que los aliena con la búsqueda de un bien común universal, viviendo en plenitud con todas las formas de vida de nuestro planeta.

¹⁰ Idem.

¹¹ Contreras, Adalid. 2017. "Derechos Humanos Y El Vivir Bien/Buen Vivir". *Revista Esmat*, enero 2017.

Ejemplos de la implementación del Buen Vivir en el ordenamiento constitucional son los mostrados en Bolivia y Ecuador:

- En la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, su Capítulo 8 señala que “El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), tekokavi (vida buena), ivimaraei (tierra sin mal) y qhapajñan (camino o vida noble)”.
- La Constitución del Estado Ecuatoriano establece en su artículo 275 que “el Buen Vivir requerirá que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades gocen efectivamente de sus derechos, y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades, y de la convivencia armónica con la Naturaleza”.

“El nuevo constitucionalismo latinoamericano es garantista, porque protege y asegura los derechos y garantías de los sectores más marginados, así como de la naturaleza; promueve la convivencia pacífica, la cultura de paz y la integración regional”¹² y por tanto es claro que se nutre de los aportes del Buen Vivir.

En relación al derecho a la salud, la máxima expresión del Buen Vivir se encuentra en la Constitución Ecuatoriana, la cual consagra a la protección irrestricta de los Derechos Humanos y por supuesto, la protección del Acceso a la Salud como prioridad.

Desde el Buen Vivir, se deben considerar algunos paradigmas del Derecho a la Salud: Principalmente la salud como mercancía y la salud integral desde la interculturalidad. Respecto al primero tenemos que la salud como mercancía es exactamente el modelo dominante, propio de un sistema basado en el capital, la competencia y el mercado. En este modelo, la finalidad es la búsqueda del lucro y la productividad. El actor fundamental, que marca lo que es la salud y la forma de obtenerla, son las grandes empresas farmacéuticas, así pues, los preceptos del Buen Vivir observan a la Salud como un Derecho Fundamental que no debería estar condicionado bajo ninguna circunstancia, es decir su aplicación deberá ser plenamente universal, luchando contra el concepto reduccionista de la salud como servicio. El Buen Vivir además no solo se preocupa por el mero acceso a la salud, sino también por la calidad del mismo y la cuantificación a la que, nuevamente, el modelo económico la ha sometido.

¹² Idem



Por otra parte, "la salud integral e intercultural demanda un modelo de sociedad y de organización horizontal y solidaria. La finalidad en otro modelo es la vida plena y armónica".¹³ De este modo, y continuando con lo expuesto en el párrafo anterior, el Buen Vivir exige que la aplicación del Derecho a la Salud no tenga una perspectiva única, sino que esta considere los elementos culturales de una Sociedad, ya que finalmente no lo reduce solo al bienestar de los seres humanos, sino que la Salud está interconectada con la armonía y bienestar de todo ser vivo (un ecosistema sano). En esta selección de ideas, el Buen Vivir considera también otros constructos sociales que garanticen el desarrollo máximo de los seres humanos, por lo que la Perspectiva de Género en la Salud forma parte también de este programa.

II. Efecto de la vigencia de la norma que se propone sobre la legislación nacional

La reforma propuesta al artículo 9 de la Constitución busca dotar al Estado de un rol mayor en la política nacional de salud al que ha venido ejerciendo de acuerdo al texto constitucional vigente, otorgándole la responsabilidad de garantizar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud, donde actualmente se limita a facilitar dicho acceso en igualdad de condiciones, a la vez que consagra los principios que regirán la prestación de los servicios de salud, como son los de equidad, solidaridad, universalidad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, prevención, integralidad y bioética, y el enfoque generacional y de género que debe estar presente en toda prestación de salud.

En cuanto al artículo 11 de la Constitución Política, la propuesta eleva el estándar de protección de la salud y la pensión al positivizarlos como derechos fundamentales garantizados por el Estado, manteniendo su rol de supervisión sobre las prestaciones de salud y pensiones ofertadas por entidades privadas o mixtas; y desarrolla el contenido del derecho a la salud, cuya realización se encuentra vinculada al ejercicio de otros derechos, tales como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, como concepción amplia de una vida en plenitud, armonía y equilibrio con la naturaleza y la comunidad.

III. Análisis costo beneficio

La presente iniciativa legislativa no implica gastos financieros directos para el erario nacional, debido a que se trata de normas de rango constitucional

¹³ Ávila, Ramiro. 2012. *El Derecho A La Salud En El Contexto Del Buen Vivir La Constitución Ecuatoriana Del 2008 Y El Derecho A La Salud*. Documento disponible en Línea. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar. <https://cutt.ly/nym1bJO>

que implican el reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales, en este caso el derecho a la salud, cuya implementación deberá realizarse a través de las entidades y programas facultados por ley para tal fin, con el correspondiente presupuesto habilitado mediante los mecanismos legales establecidos para la asignación presupuestal de fondos públicos.

En cuanto al beneficio, la presente norma tiene como objetivo que el Estado garantice el derecho fundamental a la salud, a través de políticas orientadas hacia una adecuada prestación de los servicios de salud, redundando en beneficio de toda la población.

IV. Relación de la iniciativa con la Agenda Legislativa y las políticas de Estado expresadas en el acuerdo nacional

Esta iniciativa legislativa se enmarca dentro del objetivo 13 de las Políticas de Estado del Acuerdo nacional, sobre acceso universal a los servicios de Salud y a la Seguridad Universal.

Los congresistas que suscriben, miembros del Grupo Parlamentario Frente Amplio por la Justicia, Vida y Libertad, a iniciativa del congresista **LENIN FERNANDO BAZÁN VILLANUEVA**, en ejercicio del derecho que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y conforme lo establecen los artículos 74, 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente Proyecto de Ley.

FÓRMULA LEGAL

**El Congreso de la República
Ha dado la Ley Siguiente:**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY DE REFORMA CONSTITUCIONAL QUE MODIFICA LOS ARTÍCULOS 9 Y 11 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ PARA GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto modificar en parte los artículos 9 y 11 de la Constitución Política del Perú, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Artículo 2. Modificación de la Constitución Política del Perú

Se modifican los artículos 9 y 11 de la Constitución Política del Perú, en los siguientes términos:

"Artículo 9. Política Nacional de Salud

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 **garantizar** a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. **La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, solidaridad, universalidad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, prevención, integralidad y bioética, con enfoque generacional y de género.**

Artículo 11. Derecho a la salud y a la pensión

El Estado garantiza los derechos fundamentales a la salud y a la pensión, a través de las entidades públicas destinadas para tales fines de acuerdo a ley. Supervisa asimismo el eficaz funcionamiento de las prestaciones de salud y pensiones ofertadas por entidades privadas o mixtas.

La realización del derecho a la salud está vinculada al ejercicio de otros derechos, como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir."

Lima, mayo de 2020



Firmado digitalmente por:
MONTOYA GUIMÁN ABSALÓN
FIR 09446228 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 17:06:34-0500



Firmado digitalmente por:
BAZÁN VILLANUEVA Lenin
Fernando FIR 41419206 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 14/05/2020 16:22:52-0500



Firmado digitalmente por:
SILVA SANTISTEBAN
MANRIQUE Rocio Yolanda Angelica
FIR 07822730 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 17:47:05-0500



Firmado digitalmente por:
VASQUEZ CHUQUILIN MIRTHA
ESTHER FIR 26705695 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 17:55:31-0500



Firmado digitalmente por:
CHECCO CHAUCA Lenin
Abraham FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 15/05/2020 05:18:13-0500



Firmado digitalmente por:
QUISPE APAZA Yvan FAU
20161749126 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 14/05/2020 19:49:55-0500



Firmado digitalmente por:
CHECCO CHAUCA Lenin
Abraham FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 15/05/2020 05:19:00-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Fundamentos de la propuesta

La pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19) viene causando estragos en la vida y la salud de millones de personas a nivel mundial, y de miles de peruanas y peruanos que sufren la precariedad de un sistema de salud pública debilitado tras décadas de abandono por parte del Estado.

Bajo el régimen de la economía social de mercado consagrado en el artículo 58 de nuestra Constitución Política, el Estado peruano ha venido haciendo extensivo, en la práctica, el carácter subsidiario de su rol en la economía a las áreas en las que debería centrar su accionar, afectando especialmente al sector salud, con las consecuencias que hoy advertimos.

Siguiendo la premisa liberal de que el Estado debe abstenerse de intervenir en actividades o mercados donde existe presencia productiva del sector privado¹, y mientras las empresas privadas que ofertan servicios de salud mantienen un crecimiento de sus ganancias a una tasa anual de 10%² a la par de un incremento sostenido de sus inversiones en el sector³, el sistema de salud pública se mantiene como la última opción entre la oferta de salud para aquella población que tiene el privilegio de elegir en qué sistema atenderse, como resultado previsible de una inversión en salud pública por debajo del promedio de América Latina, de acuerdo a cifras del Banco Mundial⁴.

Gasto destinado al Sector Salud, 2007 – 2018 (millones de soles)

Año	Total	Gasto en el Sector Salud	
		Público	Privado 1/
2007	10 681	5 487	5 194
2008	11 595	5 998	5 597
2009	13 264	7 253	6 011
2010	14 263	7 715	6 548
2011	15 715	8 700	7 015
2012	17 635	10 023	7 612
2013	20 167	11 731	8 436
2014	23 207	13 922	9 285
2015 P/	25 473	15 188	10 285
2016 P/	28 536	17 124	11 412
2017 E/	30 459	18 113	12 346
2018 E/	32 561	19 526	13 035

1/ El gasto privado en salud corresponde al Valor Bruto de la Producción de la actividad de Salud Privada (No incluye EsSalud). Las cifras para los años 2014 al 2017 han sido modificadas.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

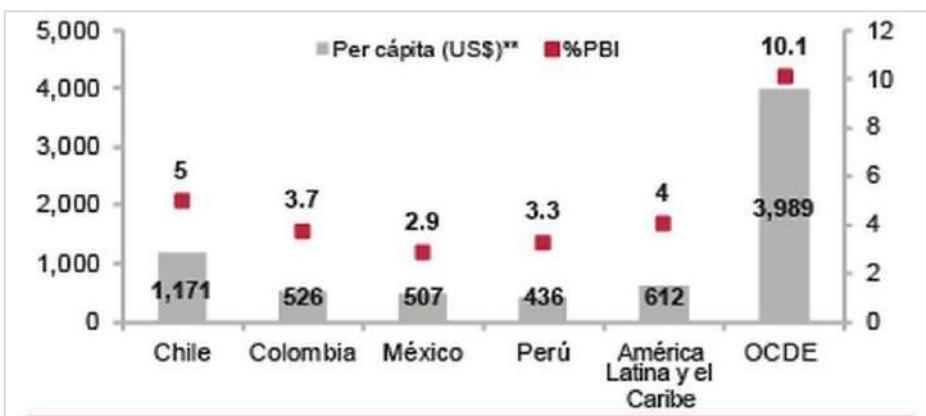
¹ <http://blog.macroconsult.com.pe/contenido/macroeconomia/el-rol-subsidiario-del-estado>

² <https://gestion.pe/economia/sector-privado-atendera-demanda-de-servicios-de-salud-para-16-mlls-que-no-estan-asegurados-noticia/>

³ <https://ojopublico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>

⁴ <https://gestion.pe/economia/comex-peru-gasta-salud-debajo-promedio-america-latina-268172-noticia/>

Gasto Público en Salud*

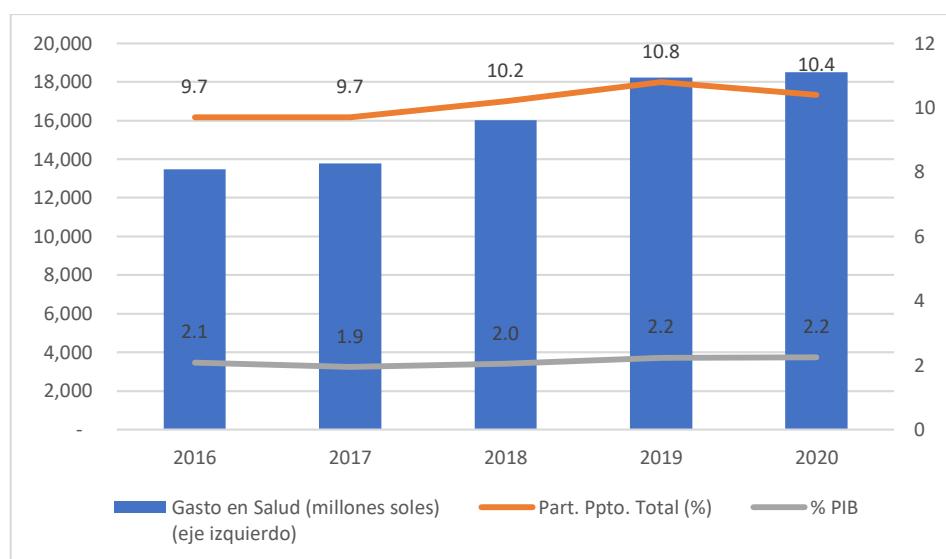


*2018.

** Poder de paridad de compra (PPP).

Fuente: BM. Elaboración: ComexPerú.

Perú: Presupuesto público en Salud 2016-2020



Fuente: MEF / Elaboración propia

Dicha situación afecta en mayor medida a la población con menos recursos, pues en muchos casos es tal la precariedad de los servicios de salud que termina por constituirse en una limitación estructural para el acceso a la salud de dichos ciudadanos.

De acuerdo a cifras del INE⁵ (Encuesta Nacional de Hogares – Enaho, tercer trimestre de 2019), un 37.5% de la población peruana presentó algún problema de salud crónico; pese a ello, el 54.9% de la población que reportó tener un problema de salud no acudió a los centros de salud, evidenciando

⁵ http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_condiciones_de_vida_dic2019.pdf

la existencia de barreras estructurales y culturales que impiden un acceso efectivo a este servicio, no obstante que el 77.6% de la población cuenta con seguro de algún tipo, siendo el que concentra la gran mayoría el Seguro Integral de Salud (SIS). Según estas cifras, un 21.4% de la población optó por acudir a farmacias o boticas, y únicamente un 14.1% por las instituciones prestadoras de salud del Ministerio de Salud (Minsa), un 7.5% por las instituciones privadas y un 6.1% por EsSalud.

La precariedad del sistema público de salud se evidencia con mayor gravedad en el acceso a los medicamentos. Según las cifras del INEI⁶, el 79.5% de las atenciones a usuarios de consulta externa conllevan una prescripción médica; no obstante, sólo el 56.7% de los pacientes que fueron atendidos en el Minsa y los Gobiernos regionales reciben todos sus medicamentos. Así, se tiene que el 58% de las prescripciones atendidas en farmacias privadas son recetas de instituciones de salud públicas. Más aún, el 66.8% de usuarios que acuden a farmacias o boticas están afiliados a un seguro de salud, de los cuales el 95% lo está a un seguro público.

Las limitaciones al acceso a la salud no son exclusivas del sistema público, pues en general, los indicadores de capacidad de atención a nivel nacional dan cuenta de la necesidad de incrementar la inversión en salud a fin de cubrir brechas de distintos aspectos en salud. Por ejemplo, a nivel nacional se cuenta tan sólo con 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes, cifra que representa 9.4 menos que lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La situación se agrava en algunas regiones, tal es el caso de Cajamarca, Huánuco, Piura, Puno y Loreto, donde apenas alcanzamos los siete, con un panorama similar respecto a la dotación de enfermeros y obstetras. De acuerdo a estas cifras, se estima un déficit de 11,401 médicos especialistas en el Minsa y unos 9,000 profesionales de enfermería y 5,000 médicos en EsSalud. En el caso de infraestructura, al iniciar 2020, el 77.8% de los establecimientos de salud de atención primaria contaba con una capacidad instalada inadecuada, cifra que llegaba al 51% para los hospitales⁷.

Tal es la situación de un sistema de salud pública que endosa a la población el costo de sus deficiencias y precariedad, y que hoy, en tiempos de pandemia, viene dejando un saldo de 2169 fallecidos, con 76 306 casos positivos por COVID-19 con una tasa de letalidad de 2.84%, de acuerdo a cifras del Ministerio de Salud⁸.

⁶ <https://www.comexperu.org.pe/articulo/tarea-pendiente-en-salud-acceso-a-medicamentos>

⁷ <https://www.comexperu.org.pe/articulo/reforma-del-sistema-de-salud-que-no-nos-gane-el-dia-a-dia>

⁸ https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

La pandemia nos ha enseñado la fractura del horizonte nacional para atender a una emergencia internacional a escala local. El derecho a la salud para reforzar su desarrollo autónomo y ser garantizados de manera plena requiere nutrirse y sintetizar de las múltiples respuestas normativas provenientes de experiencias comparadas y prácticas internas, acordes al nuevo contexto global, al igual que sucede con los problemas ambientales, aquellos de la privacidad de los datos personales, entre otros. En efecto, el derecho a la salud debe ser abordado desde una lectura social, como derecho universal que traspasa el horizonte ciudadano y fronterizo.

En este punto, resulta necesario acotar los artículos del texto de la Constitución de 1993 que se ocupan del derecho a la salud (Artículo 9.- Política Nacional de Salud, Artículo 10.- Derecho a la Seguridad Social, Art. 11 sobre el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones). Estos artículos, bajo la situación actual, necesitan ser robustecidos, ya que existe un desarrollo amplio normativo y jurisprudencia de derecho interno, como comparado, sobre el derecho de la salud que va más allá de los parámetros que estos contienen.

En su conjunto, se requiere una reforma de dichos artículos de la Constitución para que expresen un sistema solidario y público del bien común; y por ende, se cuente con los mecanismos institucionales que permitan al Estado adecuar sus respuestas a la realidad epidemiológica nacional y local que así lo requiera. El hecho de poder invocar el derecho a la salud por parte del ciudadano, debería permitir una atención urgente y oportuna. Es decir, debe expresarse una máxima que sintetice la institucionalidad del Estado para garantizar la plena atención del derecho a la salud en el plano de una atención prioritaria excluida del lucro del mercado y bajo el tratamiento oportuno de ésta, cual fuese el régimen de la entidad que se arroge dicha atención. De allí recae la apremiante necesidad de actualizar el texto constitucional acorde a nuestros tiempos.

Así, el presente proyecto de reforma constitucional busca perfeccionar algunos aspectos del derecho a la salud, elevando el estándar de protección sobre este derecho fundamental asignado al Estado, donde actualmente con respecto a la política nacional de salud su accionar se limita a facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud, a fin de que el Estado garantice el derecho fundamental a la salud; estableciendo además los principios que rigen la prestación de los servicios de salud, de acuerdo a las necesidades que los desafíos actuales exigen en dicha materia, y desarrollando su contenido en un sentido amplio, vinculado al ejercicio de derechos como al agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social y ambientes sanos.

Al respecto, el artículo respecto al régimen económico de la economía social de mercado (Art. 58 y 59) no debe ingresar en el ítem interpretativo como un elemento limitativo del derecho a la salud, sino más bien se debe rescatar dentro del horizonte de la plena protección de los derechos fundamentales en el servicio público ofrecido tanto por entidades de capital privado como de capital estatal, esto es, en pleno rescate del principio de igualdad como máxima del Estado constitucional y democrático de derecho. De esto se deduce entre otras cosas, dejar la interpretación minimalista de ver a la persona al interior de la mera relación de prestación económica de mercado, esto es, de un mero consumidor y verlo como un sujeto teniendo en cuenta sus particularidades aún dentro de un contexto global como un derecho autónomo.

El derecho a la salud, a nivel de texto constitucional, requiere armonizarse, como ha sucedido en los últimos años por medio de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, con la dignidad de la persona, pero también con el “buen vivir”. Bajo el sentido referido se avanzaría hacia un contenido constitucional intercultural de la Ley Fundamental.

En efecto, diversos preceptos se pueden extraer del desarrollo jurisprudencial, por ejemplo se menciona que el “contenido o ámbito de protección de este derecho constitucional” consiste en la “facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, así como de restituirlo ante una situación de perturbación del mismo”. (STC 1429-2002-HC/TC, FJ 12, segundo párrafo). Asimismo, que el derecho a la salud, entonces, “se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado” (STC 1429-2002-HC/TC, FJ 13). Por consiguiente, dice la sentencia “este doble aspecto del derecho a la salud se orienta ciertamente a posibilitar un *estado pleno de salud*”. (STC. 2016-2004-AA/TC, Fj 11).

Luego, dicha jurisprudencia reconoce que el derecho a la salud dentro del marco de los derechos sociales “deben interpretarse como verdaderas garantías del ciudadano frente al Estado” dentro de una visión que busca “revalorar la eficacia jurídica de los mandatos constitucionales” y, por ende, “la vigencia de la Constitución”. Hasta se observa que la jurisprudencia del Tribunal Constitucional daría la razón de optimizar el texto constitucional, volviendo explícito el hecho que el Estado garantice el derecho a la salud sobre el texto Constitucional y sin salirse de dicho marco. Asimismo, en esa misma línea, complementa: “superar su concepción programática, perfeccionando los mandatos sociales de la Constitución, así como la obligación del Estado, en la cual se impongan metas cuantificables para garantizar la vigencia del derecho” (José Luis Cascajo Castro. La tutela

constitucional de los derechos sociales. Cuadernos y Debates Nro. 5. Madrid. 1998, pág. 53)". (STC. 2016-2004-AA/TC, Fj 12).

Asimismo, el Tribunal Constitucional ha desarrollado el principio de equidad en salud y el mandato constitucional de "progresividad en la cobertura de la seguridad social" (STC 0033-2010-PI/TC). En esta sentencia señala que, según dicho principio, la salud, como derecho fundamental, impone al Estado el deber de "realizar las acciones necesarias" para que todas las personas tengan "acceso a los servicios de salud, en condiciones de equidad". Por consiguiente, el Estado tiene la obligación de "realizar acciones tendientes a brindar a todas las personas acceso, en condiciones de equidad y calidad, a los servicios de salud" (STC 0033-2010-PI/TC), esto en concordancia con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. La equidad se desarrolla en varias dimensiones, de manera resumida se resaltan las siguientes:

- 1) Como la exigencia de enfrentar las *desigualdades sociales* que tienen un efecto negativo y dificultan el logro de una buena salud
- 2) Reconocimiento de la *interdependencia de los derechos fundamentales*.
- 3) La posibilidad de "acceder a los servicios de salud de modo *integral*".
- 4) El respeto al principio de *no discriminación* en la provisión de los servicios médicos.
- 5) Por último, el principio de equidad en salud exige también una *asignación de recursos* para la salud y una *distribución equitativa* de dichos recursos.

El sistema de salud pública debe responder a las necesidades actuales, pero también a las tradicionales; es así que, producto de la actual pandemia del COVID-19 se vuelve un imperativo repensar cómo el Estado debe ser garante de un pleno derecho a salud en el sentido clásico de los derechos del individuo; pero además, desarrollar una política nacional de salud que deba estar en armonía con el derecho a la identidad y libre desarrollo cultural de los pueblos indígenas, en armonía con el proceso de descentralización, el buen vivir y la interculturalidad. En este mismo plano de la búsqueda de la igualdad material y el respeto a la dignidad de la persona, se debe garantizar la salud con igualdad de género, a las personas con capacidades especiales, al igual que a los adultos mayores y niños, cual sujetos vulnerables más vulnerables en materia de salud. El acceso universal al derecho a la salud no diferencia la nacionalidad, y la emergencia médica requiere atención urgente y oportuna, a salvedad de su debida reparación cuando fuese pertinente.

En relación a la necesidad de incorporar el principio de interculturalidad como uno de los que rigen la prestación de los servicios de salud, es menester realizar en la fundamentación de la propuesta un desarrollo exhaustivo y una caracterización adecuada de la realidad pluricultural de nuestro país.

Comunidades indígenas censadas, en los censos de 1993 y 2007, según departamento								
Departamento	Comunidades indígenas				Pueblos étnicos			
	1993	%	2007	%	1993	%	2007	%
Total	1 458	100,0	1 786	100,0	48	100,0	51	100,0
Amazonas	221	15,2	254	14,2	2	4,2	2	3,9
Ayacucho	9	0,6	4	0,2	1	2,1	1	2,0
Cajamarca	5	0,3	9	0,5	1	2,1	1	2,0
Cusco	70	4,8	68	3,8	7	14,6	5	9,8
Huánuco	16	1,1	18	1,0	4	8,3	4	7,8
Junín	191	13,1	238	13,3	5	10,4	4	7,8
Loreto	492	33,7	705	39,5	24	50,0	28	54,9
Madre de Dios	31	2,1	30	1,7	11	22,9	14	27,5
Pasco	113	7,8	113	6,3	3	6,3	2	3,9
San Martín	66	4,5	90	5,0	3	6,3	3	5,9
Ucayali	224	16,7	257	14,4	12	25,0	15	29,4

Nota: La suma de los porcentajes no totaliza el 100% debido a que un pueblo étnico se puede encontrar en más de un departamento.

Fuente: INEI - Censos de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 1993 y 2007. En: INEI (2008). II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007. Resultados definitivos. Tomo I.

Las comunidades indígenas del Perú están distribuidas en todo el territorio, siendo Loreto el departamento que concentra la mayor cantidad de comunidades indígenas y grupos étnicos del Perú. Al comparar las cifras del Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía de 1993 y 2007, advertimos que su población indígena ha experimentado un crecimiento importante, con una tasa muy superior a la de la población total del departamento. De acuerdo a datos del INEI, entre 1993 y 2007, la cantidad de comunidades indígenas, pasó de 1458 a 1786.⁹

Actualmente en nuestro país, la normativa vigente no promueve de manera expresa los servicios de salud con un enfoque intercultural. Si bien, la Constitución Política del Perú explicita el reconocimiento del derecho a la identidad étnica y cultural, sin embargo, no garantiza la provisión de los servicios estatales bajo esta perspectiva.

⁹Ministerio de Cultura y USAID, “Diagnóstico sobre institucionalidad intercultural en Loreto”, en <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/informe%20Loreto%20-%20FINAL%20999.pdf>

Una situación similar puede apreciarse con la Ley General de Salud, la cual no incluye al enfoque intercultural como un componente de su política (Defensoría del Pueblo, 2015).

Sin embargo, a nivel de estructura institucional, el Ministerio de Salud (MINSA) sí cuenta con direcciones y unidades que trabajan temas dirigidos específicamente a la población indígena. Entre estas oficinas destaca el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), instancia a la que se le asigna los temas interculturales según los planes nacionales. El CENSI, institución dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS), tiene entre sus funciones la promoción de prácticas y normas de salud intercultural, así como la integración de la medicina tradicional, alternativa y complementaria a la académica.

Con respecto al funcionamiento del sector y la provisión de servicios, la atención intercultural en el sector salud depende, de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), organismo técnico y normativo de nivel nacional encargado, entre otras cosas, de la implementación de las estrategias sanitarias nacionales, que tiene entre sus funciones la responsabilidad de impulsar la atención de parto vertical con adecuación intercultural y la adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva (Defensoría del Pueblo, 2015). Por otro lado, existe una Unidad de Interculturalidad, Género y Derechos de la Dirección General de Promoción de la Salud, que se encuentra adscrita a la Dirección General de Promoción de la Salud. Se encarga de proponer lineamientos técnicos normativos para la incorporación de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en salud en las políticas e intervenciones del Ministerio de Salud.¹⁰

Sin embargo, de acuerdo a información de la Defensoría del Pueblo, las oficinas encargadas de trabajar políticas directamente enfocadas en población indígena se hallan dispersas en su estructura organizacional, imposibilitando así un trabajo coordinado y congruente.

Con respecto al “Buen Vivir”, se trata de un concepto de carácter comunitarista y con origen en los Pueblos Indígenas¹¹, que dota a los Derechos Humanos de una perspectiva que los aliena con la búsqueda de un bien común universal, viviendo en plenitud con todas las formas de vida de nuestro planeta.

¹⁰ Idem.

¹¹ Contreras, Adalid. 2017. "Derechos Humanos Y El Vivir Bien/Buen Vivir". *Revista Esmat*, enero 2017.

Ejemplos de la implementación del Buen Vivir en el ordenamiento constitucional son los mostrados en Bolivia y Ecuador:

- En la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, su Capítulo 8 señala que “El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), tekokavi (vida buena), ivimaraei (tierra sin mal) y qhapajñan (camino o vida noble)”.
- La Constitución del Estado Ecuatoriano establece en su artículo 275 que “el Buen Vivir requerirá que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades gocen efectivamente de sus derechos, y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades, y de la convivencia armónica con la Naturaleza”.

“El nuevo constitucionalismo latinoamericano es garantista, porque protege y asegura los derechos y garantías de los sectores más marginados, así como de la naturaleza; promueve la convivencia pacífica, la cultura de paz y la integración regional”¹² y por tanto es claro que se nutre de los aportes del Buen Vivir.

En relación al derecho a la salud, la máxima expresión del Buen Vivir se encuentra en la Constitución Ecuatoriana, la cual consagra a la protección irrestricta de los Derechos Humanos y por supuesto, la protección del Acceso a la Salud como prioridad.

Desde el Buen Vivir, se deben considerar algunos paradigmas del Derecho a la Salud: Principalmente la salud como mercancía y la salud integral desde la interculturalidad. Respecto al primero tenemos que la salud como mercancía es exactamente el modelo dominante, propio de un sistema basado en el capital, la competencia y el mercado. En este modelo, la finalidad es la búsqueda del lucro y la productividad. El actor fundamental, que marca lo que es la salud y la forma de obtenerla, son las grandes empresas farmacéuticas, así pues, los preceptos del Buen Vivir observan a la Salud como un Derecho Fundamental que no debería estar condicionado bajo ninguna circunstancia, es decir su aplicación deberá ser plenamente universal, luchando contra el concepto reduccionista de la salud como servicio. El Buen Vivir además no solo se preocupa por el mero acceso a la salud, sino también por la calidad del mismo y la cuantificación a la que, nuevamente, el modelo económico la ha sometido.

¹² Ídem

Por otra parte, "la salud integral e intercultural demanda un modelo de sociedad y de organización horizontal y solidaria. La finalidad en otro modelo es la vida plena y armónica".¹³ De este modo, y continuando con lo expuesto en el párrafo anterior, el Buen Vivir exige que la aplicación del Derecho a la Salud no tenga una perspectiva única, sino que esta considere los elementos culturales de una Sociedad, ya que finalmente no lo reduce solo al bienestar de los seres humanos, sino que la Salud está interconectada con la armonía y bienestar de todo ser vivo (un ecosistema sano). En esta selección de ideas, el Buen Vivir considera también otros constructos sociales que garanticen el desarrollo máximo de los seres humanos, por lo que la Perspectiva de Género en la Salud forma parte también de este programa.

II. Efecto de la vigencia de la norma que se propone sobre la legislación nacional

La reforma propuesta al artículo 9 de la Constitución busca dotar al Estado de un rol mayor en la política nacional de salud al que ha venido ejerciendo de acuerdo al texto constitucional vigente, otorgándole la responsabilidad de garantizar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud, donde actualmente se limita a facilitar dicho acceso en igualdad de condiciones, a la vez que consagra los principios que regirán la prestación de los servicios de salud, como son los de equidad, solidaridad, universalidad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, prevención, integralidad y bioética, y el enfoque generacional y de género que debe estar presente en toda prestación de salud.

En cuanto al artículo 11 de la Constitución Política, la propuesta eleva el estándar de protección de la salud y la pensión al positivizarlos como derechos fundamentales garantizados por el Estado, manteniendo su rol de supervisión sobre las prestaciones de salud y pensiones ofertadas por entidades privadas o mixtas; y desarrolla el contenido del derecho a la salud, cuya realización se encuentra vinculada al ejercicio de otros derechos, tales como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, como concepción amplia de una vida en plenitud, armonía y equilibrio con la naturaleza y la comunidad.

III. Análisis costo beneficio

La presente iniciativa legislativa no implica gastos financieros directos para el erario nacional, debido a que se trata de normas de rango constitucional

¹³ Ávila, Ramiro. 2012. *El Derecho A La Salud En El Contexto Del Buen Vivir La Constitución Ecuatoriana Del 2008 Y El Derecho A La Salud*. Documento disponible en Línea. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar. <https://cutt.ly/nym1bJO>

que implican el reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales, en este caso el derecho a la salud, cuya implementación deberá realizarse a través de las entidades y programas facultados por ley para tal fin, con el correspondiente presupuesto habilitado mediante los mecanismos legales establecidos para la asignación presupuestal de fondos públicos.

En cuanto al beneficio, la presente norma tiene como objetivo que el Estado garantice el derecho fundamental a la salud, a través de políticas orientadas hacia una adecuada prestación de los servicios de salud, redundando en beneficio de toda la población.

IV. Relación de la iniciativa con la Agenda Legislativa y las políticas de Estado expresadas en el acuerdo nacional

Esta iniciativa legislativa se enmarca dentro del objetivo 13 de las Políticas de Estado del Acuerdo nacional, sobre acceso universal a los servicios de Salud y a la Seguridad Universal.

Proyecto de Ley N° 5259/2020-CR



PROYECTO DE LEY QUE
REFORMA EL
ARTÍCULO 7º DE LA
CONSTITUCIÓN
POLÍTICA DEL ESTADO

La bancada parlamentaria de Alianza Para el Progreso, a iniciativa del Señor Congresista de la República **OMAR KARIM CHEHADE MOYA**, en ejercicio de su potestad de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107º de la Constitución Política del Estado, presenta el siguiente:

PROYECTO DE LEY

LEY QUE REFORMA EL ARTÍCULO 7º DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DEL ESTADO:

Artículo 1º. – Modifíquese el artículo 7º de la Constitución Política del Perú, el cual quedará redactado en los siguientes términos:

"Artículo 7º. 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 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 ser un derecho fundamental, se destina anualmente para el sector salud no menos del seis (06) por ciento del Producto Bruto Interno.



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

LA SALUD EN EL PERÚ

1. La salud como derecho fundamental y constitucional

El artículo 7 de la Constitución Política del Estado (en adelante, la Constitución), estipula 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 discapacitada 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".

Según este artículo, la salud es un derecho elemental que tienen todas las personas porque es, en realidad, equivalente al propio derecho a la vida.¹ El derecho a la salud, pertenece a la categoría de los derechos humanos tal y como se comprendieron a fines del siglo XVIII, y tal como se entiende hasta nuestros días en materia de derechos civiles y políticos. Bajo este aspecto, el derecho a la salud es, *de pleno*, un derecho individual, un derecho subjetivo.²

La salud tiene diversas dimensiones, todas fundamentales para su debida protección. En un sentido, el problema de la salud es individual; por ejemplo, cuando alguien contrae una enfermedad debe recibir inmediata atención. En otro sentido, la salud es familiar e incluye prácticas y conocimientos dentro de la familia a fin de proteger la salud colectiva de sus miembros: limpieza, aislamiento de contagios, etcétera. Finalmente, hay también una dimensión social de la salud; por ejemplo, el control de epidemias, el cuidado con la disposición de deshechos y basura, entre otros. La salud debe ser protegida en todos estos aspectos. Por ello, la primera parte de este artículo habla tanto de la salud individual, como de la familiar y de la comunidad.³

Luego, en el artículo 9 de la Constitución establece 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

¹ Marcial Rubio Correa, Para conocer la Constitución de 1993, 6ta edición, Fondo Editorial PUCP, 2017, p. 58.

² Jean Foyer, *Le droit à la santé en droit français in Le Droit à la santé en tant que droit de l'homme*, Académie du Droit International de la Haye, Université des Nations Unies, p. 94.

³ Marcial Rubio Correa, op. cit., p. 59.



para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud". Finalmente, el artículo 11 de la Constitución prevé que "el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento".

De estas tres disposiciones constitucionales se puede colegir que existe un derecho fundamental a la salud, es decir, un derecho a que el organismo funcione en adecuadas condiciones físicas y psíquicas.⁴ Este derecho fundamental ha sido confirmado por el Tribunal Constitucional en su Sentencia del EXP. 5954-2007-PHC/TC, en la cual señala:

Asimismo, si bien es cierto que el derecho a la salud no está contenido en el capítulo de derechos fundamentales de la Constitución, también es cierto que su inescindible conexión con el derecho a la vida, a la integridad y al principio de dignidad, lo configuran como un derecho fundamental indiscutible, pues constituye, como dice el artículo 1 del Título Preliminar de la Ley General de Salud N.º 26842, "condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo". Por ello, deviene en condición necesaria del propio ejercicio del derecho a la vida y, en particular, a la vida digna.⁵

Así, desde una perspectiva objetiva, el derecho a la salud impone una serie de deberes de actuación del Estado. En esa dirección, el Tribunal Constitucional en su Sentencia del EXP. 1956-2004-AA, caso Martha Olinda Combre Rivera, fundamento 7 ha señalado que el Estado:

"debe garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido. Los servicios de salud, por consiguiente, cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los pacientes".⁶

⁴ César Landa Arroyo, Los derechos fundamentales, Fondo Editorial PUCP, 2017, p. 160.

⁵ Sentencia del EXP. 5954-2007-PHC/TC, Caso José Luis Velasco Ureña, fundamento 10.

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2008/05954-2007-HC.pdf>

⁶ Sentencia del EXP. 1956-2004-AA, caso Martha Olinda Combre Rivera, fundamento 7.

<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/01956-2004-AA.html>



Pese a la existencia de confirmadas sentencias del Tribunal Constitucional con respecto a la salud, el tránsito de su condición exclusiva de derecho programático a su afirmación como derecho fundamental de las personas de carácter operativo, exigible y tutelable o subjetivo constitucionalmente reconocido, no ha venido casualmente del texto expreso en las normas constitucionales, sino de la interpretación de éstas por la jurisprudencia constitucional en desarrollo; cuestión que ha provocado, en nuestro país, su posterior declaración en una norma jurídica de naturaleza adjetiva, como es el Código Procesal Constitucional que en su Artículo 37°, inciso 24,⁷ incorpora a la salud como derecho protegido por el proceso de amparo, asimilándolo a los derechos de las personas contenidos en el Artículo 2° de la Constitución Política del Perú.⁸

Esta vocación de igualdad ante el derecho fundamental a la salud en países como el nuestro, no tiene el correlato correspondiente en términos de prioridad social, política ni económica. Así, su concretización como derecho fundamental se hace imperiosa, en el respeto de los compromisos nacionales e internacionales que a lo largo de los años el Estado peruano ha asumido y que hoy corresponde, de manera concreta e histórica, salvaguardar y proteger, por el bienestar y desarrollo de todos nuestros compatriotas.

2. Organización del Sistema Nacional de Salud

Pese a que este año ha sido declarado como el "Año de la Universalización de la Salud", la organización del sector salud sigue siendo ineficaz e inefficiente. Más aún ahora en tiempos de pandemia por el Cvid-19, constatamos la falta de atención médica para nuestra población, la cual se agolpa en los centros médicos sin esperanza de recibir el cuidado necesario. Esta situación insostenible hace que prácticamente se decida quién debe vivir y quién debe morir, solamente por la ausencia de infraestructura, material médico y recursos humanos.⁹

⁷ Código Procesal Constitucional, Artículo 37, numeral 24. Derechos protegidos.

El amparo procede en defensa de los siguientes derechos: A la salud.

⁸ Oscar Ítalo Quijano Caballero, La salud: Derecho Constitucional de carácter programático y operativo, Revista Derecho & Sociedad, N° 47, p. 308.

⁹ Decreto Supremo que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, DECRETO SUPREMO N° 011-2017-SA.

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-modifica-el-reglamento-de-organizacion-y-decreto-supremo-n-011-2017-sa-1512131-7/>



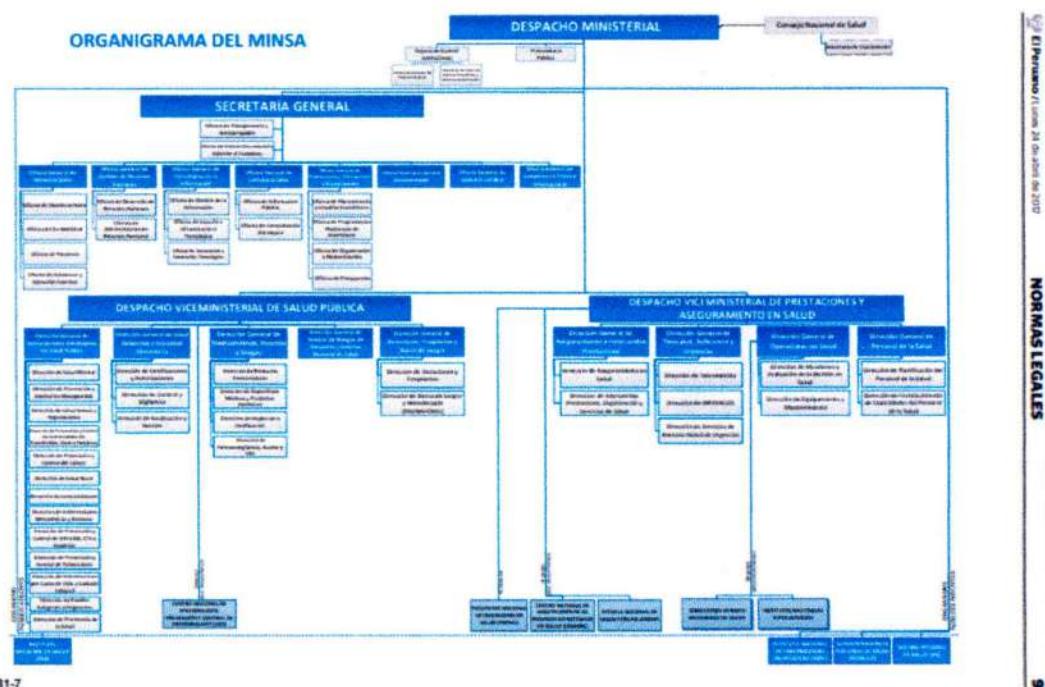


OMAR KARIM CHEHADE MOYA

"Año de la Universalización de la Salud"

En ese sentido debemos afirmar que la llamada Reforma de Salud 2011-2016 viene a seguir una serie de reformas frustradas que ya se iniciaron en el periodo 2006-2011. Desde ese momento, las reformas no han servido a mejorar el sector salud en su capacidad organizativa y de atención al ciudadano. Hoy la pandemia viene precisamente a desnudar estas falencias históricas.

La falla del sistema de salud proviene de un sistema de atención sanitaria descentralizada, administrado por cinco entidades: el Ministerio de Salud (MINSA), *EsSalud* y las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional (PNP), y el sector privado. El resultado es un sistema que contiene numerosos proveedores de servicios y seguros, que cuentan con una coordinación deficiente y, a menudo, desempeñan funciones que se superponen.¹⁰



Vemos entonces que existe una estrategia difusa de sectorizar la atención médica para el personal de la Marina, Fuerza Aérea, Ejército, Policía, Essalud o Ministerio de Salud.

¹⁰ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Personal.

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley_N_29344.pdf



Sin dudas, más allá de la confusión, crea un enorme gasto en infraestructura, recursos humanos, equipos, insumos y medicamentos que a final no sirven para la eficacia del sistema de salud, siendo la principal víctima el ciudadano.

Así, este sistema difuso y compartimentado crea caos cuando la razón exige que cada ciudadano pueda atenderse en cualquier establecimiento de salud de su preferencia, y la institución a la que pertenece tendría que costear el gasto realizado. Sin embargo, hoy cada institución administra sus propios servicios de salud y sus afiliados solo pueden atenderse en ellas. Esto provoca que si un afiliado desea atenderse en otra institución, debe pagar dicho servicio de su propio peculio, aumentando esto el costo de la salud y encareciendo los servicios.

En este sentido, el DL 1159,¹¹ llamado de intercambio prestacional sólo ha venido a crear más confusión, burocracia y corrupción en el sector salud.

Este sistema crea un mecanismo de intercambio obligatorio, con tarifas que no tienen fines de lucro y deberían basarse en una matriz de costos. Sin embargo, el resultado de este intercambio de la compra de servicios entre las instituciones de salud pública y privada, hacen que el ciudadano sea desterrado del servicio de salud que debe obtener del Estado para aventurarse en los meandros del sector privado, donde deberá pagar demasiado por un servicio que el Estado debió proveerle sin mayor costo. Este marco legal es el que dio lugar al famoso caso "Negociazo".¹²

Una vez más, las consideraciones legislativas no ponen ciudadano al centro de las preocupaciones del Estado, haciendo de este sector la presa de negocios inadecuados cuando, como lo hemos demostrado, la salud es un derecho fundamental que se debe respetar plenamente.

3. El Recurso Humano en el sector Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes para garantizar una prestación adecuada del servicio. Sin embargo, en nuestro país se cuenta con 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes, 9.4 menos que lo recomendado por la OMS.¹³

¹¹ https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200291/197023_DL1159.pdf20180926-32492-1lmjdz1.pdf

¹² <https://elcomercio.pe/politica/actualidad/sis-convenio-negociazo-carlos-moreno-claves-399365-noticia/?ref=ecr>

¹³ Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud – Perú 2013 – 2018. <https://drive.minsa.gob.pe/s/zFHR96qtiefRjLG#pdfviewer>

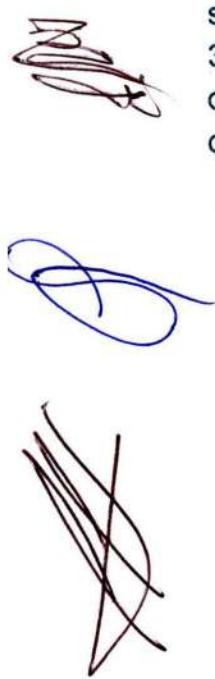


Por la poca inversión en el sector salud, el recurso humano sigue siendo escaso. Esa situación se está viendo de manera real ahora con la crisis generada por el Covid-19. El Perú requiere de personal médico y enfermeros que no se encuentran ya fácilmente, lo cual incide de manera certera en el tratamiento a las víctimas de la pandemia.

4. Inversión histórica y comparativa en el sector Salud

Existe una inadecuación entre el derecho fundamental a la salud y la realidad, la cual se puede comprobar en el más reciente Presupuesto General de la República el Perú previsto para el 2020, recibimos el año más crucial del siglo en que venimos afrontando la pandemia del COVID-19, con un diminuto 2.2% del PBI¹⁴; mientras que el promedio recomendado por la OCDE asciende a 8%¹⁵ y la OMS al 6%, lo cual solo logran cinco países de la región, destacando entre ellos Cuba con el 10%, seguido de EEUU con 8%, y Uruguay con 6%; siendo Haití y Venezuela los que menos recursos destinan al rubro con menos del 2%.¹⁶

Asimismo, constatamos que de manera histórica, el sector salud es y ha sido uno de los más olvidados por las diferentes gestiones gubernamentales. Del gráfico elaborado por este despacho, podemos ver que el monto invertido en el sector salud, con respecto al Producto Bruto Interno del Perú, no ha superado el 3% anual desde el año 2010. Podríamos hacer el cálculo, sobre la base de datos obtenidos en INEI y BCR, en años anteriores y solo constataremos que el nivel de inversión es aún más bajo.



Año	% del PBI
2010	0.1
2011	2.1
2012	2.35
2013	2.6
2014	3
2015	2.5
2016	2.6
2017	2.6
2018	2.6

¹⁴ <https://larepublica.pe/economia/2019/11/22/presupuesto-2020-se-destinara-18-mil-495-millones- para-el-sector-salud>

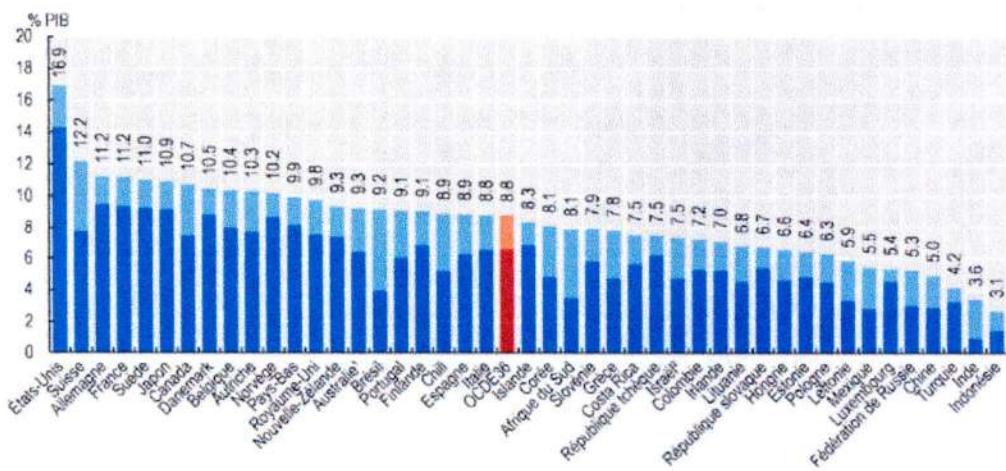
¹⁵ https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es

¹⁶ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-41399983>



Estas cifras confirman, el estado calamitoso en que se encuentra un sector, valga la redundancia, vital para el desarrollo del país.

La ausencia de prioridad en un sector tan importante para la vida y desarrollo de nuestros compatriotas, se hace aún más notable cuando vemos el tratamiento que se le brinda en países de la OCDE, donde han invertido en promedio 8.8 % de su PBI en salud, en el año 2018, cifra estable desde 2013.¹⁷



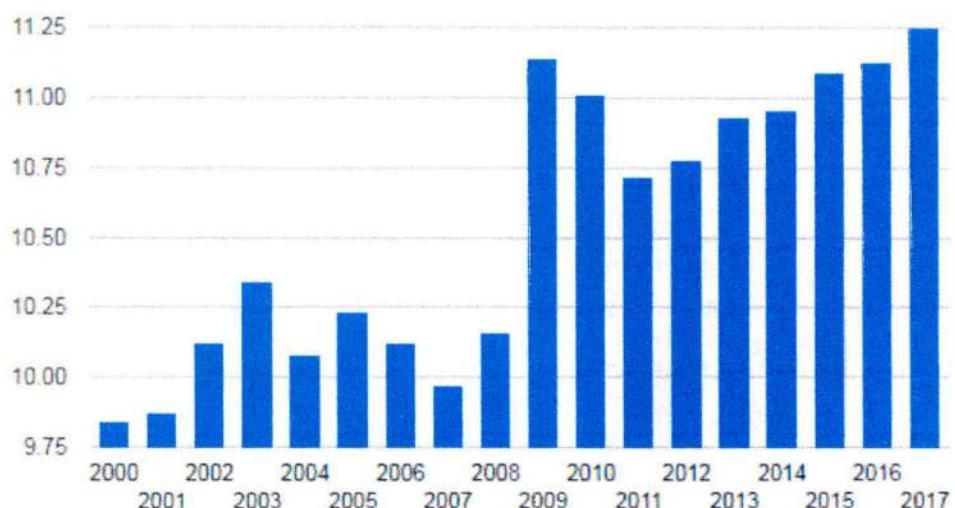
Por su parte, según el Banco Mundial, en Alemania desde el año 2000 al 2017, el promedio de inversión durante ese periodo fue de 10.54 % del PIB. Con una inversión mínima de 9.84 % del PIB en 2000 y máxima de 11.25 % del PIB en 2017¹⁸.



¹⁷ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d889ceef-fr/index.html?itemId=/content/component/d889ceef-fr>

¹⁸ https://es.theglobaleconomy.com/Germany/health_spending_as_percent_of_gdp/

Alemania - Gasto en salud como % del PIB



Con una inversión prioritaria en el sector salud, Alemania ha podido enfrentar con solvencia la pandemia del Covid-19. Valdría la pena remarcar que este nivel de inversión les ha permitido contar con 34 camas por 100,000 habitantes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).¹⁹

Esta cifra contrasta con el número de camas con las que contaba el Perú al inicio de la pandemia: 100 camas UCI a nivel nacional y que solo ahora se proyecta su aumento a 1000.²⁰ Entonces, al momento que se redacta este proyecto, el promedio es de 3 camas UCI por cada 100,000 habitantes, lo cual explica el colapso de los sistemas de salud por los que atraviesa el Perú.



¹⁹ https://www.lemonde.fr/international/article/2020/04/29/forces-et-faiblesses-des-hopitaux-allemands-face-au-coronavirus_6038116_3210.html

²⁰ <https://www.radionacional.com.pe/noticias/actualidad/zamora-el-peru-llegara-a-la-meta-de-tener-mil-camas-uci>



Foto 1: Situación de las camas en el Hospital Regional de Loreto en la ciudad de Iquitos (Septiembre 2019).

Es necesario recalcar que, esta pírrica cifra implica que miles de compatriotas han perecido debido a la ausencia de infraestructura y equipo médico que puedan salvarlos, violando así su derecho fundamental a la salud y a la vida.

Esta situación indica la incongruencia presupuestaria entre la cruda realidad del sistema de salud en el territorio peruano y las directivas que podrían figurar en todo Plan Nacional Concertado en Salud.²¹ Así, según el MINSA:

"Derecho a la Salud: Es una obligación del Estado peruano generar las condiciones en las cuales todos pueden vivir lo más saludable posible. Estas condiciones comprenden: la disponibilidad generalizada de los servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, viviendas adecuadas y alimentos inocuos nutritivos, acceso a agua segura, entre otros, no limitándose el derecho a la salud únicamente a estar sanos." (Énfasis agregado).

Para nadie es un secreto que los hospitales públicos son campos de concentración, donde los pacientes acuden por miles a diario para lograr una cita recién al mes, acuden el día indicado y son mal atendidos cuatro o cinco horas después; naturalmente que por insuficiencia de médicos, enfermeras e infraestructura.²²

²¹ <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3684.pdf>

²² <https://www.google.com/search?q=fotos+de+inmensas+colas+en+hospitales+publicos&hl=es-419&tbo=isch&source=iu&ictx=1&fir=R3ISjIMY7-OoDM%253A%252C8N3fKvqh6ol-1M%>





5. Las tasas de mortalidad

Tal diferencia se refleja también en los índices de mortalidad infantil, ya que en los que mayor recurso se destina a salud es de 8 niños por cada 1000 nacidos, en tanto que en Venezuela y Haití es de 14 y 59, respectivamente²³. En el Perú tenemos una tasa vergonzosa de 16,7 por mil nacimientos al 31 de diciembre del 2019²⁴.

Paraguay.

total: 16.9 deaths/1,000 live births

male: 20 deaths/1,000 live births

female: 13.7 deaths/1,000 live births (2020 est.)

Peru

total: 16.7 deaths/1,000 live births

male: 18.7 deaths/1,000 live births

female: 14.6 deaths/1,000 live births (2020 est.)

Philippines

total: 20 deaths/1,000 live births

male: 22.9 deaths/1,000 live births

female: 17 deaths/1,000 live births (2020 est.)

25

Es penoso saber que, a casi doscientos años de vida republicana, y haber sido el país donde se selló la Independencia Americana, tenemos una tasa de mortalidad infantil tan elevada en la región, y ocupamos uno de los últimos lugares en el presupuesto de salud. Lo que es más grave, en el departamento de Ayacucho, donde se firmó la Capitulación que nos libró del yugo colonial de España, la tasa de mortalidad es de 20,8 por mil nacidos; siendo Puno el que encabeza la mayor escala con 41,6 por mil.²⁶ Ni qué decir de las espantosas

²³ Ibid

²⁴ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/354.html>

²⁵ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/354.html>

²⁶ https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1478/libro.pdf



cifras de mortalidad por causa de cáncer cervical. Según cifras oficiales del Ministerio de Salud al año 2016, al menos 1,715 mujeres mueren por este cáncer cada año, lo que en las estadísticas de ese Sector viene a ser una proporción de 4 de cada 10 mujeres con ese tipo de cáncer, siendo el que encabeza la escala de mayor incidencia en el país²⁷.

Tabla 1: Distribución de los casos de cáncer por localización topográfica y sexo, enero a diciembre 2016

TOPOGRAFIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix	---	1200	1200	21.9
Piel	297	379	676	12.3
Estómago	351	273	624	11.4
Mama	3	480	483	8.8
Próstata	257	---	257	4.7
Colon	89	136	225	4.1
Tiroides	23	149	172	3.1
Hematológico	83	84	167	3.1
Pulmón	74	86	160	2.9
Ovario	---	128	128	2.3
Otros	652	730	1382	25.2
TOTAL	1829	3645	5474	100.0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

28

En lo que se refiere a las tasas de TBC, que es una enfermedad infecciosa ocasionada directamente por desnutrición, los datos comparativos al año 2012 determinaba que ocupábamos el tercer lugar en la región²⁹ después de Bolivia y la Guyana Francesa, con una incidencia de 95 infectados por cada 100 mil habitantes.³⁰



²⁷ <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4232.pdf>

²⁸ Ibid, p. 10.

²⁹ Ibid

³⁰

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/\\$FILE/1_a_sistbc.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/$FILE/1_a_sistbc.pdf) . p. 19.

Figura 4. Región de las Américas: Los diez países con más alta tasa de incidencia estimada de TB, 2012 (por 100 000 habitantes)



Fuente: OPS. La tuberculosis en la Región de las Américas, Informe Regional 2014.

Esta situación de postración ha permitido que la salud haya sido considerada un sector casi marginal a lo largo de nuestra historia, lo que viene ser la causa directa de los efectos devastadores de la pandemia del COVID-19, al momento de redactar este proyecto, en el que ya pasamos de los 80 mil infectados oficiales y más de 2,500 fallecidos³¹, pese a haber decretado el Estado de Emergencia sanitaria y el aislamiento social obligatorio desde el décimo día de surgido el caso cero.

Así, tenemos hospitales sin el debido equipamiento, médicos a cargo del Estado en número insuficiente, ausencia de medicamentos básicos a cuenta del SIS, lo que lo convierte en una ilusión, en muchos casos, ya que los pacientes deben comprar las recetas de sus recursos dedicados a la subsistencia. Lo más grave que hemos podido apreciar, es que pese a tener un crecimiento sostenido del PBI en los últimos 30 años, nuestros hospitales contaban solo con 504 ventiladores a un mes y dos días de iniciada la pandemia con el denominado "caso cero"³², situación que condenaba a una muerte segura a miles de ciudadanos con enfermedades preexistentes, a lo que se agrega la carencia de pruebas de descarte, mascarillas, y hasta balones de oxígeno. Así se explica que ahora vemos a nuestros compatriotas desfallecer en las calles sin tener atención digna que salve sus vidas.

Este cúmulo de situaciones conlleva a graves consecuencias sanitarias, lo cual implica una violación constante de los derechos humanos de nuestros

³¹ <https://larepublica.pe/sociedad/2020/05/10/coronavirus-peru-en-vivo-minuto-a-minuto-ultimas-noticias-hoy-domingo-10-de-mayo-2020-casos-confirmados-covid-19-muertes-infected>

³² <https://gestion.pe/peru/coronavirus-peru-comando-covid-19-aseguro-que-hay-504-ventiladores-mecanicos-para-pacientes-en-uci-estado-de-emergencia-segundo-martillazo-nndc-notic>



compatriotas. Así, la discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales.³³

En los conos de la ciudad de Lima y en los pueblos más alejados del interior del país, los enfermos deben caminar decenas de kilómetros para acceder a una posta médica solo para ser deficientemente atendidos o, si la enfermedad es complicada, sufrir complejos trámites burocráticos de transferencia al hospital de la ciudad respectiva, donde debe someterse a los padecimientos de largas colas y angustiosa espera descritas en el párrafo anterior.³⁴



Al respecto la Organización Panamericana de la Salud ha referido que:

*"Está comprobado que cuando existen barreras de acceso a los servicios (ya sean económicas, geográficas, culturales, demográficas, u otras) el deterioro de la salud no solo implica mayores gastos, sino también la pérdida de ingresos. La inexistencia de mecanismos de protección contra el riesgo financiero de la enfermedad origina y perpetúa un círculo vicioso de enfermedad y pobreza."*³⁵

Por otro lado, en lo que se refiere a la salud mental, hasta hace tres años cuatro millones de peruanos padecía de algún trastorno mental, es decir casi la séptima parte de la población, de los cuales el 60% de ellos no eran atendidos agravándose la dramática situación en que vienen lacerándose emocionalmente y perdiendo valiosos años de vida productiva. Científicos sociales como Baltazar Caravedo y Javier Mariátegui advertían ya desde 1960 del abandono del sector

³³ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud asume como principio "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano."

<http://www9.who.int/about/mission/es/>

³⁴ <https://andina.pe/Agencia/noticia-alertan-riesgos-centros-y-postas-salud-falta-medicos-633030.aspx>

³⁵ https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es



salud mental y señalaban esta situación como una de las causas del obstáculo para el desarrollo del país. Señalaban la necesidad de destinar los recursos necesarios la prevención y tratamiento en este sector.³⁶ Según reportes de entonces, solo existiría la diminuta cantidad de 39 centros públicos de atención con un psiquiatra.³⁷ Sin, embargo, dado que todos los especialistas sostienen que la actual pandemia viene generando también otra ola pandémica de trastornos mentales, es incalculable la cantidad de centros de atención, psicólogos y psiquiatras que se van a necesitar. Sino, que lo digan los millones de peruanos que sufren el estrés y traumas del encierro de la cuarentena, y los que a eso agregan la desesperación de no contar con los medios de subsistencia para resistir en ella.

No olvidemos que a diario llegan imágenes apocalípticas de muertos del mundo entero que son enterrados en fosas comunes, y que en nuestro país también ya se ha convertido en triste y dolorosa realidad, que impacta calamitosamente en el equilibrio emocional de cualquiera. Nadie escapa a estas alturas de tener un familiar o conocido muerto como consecuencia del fatal virus que devasta la salud de la población en su conjunto.

Todo este cuadro de postergación social de la salud es consecuencia de no haberla tenido como prioridad constitucional, social, política y presupuestal. En ese orden de aspectos es que consideramos que la Carta Magna debe ser reformada para tener a la vida y a la salud física y mental como fin supremo de la sociedad y el Estado, lo cual permitirá que pasada la pandemia siga siendo una prioridad de política de Estado y determine el accionar de gobiernos futuros, destinando un promedio no menor al 8% del presupuesto público a este sector, y que la sociedad en su conjunto tenga la herramienta constitucional para poder exigirlo así. Cabe recalcar que para el 2020, el presupuesto inicialmente modificado (PIM) es de S/. 10'036,533,040,³⁸ lo cual corresponde a un promedio de inversión en este sector de 5.3% del presupuesto público.

Esta cifra, en mérito a lo sustentado no es suficiente ni adecuada para una población de 32 millones de peruanos.

Es elocuente también lo referido por la OPS sobre el derecho fundamental a la salud y el financiamiento de su realización:

³⁶ Peru: mental health in a complex country, Marta B. Rondón, p. 12.

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/BA71D6A81BC4B363B846F379F3F8CD44/S1749367600000230a.pdf/peru_mental_health_in_a_complex_country.pdf

³⁷ <https://gestion.pe/tendencias/cifras-datos-problemas-salud-mental-peru-129100-noticia/?ref=gesr>

³⁸ <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/>



"El valor fundamental en la definición de acceso en la estrategia es el del «derecho a la salud», adoptado como una prioridad de la sociedad en su conjunto, que requiere un financiamiento adecuado, asignado y gestionado de manera eficiente"³⁹

Esta prioridad se deriva también de lo establecido en el artículo 25, inciso 1, de la DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, en el que se determina que la salud es la condición para un nivel de vida adecuado:

"Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."⁴⁰

LA SALUD EN LA HISTORIA CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

Es necesario destacar que la postergación de la salud en el Perú, es tan antigua como nuestra historia republicana de casi doscientos años atrás y que con éste proyecto se propone corregir para las futuras generaciones con políticas de Estado.

Así vemos que, en nuestra primera Constitución Política de 1823, no se hizo mención alguna al derecho a la Salud.

Por su parte, en las constituciones de 1826, 1828, 1834, 1839, 1856, 1860, 1867, y 1920 la mención es indirecta y relativa, usando el concepto de "salubridad" como un simple límite a la libertad de trabajo, mas no como un derecho fundamental ni prioritario:

CONSTITUCIÓN DE 1826:

"Art. 148º.- Ningún género de trabajo, industria o comercio puede ser prohibida, a no ser que se oponga a las costumbres públicas, a la seguridad, y a la salubridad de los peruanos."⁴¹

³⁹ Ibid.

⁴⁰ <https://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2014/03/DECLARACION-UNIVERSAL-DE-DERECHOS-HUMANOS.pdf>

⁴¹ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1826\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1826))



CONSTITUCIÓN DE 1828:

"Art. 166º.- Es libre todo género de trabajo, industria o comercio: a no ser que se oponga a las costumbres públicas o a la seguridad y salubridad de los ciudadanos."⁴²

CONSTITUCIÓN DE 1834:

"Art. 162º.- Es libre todo género de trabajo, industria o comercio, a no ser que se oponga a las buenas costumbres o a la seguridad y salubridad de los ciudadanos, o que lo exija el interés nacional, previa disposición de una ley."⁴³

CONSTITUCIÓN 1839:

"Art. 169º.- Es libre todo género de trabajo, industria o comercio, a no ser que se oponga a las costumbres públicas, o a la seguridad, o salubridad de los ciudadanos."⁴⁴

CONSTITUCIÓN DE 1856:

"Art. 22º.- Es libre todo trabajo que no se oponga a la moral, seguridad, o salubridad pública."⁴⁵

CONSTITUCIÓN DE 1860:

"Artículo 23.- Puede ejercerse libremente todo oficio, industria o profesión que no se oponga a la moral, a la salud ni a la seguridad pública."⁴⁶

CONSTITUCIÓN DE 1867:



⁴² [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1828\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1828))

⁴³ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1834\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1834))

⁴⁴ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1839\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1839))

⁴⁵ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1856\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1856))

⁴⁶ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1860\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1860))

"Art. 22º.- Puede ejercerse libremente toda industria o profesión que no se oponga a la moral, seguridad o salubridad pública."⁴⁷

CONSTITUCIÓN DE 1920:

"Artículo 18.- Todos se hallan sometidos a las leyes penales y a las que resguardan el orden y la seguridad de la Nación, la vida de los habitantes y la higiene pública."

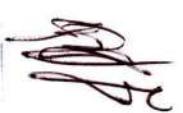
"Artículo 46.- La Nación garantiza la libertad de trabajo, pudiendo ejercerse libremente todo oficio, industria o profesión que no se oponga a la moral, a la salud ni a la seguridad pública.

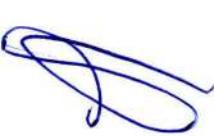
La ley determinará las profesiones liberales que requieran título para su ejercicio, las condiciones para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo."

"Artículo 47.- El Estado legislará sobre la organización general y la seguridad del trabajo industrial y sobre las garantías en él de la vida, de la salud y de la higiene.

La ley fijará las condiciones máximas del trabajo y los salarios mínimos en relación con la edad, el sexo, la naturaleza de las labores y las condiciones y necesidades de las diversas regiones del país.

Es obligatoria la indemnización de los accidentes del trabajo en las industrias y se hará efectiva en la forma que las leyes determinen.⁴⁸


Es recién en la Constitución de 1933 que se establece como deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia:


CONSTITUCIÓN DE 1933:

"Artículo 50.- El Estado tiene a su cargo la sanidad pública y cuida de la salud privada, dictando las leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezcan el perfeccionamiento físico, moral y social de la población."

"Artículo 52.- Es deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El Estado defiende el derecho del niño a la vida del hogar, a la educación, a la orientación vocacional y a la amplia asistencia cuando se halle en situación de abandono, de enfermedad

⁴⁷ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1867\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1867))

⁴⁸ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1920\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1920))



o de desgracia. El Estado encomendará el cumplimiento de lo dispuesto en este Artículo a organismos técnicos adecuados."⁴⁹

Curiosamente, pese a al carácter social que primó en la vocación principios de la Constitución de 1993, ese avance de 1933 no se recogió en aquella, veamos:

CONSTITUCIÓN DE 1979:

"Artículo 15.- Todos tienen derecho a la protección de la **salud integral** y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad."

"Artículo 16.- El Poder Ejecutivo señala la **política nacional de salud**. Controla y supervisa su aplicación. Fomenta las iniciativas destinadas a ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud dentro de un régimen pluralista.

Es responsable de la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado, que planifica y coordina la atención integral de la salud a través de organismos públicos y privados, y que facilita a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad. La ley norma su organización y funciones.⁵⁰


La Constitución vigente de 1993 reprodujo el texto de su predecesora, limitándose a considerar el derecho a la salud como un derecho protegido, pero no prioritario:

CONSTITUCIÓN DE 1993

"Artículo 7º. 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."

"Artículo 9º. El Estado determina la **política nacional de salud**. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y

⁴⁹ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1933\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1933))

⁵⁰ [https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_\(1979\)](https://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_del_Per%C3%BA_(1979))



conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todo el acceso equitativo a los servicios de salud."

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

Como hemos visto, la salud nunca ha sido tratada como un derecho fundamental y prioritario para las constituciones políticas y el Estado peruano. Las consecuencias las vemos descarnadamente en estos días aciagos en que nuestro país es atacado por un virus de altísimo contagio y peligro.

EL DERECHO COMPARADO

Actualmente muchas de las constituciones de distintos países del mundo y organizaciones internacionales contienen este derecho, pero sin tener el carácter de prioridad para el Estado, veamos:

PREAMBULO CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

De acuerdo a la Constitución de la Organización Mundial de Salud (OMS), "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados."⁵¹

En esa línea, señala también entre los objetivos primordiales de los estados:

". Desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos.

Promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud.

*Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas.*⁵²

⁵¹ https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

⁵² https://www.ecured.cu/Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud



Asimismo, que todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud física y mental, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición. La no discriminación y la igualdad exigen que los Estados adopten medidas para reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria.⁵³

CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA

"Artículo 35.- Protección de la salud

Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana."⁵⁴

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

"Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."⁵⁵

CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA:

"Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud

⁵³ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

⁵⁴

<http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/europa/CDFUE/CartaDerechosFundamentalesUnionEuropea-v2007.htm>

⁵⁵ <http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm>



por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad." ⁵⁶

CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA:

"Artículo 42.- Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control." ⁵⁷

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE MÉXICO:

"Artículo 4º.- La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

Toda persona tiene derecho a la **protección de la salud**. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (...) " ⁵⁸

⁵⁶ <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

⁵⁷ <https://www.cjlc.org/es/NuestrasConstituciones/ARGENTINA-Constitucion.pdf>

⁵⁸ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060320.pdf



CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE CHILE:

"Artículo 19:

"La Constitución asegura a todas las personas:

(...)

9º.- El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado." (...) ⁵⁹

CONSTITUCIÓN NACIONAL DE PARAGUAY:

***"Artículo 68.- Del derecho a la salud: El Estado protegerá y promoverá la salud** como derecho fundamental de la persona y en interés de 14 Constitución Nacional de la República del Paraguay la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes. Toda persona estará obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.*

***Artículo 69.- Del sistema nacional de salud:** Se promoverá **un sistema nacional de salud** que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado." ⁶⁰*

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

"Artículo 43

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

⁵⁹ <https://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/senado/2012-01-16/093413.htm>

⁶⁰ https://www.oas.org/juridico/spanish/par_res3.htm



3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio." ⁶¹

CONSTITUCIÓN SUIZA

Capítulo 3 Fines sociales

"Artículo 41

1. La Confederación y los cantones se comprometen, en complemento de la responsabilidad individual y de la iniciativa privada, a que:

a. toda persona beneficie de la seguridad social;

b. **toda persona beneficie de los cuidados necesarios a su salud;**⁶² (Traducción propia)

CONSTITUCIÓN DE ALEMANIA

"Artículo 2

2. **Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física.** La libertad de una persona es inviolable. Estos derechos solo pueden ser interferidos por la ley."

El derecho a la salud forma parte del derecho a la integridad física, asociado al derecho a la vida. Este respeto por el derecho a la vida puede considerarse, en este sentido, como la etapa final del derecho a la salud. Es de orden imperativo que tal derecho fundamental pueda tener una consecuencia en las acciones del Estado peruano a través de una inversión no menor al seis (6) por ciento del Producto Bruto Interno del Perú.

EL ACUERDO NACIONAL

Conscientes de esa ausencia histórica, el Acuerdo Nacional ha establecido que la reforma de salud en el Perú debe tener a las personas como finalidad de las medidas de cambio y mejora, y que "El estado es garante y principal responsable de asegurar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del cuidado y la atención en salud a través de un sistema de salud eficiente y eficaz"⁶³; razón por



⁶¹ <http://www.senado.es/web/conocersenado/normas/constitucion/detalleconstitucioncompleta/index.html#t1c3>

⁶² <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>

⁶³ <https://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

la cual no podemos dejar sin marco constitucional prioritario a cualquier reforma futura en materia de salud.

EFFECTOS DE ESTA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente propuesta legislativa tendrá el efecto de reformar el artículo 7º de la Constitución Política del Perú, para incluir allí la imperiosa necesidad de darle al derecho fundamental de la salud de todos los peruanos, un mínimo del 6% del Producto Bruto Interno por año. De esta importante modificación constitucional, dependerá la vida y la salud de nuestras futuras generaciones, quienes podrán gozar de salud física y mental, necesarias para el desarrollo del Perú.

ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La presente iniciativa de reforma no acarreará gasto alguno al Estado, al contrario le permitirá el beneficio de contar con el corolario constitucional idóneo para adoptar políticas de Estado firmes, resueltas y prioritarias en distintas esferas de la vida social, incluyendo, naturalmente, la de programar sus presupuestos anuales dando atención primordial y preferente a los gastos de salud pública, de acuerdo a los tiempos en que vivimos.



MeLENDEZ
COMBINA

Omar Chehade Moya
Congresista de la República



MeLENDEZ
FERNANDO MELENDEZ



VALDEZ



Firmado digitalmente por:
CONDORI FLORES Julio
Freddy FAU 20161740126 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 15/05/2020 13:03:43-0500



.....
FERNANDO MELENDEZ CELIS
Directivo Portavoz Titular
Grupo Parlamentario
Alianza Para el Progreso - APP



HUMBERTO ACUÑA



JOSÉP RIVAS



RIVAS

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Lima,25.....de.....MAYO.....del 2021.....
Según la consulta realizada, de conformidad con el
Artículo 77º del Reglamento del Congreso de la
República: pase la Proposición N° 5259 para su
estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de
CONSTITUCIÓN Y REGLA-
MENTO.

JAVIER ANGELES ILLMAN
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

