



14.^a SESIÓN (Vespertina)

MIÉRCOLES 22 DE OCTUBRE DE 2014

PRESIDENCIA DEL SEÑOR NORMAN DAVID LEWIS DEL
ALCÁZAR,

DE LA SEÑORA ANA MARÍA SOLÓRZANO FLORES

Y

DEL SEÑOR MODESTO JULCA JARA

SUMARIO

Se pasa lista.— Se abre la sesión.— Se aprueban, sin observaciones, las actas de las sesiones 10.^a y 11.^a, celebradas los días 12 y 22 de setiembre, y 24 de setiembre de 2014, respectivamente.— La ministra de Salud, señora Midori De Habich Rospigliosi, concurre al Congreso de la República para dar respuesta al pliego interpelatorio contenido en la Moción de Orden del Día 11366, admitida en la sesión del 9 de octubre de 2014.— Se suspende la sesión.

A las 16 horas y 7 minutos, bajo la Presidencia del señor Norman David Lewis Del Alcázar e integrando la Mesa Directiva el señor Modesto Julca Jara y Esther Capuñay Quispe, el Relator pasa lista, a la que contestan los señores **Miguel Grau Seminario**¹, Abugattás Majluf, Aguinaga Recuenco, Alcorta Suero, Andrade Carmona, Angulo Álvarez, Anicama Nañez, Apaza Condori, Apaza Ordóñez, Becerril Rodríguez, Bedoya de Vivanco, Belaunde Moreyra, Benítez Rivas, Bruce Montes de Oca, Cabrera Ganoza, Canches Guzmán, Cárdenas Cerrón, Carrillo Cavero, Ccama Layme, Chávez Cossío, Chehade Moya, Chihuán Ramos, Coa Aguilar, Condori Cusi, Crisólogo Espejo, Cuculiza Torre, Dammert Ego Aguirre, De la Torre Dueñas, Delgado

Zegarra, Díaz Dios, Eguren Neuenschwander, Espinoza Cruz, Falconí Picardo, Fujimori Higuchi, Galarreta Velarde, Gamarra Saldívar, Gastañadui Ramírez, Grandez Saldaña, Guevara Amasifuen, Huaire Chuquichaico, Huayama Neira, Hurtado Zamudio, Isla Rojas, León Rivera, León Romero, Lescano Ancieta, Llatas Altamirano, López Córdova, Luna Gálvez, Mavila León, Medina Ortiz, Mendoza Frisch, Molina Martínez, Monterola Abregu, Mora Zevallos, Mulder Bedoya, Nayap Kinin, Neyra Huamaní, Neyra Olaychea, Núñez de Acuña, Oseda Soto, Pari Choquecota, Pariona Galindo, Pérez del Solar Cuculiza, Pérez Tello de Rodríguez, Portugal Catacora, Reátegui Flores, Reggiardo Barreto, Rimarachín Cabrera, Rodríguez Zavaleta, Romero

¹ Por Res. Leg. N° 23680 (13-10-83), se dispone permanentemente una curul, en el Hemiciclo del Congreso, con el nombre del Diputado Miguel Grau Seminario. La lista de asistencia comenzará con el nombre del Héroe de la Patria, MIGUEL GRAU SEMINARIO, tras cuyo enunciado la Representación Nacional dirá ¡PRESENTE!

Rodríguez, Rondón Fudinaga, Rosas Huaranga, Ruiz Loayza, Salazar Miranda, Salgado Rubianes, Sarmiento Betancourt, Schaefer Cuculiza, Simon Munaro, Spadaro Philipps, Tan de Inafuko, Tapia Bernal, Tejada Galindo, Teves Quispe, Urquizo Maggia, Valencia Quiroz, Valle Ramírez, Valqui Matos, Velásquez Quesquén, Wong Pujada, Yrupailla Montes, Zamudio Briceño, Zeballos Salinas y Zerillo Bazalar. (Los señores congresistas precitados, además de contestar a la lista, registran su asistencia por medio del sistema digital.)

Con licencia oficial, los congresistas Gutiérrez Córdor, Jara Velásquez (presidenta del Consejo de Ministros), Omonte Durand (ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables) y Otárola Peñaranda (ministro de Trabajo y Promoción del Empleo).

Con licencia por enfermedad, los congresistas Kobashigawa Kobashigawa y Tait Villacorta.

En función de representación, los congresistas Acuña Núñez, Espinoza Rosales, Lay Sun y Melgar Valdez.

Ausentes, los congresistas Acha Romani, Acuña Peralta, Bardález Cochagne, Beingolea Delgado, Castagnino Lema, Chacón De Vettori, Coari Mamani, Condori Jahuirra, Cordero Jon Tay, Elías Ávalos, García Belaunde, Iberico Núñez, Inga Vásquez, Merino De Lama, Ramírez Gamarra, Reynaga Soto, Rivas Teixeira, Saavedra Vela, Tubino Arias Schreiber y Vacchelli Corbetto.

Suspendidos, los congresistas Gagó Pérez, Uribe Medina y Yovera Flores.

—Durante el pasado de lista, asume la Presidencia la señora Ana María Solórzano Flores.



La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Han registrado su asistencia 97 congresistas. El quórum para la presente sesión es de 62 representantes.

Con el quórum reglamentario, se inicia la sesión.

Se pone en observación las actas de las sesiones 10.^a y 11.^a, celebradas los días 12 y 22 de setiembre, y 24 de setiembre de 2014, respectivamente.

—Se aprueban, sin observaciones, las actas de la sesión 10.^a, celebrada los días 12 y 22

de setiembre, y de la sesión 11.^a, celebrada el día 24 de setiembre de 2014.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Han sido aprobadas.

La ministra de Salud, señora Midori De Habich Rospigliosi, concurre al Congreso de la República para dar respuesta al pliego interpelatorio contenido en la Moción de Orden del Día 11366, admitida en la sesión del 9 de octubre de 2014

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Se encuentra en los salones de la Presidencia la ministra de Salud, señora Midori De Habich Rospigliosi, quien concurre al Congreso de la República para dar respuesta al pliego interpelatorio contenido en la Moción de Orden del Día 11366, admitida en la sesión del 9 de octubre de 2014.

Con dicho fin, va a ser invitada a ingresar a la sala de sesiones.

Suspendemos la sesión por breve término.

—Se suspende la sesión a las 16 horas y 44 minutos.

—Ingresa a la sala de sesiones la ministra de Salud, Midori De Habich Rospigliosi.

—Se reanuda la sesión a las 16 horas y 50 minutos.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Se reanuda la sesión.

Antes de tratar el tema de fondo, la Mesa Directiva se complace en saludar por su cumpleaños al congresista Wuilian Monterola; asimismo, un saludo especial al congresista Octavio Salazar.

La Presidencia y la Mesa Directiva expresan su más cordial saludo a la ministra de Salud, señora Midori De Habich Rospigliosi.

Se va a dar lectura al artículo 131 de la Constitución Política del Perú y al artículo 83 del Reglamento del Congreso.

El RELATOR da lectura:

“Constitución Política del Perú

Artículo 131.— Es obligatoria la concurrencia del Consejo de Ministros, o de cualquiera de los

ministros, cuando el Congreso los llama para interpelarlos.

La interpelación se formula por escrito. Debe ser presentada por no menos del quince por ciento del número legal de congresistas. Para su admisión, se requiere el voto del tercio del número de representantes hábiles; la votación se efectúa indefectiblemente en la siguiente sesión.

El Congreso señala día y hora para que los ministros contesten la interpelación. Esta no puede realizarse ni votarse antes del tercer día de su admisión ni después del décimo.”

“Reglamento del Congreso de la República

Interpelación de los miembros del Consejo de Ministros

Artículo 83.— El procedimiento de interpelación al Consejo de Ministros en pleno o a cualquiera de los ministros se desarrolla de acuerdo con las siguientes reglas:

a) El pedido de interpelación se formula mediante moción de orden del día, firmada por no menos del quince por ciento del número legal de congresistas y acompañada del respectivo pliego interpelatorio. Tiene preferencia en el Orden del Día y es vista antes que cualquier otra moción pendiente en la agenda.

b) Para la admisión de la moción de interpelación se requiere el voto de por lo menos el tercio de congresistas hábiles. La votación se efectúa indefectiblemente en la siguiente sesión a aquella en que se dio cuenta de la moción.

c) El Pleno del Congreso acuerda día y hora para que los ministros contesten la interpelación, lo que les será comunicado con anticipación, acompañando el pliego respectivo. La interpelación no puede realizarse, en ningún caso, antes del tercer día siguiente a la votación ni después del décimo. Si fuera necesario se cita, para este efecto, a una sesión especial.”

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— La metodología a seguir en la interpelación será la siguiente:

El Relator dará lectura a cada una de las preguntas contenidas en el pliego interpelatorio, las que inmediatamente serán respondidas por la ministra de Salud. En esta etapa no se concede interrupciones.

Conforme a lo acordado por la Junta de Portavoces, el tiempo para el presente debate tendrá una duración de 90 minutos, distribuidos proporcionalmente entre los grupos parlamentarios según la relación a la que se dará lectura.

El RELATOR da lectura:

Distribución proporcional del tiempo de debate:

Grupo Parlamentario Nacionalista Gana Perú, 26 minutos; Grupo Parlamentario Fuerza Popular, 25 minutos; Grupo Parlamentario Perú Posible, ocho minutos; Grupo Parlamentario Acción Popular-Frente Amplio, seis minutos; Grupo Parlamentario Concertación Parlamentaria, seis minutos; Grupo Parlamentario Solidaridad Nacional, cinco minutos; Grupo Parlamentario PPC-APP, cinco minutos; Grupo Parlamentario Dignidad y Democracia, cinco minutos; Grupo Parlamentario Unión Regional, cuatro minutos.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Los portavoces de los grupos parlamentarios se servirán alcanzar a la Mesa la relación de oradores, con el orden y el tiempo por el que harán uso de la palabra.

Señor Relator, sírvase dar lectura a la primera pregunta contenida en el pliego interpelatorio.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 1:

¿El modelo de APP en salud que el Minsa impulsa es el mismo aplicado en el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, en el que el Estado ha financiado el 100% de la construcción y equipamiento, y el Consorcio Peruano Hispano ganador no ha invertido nada?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra, señora ministra de Salud.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Muy buenas tardes, señora Presidenta.

Por su intermedio, un cordial saludo a toda la Representación Nacional.

Antes de dar respuesta puntual a la pregunta, permítame, señora Presidenta, hacer una breve explicación de la política multianual de inversiones en salud que estamos implementando, en cuyo

marco se puede hacer la discusión acerca de las asociaciones público-privadas —APP— en general.

En el Perú existe, como sabemos, una brecha muy importante de equipamiento e infraestructura de servicios públicos de salud. Se requiere mejorar la capacidad de respuesta en todos los niveles de atención con más y mejores establecimientos de salud, adaptando la oferta pública a la nueva demanda de servicios de salud.

Para responder a ese desafío, el Ministerio de Salud ha definido una política de inversiones que tiene como atributos principales una visión estratégica multianual, un enfoque de red de servicios dentro de un territorio determinado y su formulación sobre la base de consensos entre niveles de gobierno, los que se definen en el seno de dos instancias claves: la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud y los comités regionales intergubernamentales de inversión en salud.

Para implementar la política de inversiones, se ha previsto el compromiso, de aquí al año 2016, de ocho mil 400 millones de nuevos soles, priorizando 170 hospitales estratégicos de nivel intermedio y ámbito provincial, con los cuales se busca acercar la atención especializada a los pobladores y descongestionar los hospitales de tercer nivel que están saturados por una demanda que podría ser atendida en ese nivel que hoy es casi inexistente en el país.

Además de estos hospitales intermedios, también se ha considerado en el Plan Multianual la inversión en 23 hospitales regionales y 11 hospitales nacionales.

La mayor parte de estos 204 proyectos se ejecutará mediante la modalidad tradicional a cargo del Estado. Complementariamente, se ha considerado que algunos de estos proyectos pueden ser ejecutados mediante asociaciones público-privadas y a través del mecanismo de obras por impuestos, a fin de ser más eficaces, garantizar el mantenimiento de la infraestructura y los equipos, realizar la inversión con mayor oportunidad e incorporar innovación tecnológica.

El Ministerio de Salud está implementando el marco normativo sobre asociaciones público-privadas aprobado por este Congreso de la República. La ley más reciente es la Ley 30167, promulgada el 2 de marzo de 2014, Ley que modifica el Decreto Legislativo 1012, de mayo de 2008, que aprueba la Ley Marco de asociaciones público-privadas para la generación de empleo

productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada.

Asimismo, las leyes 29952 y 30114, leyes de presupuesto del sector público de los años 2013 y 2014, respectivamente, establecen disposiciones que promueven la participación del sector privado en obras y servicios públicos.

Es así que el Perú desde el año 1991 ha promovido y regulado la participación del sector privado, tal como se establece en el Decreto Legislativo 674, de setiembre de 1991.

Este marco normativo, política de estado sostenida durante varios periodos gubernamentales, cuenta además con el aval político del Acuerdo Nacional, que en su Vigésimo Primera Política de Estado, literal b), señala que el Estado “otorgará un tratamiento especial a las obras de servicio social, con especial énfasis en la infraestructura de salud, educación, saneamiento, riego y drenaje, para lo cual buscará la participación de la empresa privada en su gestión”.

En ese sentido, quiero remarcar que los contratos mediante asociación público-privada no constituyen privatización de los servicios de salud, porque no se realiza ninguna venta de activos —como terrenos, infraestructura o equipos del Estado— al privado. Repito: no hay transferencia de propiedad al privado.

Los establecimientos de salud son y seguirán siendo públicos y conducidos por el Estado. Asimismo, la gestión clínica y la atención de los pacientes continuarán a cargo de servidores públicos y bajo directa responsabilidad del Estado.

De igual manera, afirmo con total claridad que las asociaciones público-privadas en salud no serán financiadas por los usuarios ni generarán incremento de tarifas, debido a que su financiamiento estará enteramente a cargo del tesoro público.

Las asociaciones público-privadas que incluyen mantenimiento de equipo obligan al operador privado a garantizar su disponibilidad en el servicio de salud y, por lo tanto, se elimina el riesgo del gasto de bolsillo que se produce cuando el usuario se ve obligado a realizar exámenes o pruebas clínicas fuera del establecimiento público de salud.

En ese sentido, las asociaciones público-privadas formalizan y hacen transparente la participación regulada del sector privado en los servicios de salud públicos.

Por lo tanto, queda claro que existe una necesidad de inversión rápida e innovadora en el sector salud dada la brecha que hoy enfrentamos.

Se ha planteado, en ese sentido, una política de inversiones para responder a esta necesidad. Existen acuerdos políticos y un marco normativo que hacen posible complementar la inversión a cargo del Estado con las asociaciones público-privadas en salud. Es así que este Congreso de la República, entendiendo que es una estrategia válida para cerrar las brechas existentes en los sectores sociales, ha actualizado recientemente la legislación en esta materia.

Con relación a la pregunta específica planteada, el Ministerio de Salud ha considerado la conveniencia de las asociaciones público-privadas en las que el operador privado se encarga del diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura y de los equipos del hospital, así como de la operación y mantenimiento de los servicios generales: alimentación, lavandería, limpieza, bioseguridad, seguridad integral y gestión de residuos hospitalarios.

Vale la pena resaltar que toda la construcción y equipamiento que el operador privado realizará es de propiedad y permanecerá siendo de propiedad del Ministerio de Salud.

En el caso del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, esta gestión recibió ese establecimiento en su fase final de construcción y equipamiento, razón por la cual la asociación público-privada se ha orientado a garantizar el mantenimiento de la infraestructura construida hacia futuro y de los equipos adquiridos, así como la gestión de los servicios no clínicos. En otras palabras, en el caso de este hospital, de este instituto, ya la infraestructura había sido realizada y la inversión había sido prácticamente concluida.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiendo pregunta.

El Relator da lectura:

Pregunta 2:

El Minsa sostuvo sistemáticamente que en el caso de las APP hospitalarias solo se entregaría la gestión y administración de la denominada *bata gris*. ¿Por qué entonces en el caso del Instituto Nacional del Niño de San Borja se ha entregado también la gestión de la *bata verde* (laboratorio, apoyo al diagnóstico)?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra de Salud.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Gracias.

El Ministerio de Salud considera que la modalidad de asociación público-privada en salud que es conveniente impulsar, en el marco de su política de inversiones, es, efectivamente, la denominada *bata gris*.

En esta modalidad puede ser pertinente analizar la conveniencia —en cada caso particular y en función de los que se establezca en los estudios técnicos— de extender la asociación público-privada a servicios altamente especializados que requieren infraestructura, equipamiento y niveles de competencia no siempre lo suficientemente disponibles en el sector público. Además, en ello la innovación tecnológica es muy importante, y es deseable que esta se incorpore al quehacer del Estado de manera oportuna y que se mantenga permanentemente actualizada.

En este marco, los servicios contratados mediante asociación público-privada en el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja corresponden a los de *bata gris*, los mismos que incluyen —por un lado— mantenimiento de la edificación y las instalaciones, mantenimiento del equipo clínico y no clínico, operación y mantenimiento de los servicios generales de alimentación, lavandería, limpieza, bioseguridad, seguridad integral, gestión de residuos sólidos y la central de esterilización.

En el caso de la asociación público-privada de este instituto no se ha contratado servicios de diagnóstico por imágenes. Por ser un hospital altamente especializado, que incluye el manejo de pacientes con enfermedades neoplásicas y la realización de intervenciones complejas, incluyendo trasplantes de médula ósea, se ha contratado la operación y mantenimiento de los servicios de patología clínica, que incluyen pruebas de laboratorio especializadas que deben ser respondidas en plazos muy breves, como test de histocompatibilidad, detección de virus y medición de linfocitos CD4, entre otras.

Vale la pena mencionar que el contrato suscrito para la operación vía asociación público-privada del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja es parte de la política de inversiones que estamos denominando *inteligentes y responsables*, pues permite garantizar durante los diez años de duración

del contrato el mantenimiento de infraestructura y de equipo altamente especializado.

De esta manera, no se perderá la inversión realizada por el Estado en este instituto especializado, que es de 310 millones de nuevos soles, y que incluye más de 16 mil unidades de equipos e instrumental, principalmente, para realizar cirugías complejas.

Ese tipo de instituto se implementa, se diseña, se equipa, se construye a lo largo de periodos largos, por lo que también debe ser política de Estado el mantenerlo operativo en las mejores condiciones.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 3:

¿Por qué el Minsa ha aceptado que en las nuevas APP se incorporará igualmente *bata gris* y *bata verde*, no obstante haber sostenido que se entregaría solamente la gestión de la primera de las nombradas?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Es conveniente señalar que el objetivo fundamental de la política de inversiones que el Ministerio de Salud está implementando es el de garantizar

la operatividad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud, centrando así todos los esfuerzos de la inversión en la mejora de la atención al usuario.

En este marco, la modalidad de asociación público-privada debe ser percibida como una estrategia para lograr este propósito y no como una finalidad en sí misma.

Establecido esto, reitero que la modalidad de asociación público-privada para hospitales es fundamentalmente la de *bata gris*, en la que el operador privado se encarga de la gestión de los servicios no clínicos, como seguridad, lavandería, limpieza o gestión de residuos sólidos, como he mencionado anteriormente.

Asimismo, señalo que en esta modalidad puede ser pertinente analizar la posibilidad, en cada caso

particular y en función de lo que se establezca en los estudios técnicos, de extender la asociación público-privada a servicios de apoyo altamente especializados, que requieren infraestructura, equipamiento y niveles de competencia no siempre disponibles en el sector público.

Además, de esta manera se introduce innovación tecnológica, por lo que resulta muy importante y deseable que esta incorporación sea de la manera más oportuna y se mantenga permanentemente actualizada.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 4:

¿Cuáles son los márgenes de utilidad que las empresas nacionales y/o transnacionales obtendrán anualmente por gestión de hospitales públicos, y por cuánto tiempo?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— El modelo financiero que se está considerando para las especificaciones técnicas de las bases de los procesos de convocatoria de asociaciones público-privadas en salud, dentro de sus supuestos, utiliza márgenes de utilidad que fluctúan entre el 6 y el 8%, de acuerdo a criterios de competencia por el servicio contratado.

Ello está acorde con los márgenes de utilidad usualmente declarados por las empresas privadas que participan en este tipo de contratos de asociación público-privada en salud en diversos países del mundo, los que se ubican efectivamente entre 6 y 8% anual.

Sin embargo, las sociedades operadoras de los proyectos de asociación público-privadas deben pagar anualmente impuestos a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria. Es así que se tendrá la información específica de los márgenes de utilidades reales luego de la presentación de sus balances y pagos de impuestos.

Vale la pena señalar que el proceso competitivo desarrollado a través de ProInversión en el caso del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja permitió ahorrar al Estado 17 millones de nuevos soles por año; así, el valor de referencia

fue 50 millones de nuevos soles anuales, y el consorcio ganador presentó una propuesta de 32 millones de nuevos soles anuales.

El ahorro obtenido con la propuesta ganadora ha sido posible porque el operador privado incluyó la incorporación de innovación tecnológica en los procesos que estarán a su cargo, lo que constituye uno de los objetivos centrales que perseguimos: la incorporación de prácticas de gestión modernas al sector de salud peruano.

El tiempo previsto para las asociaciones públicos privadas en salud en el Perú fluctúa entre 10 y 20 años.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 5:

¿Por qué el Minsa se niega a establecer una legislación mínima para las APP en salud, como sucede en los países que han optado por este modelo?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Quiero señalar que el Ministerio de Salud no se negará a establecer algún tipo de legislación que fuera necesaria en esta materia, producto de la implementación de las experiencias y el aprendizaje que estas nos generen.

Cabe señalar que en otros países se desarrollan proyectos de asociaciones público-privadas en salud que implementan este tipo de APP. Su implementación ocurre al amparo de la legislación que es aplicable para los diversos sectores, tal como ocurre en el Perú.

El único caso en el que se ha encontrado legislación específica sobre asociaciones público-privadas en salud es el de Turquía, que carece más bien de un marco general en esa materia.

Así como lo señaláramos al contestar la primera pregunta, ya existe un amplio marco normativo para las asociaciones público-privadas en nuestro país, que va desde el Decreto Legislativo 674, de setiembre de 1991, hasta las leyes recientes —29952 y 30114, de 2013 y 2014—, que establecen disposiciones que promueven la

participación del sector privado en las obras y servicios públicos.

Este marco normativo establece con claridad su aplicación para todas las entidades del sector público no financiero, en todos los niveles de gobierno.

Por lo tanto, existe a la fecha la legislación necesaria para la implementación de las asociaciones público-privadas en salud, y es responsabilidad del Ministerio de Salud y de ProInversión el que los aspectos claves que permitan que estas asociaciones sean beneficiosas para el Estado y la sociedad sean considerados en las cláusulas de los contratos a suscribirse con los operadores privados que presenten las mejores ofertas.

Es importante mencionar que, tal como se establece en el artículo 5 del Decreto Legislativo 1012, en todas las etapas vinculadas a la concreción de las asociaciones público-privadas se contemplarán los siguientes principios:

Primero: el valor por dinero, que establece que la operación deberá ser asumida por aquel privado que pueda ofrecer una mayor calidad a un determinado costo, o los mismos resultados de calidad a un menor costo. De esta manera se busca maximizar la satisfacción de los usuarios, así como la optimización del valor del dinero proveniente de los recursos públicos.

Segundo: la transparencia, de manera que toda la información cuantitativa y cualitativa que se utilice para la toma de decisiones durante las etapas de evaluación, desarrollo, implementación y rendición de cuentas de un proyecto de inversión deberá ser de conocimiento ciudadano, bajo el principio de publicidad establecido en el artículo 3 del Texto Único Ordenado de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Tercero: el atributo de competencia, a fin de asegurar eficiencia y menores costos en la provisión de infraestructura y servicios de mantenimiento, así como evitar cualquier acto anticompetitivo o colusorio.

Y cuarto: la responsabilidad presupuestal, considerando la capacidad de pago del Estado para adquirir los compromisos financieros, firmes y contingentes, que se deriven de la ejecución de los contratos celebrados, sin comprometer la sostenibilidad de las finanzas públicas ni la prestación regular de los servicios.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Señores congresistas, se les pide prestar atención a las respuestas que está dando la ministra.

Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 6:

¿Por qué el Minsa ha rechazado desarrollar una investigación a profundidad para analizar la viabilidad y conveniencia del modelo APP en el Perú?, y diga si por lo menos se ha tomado en cuenta lo ya implementado en EsSalud para contar con elementos de juicio necesarios.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Salud no ha rechazado ni rechazará la necesidad de desarrollar sucesivas investigaciones para analizar los modelos de asociaciones públicas y su aplicación en el Perú.

Es necesario recordar que la incorporación de la inversión privada en el desarrollo de proyectos públicos es una política de Estado desde hace más de 25 años en nuestro país.

Como en todos los países, también en el Perú las asociaciones público-privadas se iniciaron con contratos de operación de carreteras, aeropuertos, puertos, entre otros, los que son fundamentalmente autosostenibles; es decir, el operador privado invierte y la inversión se recupera por el cobro de peajes o tarifas a los usuarios del activo.

Ciertamente, el análisis de este modelo nos lleva a que no sería aplicable ni pertinente para el sector salud tener estas APP autosostenibles.

Es así que recientemente, en marzo de este año, gracias a la Ley 30167, aprobada por este Congreso de la República, se estableció el marco legal que permite las asociaciones público-privadas cofinanciadas, que es una modalidad en la que el Estado asume la responsabilidad del financiamiento y se evita que este recaiga en el bolsillo de los usuarios. Ahí vemos una evolución en el marco legislativo para que pueda ser aplicado a sectores —entre otros— como el de Salud.

Las APP que el Ministerio está considerando son precisamente estas cofinanciadas, con lo cual se enmarca en la política de protección en salud que el Estado impulsa con el objetivo de que la atención de salud no sea financiada directamente con el gasto del bolsillo, sino mediante un seguro integral de salud, en el marco del aseguramiento universal.

Por lo tanto, afirmo con total claridad que las APP en salud que estableceremos no incrementarán tarifas a los usuarios. Por el contrario, al garantizar la disponibilidad del servicio dentro del hospital, se evitará el gasto del bolsillo en establecimientos de salud privados, tal como ocurre en este momento en muchos casos debido a la falta de la operatividad de equipos, lo cual precisamente es algo que se quiere corregir con esta modalidad.

Se ha revisado la experiencia de asociaciones público-privadas en salud desarrolladas en el mundo, y encontramos que hay cerca de 300 proyectos en más de 30 países, incluyendo algunos con un sistema muy importante de protección social en salud a cargo del Estado.

Así, en Francia hay seis proyectos de APP en operación, por dos mil 100 millones de dólares; en Brasil hay ocho proyectos, por dos mil 800 millones de dólares; en España hay 10 proyectos, por dos mil 500 millones de dólares; en Canadá, 53 proyectos, por 18 mil millones de dólares; y en el Reino Unido, 113 proyectos, por tres mil 800 millones de dólares.

Este último caso es particularmente interesante. Como se sabe, el sistema nacional de salud del Reino Unido es considerado como uno de los mejores sistemas de salud existentes. Una reciente evaluación realizada por *The Commonwealth Fund*, —usando criterios de efectividad de los cuidados, seguridad de los servicios, medicina centrada en el paciente, acceso, eficiencia, equidad, entre otros— lo ubican en el primer lugar, por encima de los sistemas de salud de Francia, Alemania, Suecia o Canadá.

Pues bien, este sistema cuenta con más de 20 años de experiencia desarrollando asociaciones público-privadas en salud y tiene más de 100 hospitales operando bajo esta modalidad.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Todavía no acabo de responder esta pregunta, Presidenta.

De la revisión de estas experiencias, queda claro que existen asociaciones público-privadas en salud muy diversas cuya viabilidad conceptual operativa se ha puesto a prueba en muchos países, en lo que constituye una alternativa para la modernización de la gestión pública, al aprovechar las capacidades, la innovación y las facilidades operativas del sector privado para mejorar la calidad de ejecución de los recursos públicos.

En este marco, un contrato de APP bien diseñado e implementado contribuye a reducir los costos de producción de los servicios.

Para empezar la aplicación de APP en salud, el Ministerio ha recibido asistencia técnica del Reino Unido; se ha participado en cursos en los que se ha revisado la experiencia en esta materia en el Reino Unido, Canadá, México, Chile, Brasil, India, España, República Checa, Austria, Francia y Corea del Sur, entre otros países; y se ha realizado visitas para conocer directamente las experiencias de México, Reino Unido, Alemania y España.

Estamos atentos al desarrollo de las experiencias de asociaciones público-privadas en EsSalud, las cuales están empezando sus operaciones, de manera que se tendrá elementos que permitan su evaluación en los siguientes años.

Es pertinente señalar que la evaluación técnica de este tipo de experiencias precisa de un periodo de por lo menos dos o tres años para poder estimar con rigurosidad los indicadores de cumplimiento.

Sin embargo, sí se ha podido revisar los procesos desarrollados por las convocatorias y los contratos suscritos por EsSalud y se ha recogido la experiencia de los funcionarios que participaron en ellos, a fin de aprovechar todas las oportunidades de mejora que sean posibles.

Así, una de las decisiones que el Ministerio de Salud ha tomado, fruto del análisis de la experiencia de EsSalud, ha sido la de llevar a cabo todos los procesos de APP con la asistencia técnica de ProInversión, lo cual otorga transparencia y efectividad a los procesos.

Actualmente, el propio EsSalud también ha decidido encargar los procesos de promoción de la inversión privada a ProInversión.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 7:

¿Puede explicar por qué considera idóneo entregar al sector privado nacional y/o transnacional la gestión y administración de temas estratégicos para el sistema de salud, como el Instituto Nacional de Donación de Órganos y Trasplantes o la Escuela de Salud Pública?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Descarto enfáticamente que se haya considerado entregar la gestión o la conducción del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. La política en esta materia es una responsabilidad pública y continuará siendo pública.

En este sentido, la construcción del Sistema Nacional de Donación y Trasplante requiere fortalecer las capacidades del Estado relacionadas al proceso de donación, lo que implica el fortalecimiento de la procura de órganos, tejidos y células; la promoción, difusión y captación de donantes en la población; y el manejo de los registros nacionales de donantes y receptores, entre otros procesos para el desarrollo. Para todo ello es necesario contar con la actual infraestructura y el soporte administrativo.

En lo que respecta al proceso de trasplante de órganos, tejidos y células, se necesita fortalecer la actividad trasplantadora y el desarrollo de recurso humano altamente especializado, por lo que se plantea el fortalecimiento de un centro hospitalario dedicado al trasplante de órganos, tejidos y células.

Al respecto, señora Presidenta, quiero aprovechar el que estemos tocando este tema para expresar a esta Representación Nacional que mi despacho ha tomado la decisión de revisar la opinión expresada por el Ministerio acerca de los proyectos de ley sobre la aceptación tácita de la donación y trasplante de órganos y tejidos.

En este marco, debo señalar de una manera clara que para el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células se ha previsto una APP únicamente para el diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura de los equipos de los laboratorios especializados en medicina transfusional e histocompatibilidad, así como de la operación y mantenimiento de los servicios generales.

Asimismo, en el caso de la Escuela Nacional de Salud Pública, el Estado conservará de manera directa la responsabilidad de la conducción de la política de formación y el desarrollo de recursos humanos en el sector público de salud, mientras que el operador privado se encargaría de la construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura, así como de la gestión de algunos de los procesos de soporte.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 8:

La política de las APP es la participación de capital privado en asociación con el Estado. Si las personas más capacitadas se encuentran en el mismo sector Salud, ¿por qué no se ha hecho un amplio llamado para una participación social? ¿No favorecería incluso los ingresos económicos del personal de salud y disminuiría los costos que asume el Estado?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Entendiendo que lo que la pregunta plantea es la posibilidad de promover e implementar la participación de los trabajadores de salud a través de formas empresariales,

en modalidades de sucesión público-privada, es necesario decir que no contamos con la normativa específica que lo haría posible. No obstante, el Ministerio de Salud seguiría con mucho interés si es que este Congreso de la República decide legislar en este sentido, pues nos parecería una iniciativa sumamente innovadora.

En este sentido, es conveniente distinguir entre la provisión de servicios clínicos, por un lado, y la gestión del diseño, la construcción, el equipamiento, el mantenimiento de infraestructura y de equipos, por otro lado.

Respecto a la provisión de servicios clínicos, efectivamente el sector cuenta con personal altamente calificado que está en capacidad de realizar procedimientos muy complejos, que son motivo de orgullo para el Estado y que deben ser resaltados permanentemente. Baste con citar la enorme calidad de la cirugía de tórax y

cardiovascular del Hospital Dos de Mayo o los servicios de gastroenterología del Hospital Loayza, entre otras.

Este personal debe continuar ejerciendo y fortaleciendo su rol asistencial, con la garantía de que la infraestructura y los equipos que necesita para ello estarán siempre disponibles y en las mejores condiciones.

En este campo, el Ministerio de Salud está implementando la estrategia de atención ampliada para, precisamente, dar oportunidad para que los mismos trabajadores de salud de los hospitales públicos extiendan la producción de servicios en horarios adicionales; y no solo en consultorio externo, sino también en intervenciones quirúrgicas, atendiendo la demanda que quedaba insatisfecha y recibiendo los trabajadores ingresos económicos adicionales por ello.

Por otro lado, la gestión del diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de infraestructura y equipos es también una labor especializada.

Actualmente, el sector Salud no cuenta con suficientes recursos para garantizar una gestión eficiente de estos procesos. Me refiero a que en el sector no estamos especializados en estos temas, que son no clínicos.

Por ello es que se ha considerado la constitución de APP que permitan la inversión rápida en infraestructura y equipamiento, además —lo que quizás es más importante— de su mantenimiento permanente y adecuado, de manera que el personal de salud esté en capacidad de desplegar todas sus competencias en beneficio de los usuarios sin que la poca idoneidad de la infraestructura o la falta de disponibilidad de los equipos sean factores que limiten su trabajo.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura.

Pregunta 9:

Se han desarrollado ya dos *roads shows* ofertando a inversionistas nacionales y transnacionales nuestros hospitales públicos y en octubre el Minsa ha anunciado un nuevo evento. ¿Puede informar cuáles son las empresas nacionales y/o transnacionales que han expresado interés en la gestión de los hospitales públicos y qué otras APP ha propuesto su gestión?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Debo señalar que no es íntegramente correcta la información de que se haya ofrecido a inversionistas nacionales y transnacionales la gestión de nuestros hospitales públicos.

Como vengo explicando al dar respuesta a las preguntas previas, las APP consideradas y que han sido materia de los eventos realizados están referidas —lo reitero— al diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura y los equipos de los hospitales, así como a la operación y mantenimiento de los servicios generales, como alimentación, lavandería, limpieza, bioseguridad, seguridad integral y gestión de residuos sólidos, entre los principales.

En los eventos realizados han participado representantes de más de 80 empresas e instituciones, entre las cuales podríamos mencionar algunas: Abengoa, Acciona Infraestructuras S.A. Sucursal Perú, ACS Infrastructure Development, Arup, Comsa Perú S.A.C., Constructora Málaga, Cosapi, Currie and Brown, Deloitte, ESAN, Estudi PSP Arquitectura Sucursal Perú, Eulen, GE Helker, Gesaworld S.A., Grupo Ortiz, Grupo Ribera Salud, Grupo Sacruz, Grupo Tradeco, Grupo Vital, HW Kessel S.A.C., Ibermansa, IBT Group, IBT Health, ICCGSA, JJC Contratistas Generales, MacBains Cooper, Mediterránea, Medlab, Sacyr Concesiones, SSG de España, Telefónica del Perú, Unilabs Perú y Latinoamérica, Vitalmex, entre otras.

Respecto a las empresas que han expresado interés o han presentado iniciativas privadas a ProInversión para asociaciones público-privadas, se debe precisar que, de acuerdo a lo señalado en el numeral 14.5 del artículo 14 del Decreto Legislativo 1012, las iniciativas privadas tienen el carácter de confidencial y reservado hasta su declaratoria de interés, bajo responsabilidad.

Esta obligación se extiende a toda entidad, funcionario y consultor u otra persona que tome conocimiento de la presentación y contenido de la iniciativa privada.

Una vez que se ha definido si esa iniciativa privada es de interés y relevancia, esta información se hace pública.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura.

Pregunta 10:

¿Quién realiza el contrato con los inversores privados, quién los monitoriza y supervisa? ¿Se responsabiliza el Estado por las pérdidas que pudieran tener las empresas que contraten con el Minsa?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Con respecto a quién realiza el contrato con los inversionistas privados, debo decir que la elaboración del contrato es un trabajo conjunto del Ministerio de Salud y ProInversión.

Ese contrato, antes de ser suscrito por el Ministerio de Salud, requiere de la opinión favorable del Ministerio de Economía y Finanzas y del informe previo de la Contraloría General de la República referido a los aspectos que comprometen el crédito o la capacidad financiera del Estado.

Con respecto a quién monitorea y supervisa, el Ministerio de Salud y una empresa supervisora especializada, seleccionada por ProInversión, son los responsables del monitoreo y supervisión, utilizando un enfoque de verificación de la calidad del servicio.

Al respecto, el contrato de la asociación público-privada del Instituto Nacional del Niño, por ejemplo, incluye 165 indicadores de monitoreo de la calidad de los diferentes servicios, y cada indicador tiene un criterio de descuento en caso de su incumplimiento. Esto está detallado en el anexo 7 del contrato respectivo.

A manera de ejemplo podría mencionar algunos indicadores: queja sobre las condiciones orgánolépticas y temperatura en las que se sirven los alimentos de los pacientes; en este caso, se aplicará una deducción cuando se produzca más de un 2% de quejas.

Otro ejemplo: exceso de cloro en las prendas, medido a través de un test de cloro residual; por cada pieza con test positivo, se aplica una deducción.

Otro: no entrega de ropa suficiente al personal del instituto; cada vez que falte una pieza de ropa, se aplicará una deducción.

Otro: falta de señalización en pisos recién limpiados o húmedos...

Es decir, estamos hablando de 165 indicadores, que serán monitoreados según lo establecido en el contrato; y, ante faltas en su cumplimiento, se aplican sanciones y deducciones.

El Ministerio de Salud no abandona nunca su obligación de que los servicios públicos se presten respetando niveles de calidad y búsqueda del mayor acceso posible a los mismos.

Sobre si se responsabiliza el Estado por las pérdidas que pudieran tener las empresas que contratan con el Ministerio de Salud, debo decir que, fuera de los alcances pactados en el contrato, el Estado no se responsabiliza por las pérdidas que pudiera tener la empresa contratante. El privado asume los riesgos bajo su responsabilidad financiera y así se expresa en el contrato.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— La siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 11:

El Minsa y el SIS afirman que Farmasis se trata de una estrategia complementaria para el acceso a medicamentos de forma oportuna, lo cual no se corresponde con la meta establecida por el SIS, que al 2016 se espera tener a todo el país con este sistema. ¿Se pretende mantener o implementar esta estrategia como complementaria en todo el país o sustituir la ya existente?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— La estrategia de Farmasis no pretende reemplazar ni sustituir a la oferta pública de medicamentos.

Según lo establecido en el Decreto Legislativo 1163, la contratación de farmacias y boticas privadas se hace de manera complementaria a la oferta pública; es decir, Farmasis interviene cuando, por motivos de fuerza mayor, las farmacias públicas no cuentan con algún medicamento o insumo que le sea indicado a un asegurado del Seguro Integral de Salud, ante lo cual este asegurado podrá ser derivado a una farmacia o botica privada para recibir la receta indicada.

El principio es que ningún asegurado del SIS se quede sin medicamentos y que, si no existen en el establecimiento público, los pueda recabar en el establecimiento privado.

Para el caso de pacientes con enfermedades crónicas, la estrategia se dirige a pacientes controlados y sin complicaciones que acuden, generalmente, a los hospitales solo para recoger medicamentos, lo que provoca al Seguro Integral de Salud un costo adicional por cada atención médica y control solo para recabar medicamentos.

En el caso de los hospitales, permite que los especialistas, al liberarse de parte de la carga de demanda, puedan atender a otros usuarios.

Pero lo más importante es que, en el caso de los pacientes, se evitará gastos adicionales, incomodidades, pagos de pasaje para su traslado, permisos en el trabajo, colas de atención, presencia de familiares —en caso que requieran ser acompañados—, además de otros costos sociales. Con esta estrategia, la persona puede recibir sus medicamentos y el consejo profesional para su buen uso en una farmacia cercana a su domicilio o centro de labores.

La meta de estar presente en todas las regiones obedece a brindar a todos los asegurados del Seguro Integral de Salud el mismo derecho a tener medicamentos de manera oportuna.

El hecho de que se extienda a nivel nacional no quiere decir que se sustituirá la oferta pública, porque en cada región se aplicará la lógica antes expresada: el servicio será complementario a la oferta pública.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiendo pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 12:

¿Por qué no se fortaleció el sistema de provisión de medicamentos públicos, no se tuvo acaso las facultades legislativas para establecer las correcciones necesarias para tal fin?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Gracias, Presidenta.

Sí se han realizado y se continúa realizando acciones orientadas al fortalecimiento de Sistema

Público de Suministro de Medicamentos, entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

-Incremento sostenido del presupuesto destinado a medicamentos y dispositivos médicos en la red pública de servicio de salud del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales, que ha pasado, de 770 millones de nuevos soles en el año 2011, a 993 millones de nuevos soles en el año 2013.

-La realización de compras corporativas a nivel nacional, con participación intersectorial — EsSalud, Sanidad del Ministerio de Defensa y del Ministerio del Interior, INPE, hospitales municipales, etcétera—, a fin de satisfacer la demanda de medicamentos en los establecimientos públicos, es también una estrategia en ese sentido.

-El desarrollo de un sistema de información en web, el sistema de gestión de abastecimiento de recursos estratégicos de suministros centralizado, permite monitorizar oportunamente la compra y distribución de medicamentos destinados a salud pública hasta el nivel de redes de salud a nivel nacional. Esta iniciativa ha sido reconocida por la Organización Ciudadanos al día.

-El monitoreo de la disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud mediante visitas, como las realizadas a los hospitales de Lima Metropolitana, Callao, Tumbes, Piura, etcétera; tomando medidas correctivas, como redistribución de medicamentos y mayor celeridad en los procesos administrativos y logísticos.

-Propuesta de modificatoria de la directiva del Sistema Integral de Suministro de productos farmacéuticos, que centraliza en la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud —DARES— los procesos relacionados al suministro, lo que permitirá mayor agilidad en la adquisición y distribución.

Es muy importante decir que estos cambios en la estructura orgánica se van a ver plasmados en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, que debe ser aprobado en noviembre.

También tenemos la inclusión —en la Ley 30225, la nueva Ley de Contrataciones del Estado, y en la elaboración de su reglamento— de disposiciones que permiten mejorar la compra de medicamentos.

Por ejemplo, se superará el problema actual de cuando un medicamento tiene un solo ofertante,

proveedor único, en cuyo caso las unidades ejecutoras deben comprarlo a precios que por lo general son diferentes entre sí, disponiéndose con la nueva ley que la compra pueda ser consolidada a nivel nacional y de esta manera estandarizar el mejor precio. Esto ocurre generalmente con los medicamentos de alto costo, como los oncológicos o los antirretrovirales.

Asimismo, se tendrá la opción de realizar compras internacionales de medicamentos cuando no exista oferta en el país o se declare un proceso desierto por segunda vez.

También se faculta la homologación de las especificaciones técnicas de medicamentos e insumos por parte del Ministerio de Salud para todo el sistema público, lo que permitirá reducir los tiempos de los procesos de compra, al evitarse las observaciones —a veces dilatorias— de los proveedores respecto a los aspectos técnicos previamente definidos con esta homologación.

Otro aspecto a destacar es que se permitirá la compra directa ante el incumplimiento de un contrato de proveedor, lo que lleva a su resolución o nulidad, superando un problema de desabastecimiento.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 13:

¿Por qué se aceptan precios sobrevalorados de algunos medicamentos en la adquisición que está realizando el Estado?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori Musme Cristina De Habich Rospigliosi.— El Ministerio de Salud no ha comprado medicamentos a precios sobrevalorados. Por el contrario, despliega procesos para obtener economías de escala y la participación de diversas instituciones públicas.

Desde el año 2003 se desarrollan compras corporativas para los productos de mayor consumo a nivel nacional con participación intersectorial; es decir, incorporando a EsSalud, sanidades del Ministerio de Defensa y del Ministerio del Interior, INPE, hospitales municipales, etcétera.

Gracias a ello, se ha conseguido un ahorro de aproximadamente 580 millones de nuevos soles desde el inicio de las compras corporativas, correspondiendo 146 millones de nuevos soles a los últimos tres años. Se logra así la reducción y estandarización de los precios en la mayoría de medicamentos de la Red Pública de Salud.

De igual manera, tal como señaláramos en la respuesta a la pregunta previa, la Ley 30225, la nueva Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, y su reglamento en elaboración establecen disposiciones que permiten optimizar los procesos de compra de medicamentos en términos de oportunidad y transparencia.

La señora PRESIDENTA.— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 14:

¿Qué hace su sector para resolver la falta de mecanismos que nos permitan acceder a versiones genéricas de los medicamentos, en detrimento de un mayor acceso al tratamiento de la salud?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Para el acceso a medicamentos genéricos, el Estado está desarrollando dos ejes de trabajo. Por un lado, está la mejora de la confianza en los medicamentos genéricos para pacientes, médicos y farmacéuticos; y, por otro lado, una mayor oferta de esos productos en los ámbitos público y privado.

Para eso se desarrollan las siguientes acciones: aprobación en el corto plazo de la regulación de los estudios de bioequivalencia terapéutica, para demostrar la intercambiabilidad de medicamentos; es decir, poner en marcha una legislación e implementación para poder certificar la equivalencia terapéutica entre un genérico y un medicamento denominado de marca.

Esto incrementa la credibilidad de los agentes en ese medicamento, y ha resultado siendo una estrategia muy importante en otros países para aumentar el consumo de genéricos.

Por otro lado, con las compras que se realizan de forma consolidada en el sistema público se obtiene

una provisión de medicamentos genéricos principalmente. La compra corporativa está orientada a medicamentos genéricos fundamentalmente, cuyos precios son habitualmente los más bajos del país.

Así, en la última compra corporativa por subasta realizada, los medicamentos genéricos representaron el 68% de la compra realizada en términos de los ítems adjudicados, y el 61% en términos del monto de compra.

Están en proceso de renovación los convenios entre el Ministerio de Salud, la Asociación Nacional de Cadenas de Boticas y la Asociación de Farmacias y Boticas Independientes del Perú, con el objeto de ampliar la oferta de medicamentos genéricos esenciales y transparentar la información en toda la cadena de comercialización de medicamentos.

Por otro lado, se cuenta con el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales y Listas Complementarias, que comprende aquellos medicamentos con los que se satisfacen las necesidades prioritarias de la población. El petitorio incluye exclusivamente medicamentos con denominación común internacional, lo que tiene un efecto promotor en el uso de los genéricos.

Se está iniciando, asimismo, el desarrollo de procesos de transferencia tecnológica al Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de Salud, para la producción de algunos medicamentos de interés de salud pública, como medicamentos contra la malaria y la tuberculosis, entre otros.

Se está reforzando la supervisión de la obligatoriedad de la prescripción, utilizando la denominación común internacional o DCI, establecida en la Ley 26842, en la Ley 29459 y en el Decreto Supremo 015-2009-SA, que establece disposiciones para que los usuarios obtengan con su receta los medicamentos en DCI o genéricos en las farmacias públicas o privadas.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 15:

Si no hay dinero para mantener en *stock* los medicamentos en los establecimientos públicos, ¿cómo es que sí lo hay para pagar los medicamentos a las farmacias privadas, y cuánto costaría esto considerando que en muchos casos en el sector privado los precios hasta se triplican?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— No es cierto que no haya dinero para mantener en *stock* los medicamentos en los establecimientos públicos.

Al cierre del primer semestre de 2014, los establecimientos de Salud reportaron un consumo de medicamentos ascendente a 327 millones de nuevos soles, con lo que se proyecta que este año se requerirá en total, aproximadamente, 654 millones de nuevos soles por este concepto.

Este monto global está completamente cubierto con los recursos ya transferidos en forma adelantada por el Seguro Integral de Salud. Por lo tanto, no es exacto decir que no hay recursos financieros para el *stock* de medicamentos.

En relación con el costo de los medicamentos para Farmasis, de acuerdo a lo establecido en las resoluciones jefaturales 190-2014 y 195-2014, aprobadas por el Seguro Integral de Salud, el precio para el procedimiento de contratación se calcula tomando como referencia los precios más bajos de los medicamentos genéricos reportados al Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos —reitero: los precios más bajos de los medicamentos genéricos reportados en este observatorio, que está a cargo de la Dirección General de Medicamentos, Drogas e Insumos, Digemid—, a fin de obtener una oferta del mercado privado muy competitiva.

Adicionalmente, se está considerando la incorporación de otros mecanismos para garantizar que los precios de referencia sean los más económicos, como la realización de estudios de mercado en forma permanente.

Los valores deben irse reajustando conforme el Farmasis se encuentre en ejecución, en el marco de un proceso transparente y de expansión gradual.

Ustedes recordarán que el decreto legislativo correspondiente a Farmasis establece, con mucha claridad, un proceso gradual de implementación y extensión, que nos va a permitir hacer, efectivamente, ajustes en los precios.

Finalmente, debe recordarse que los precios a reembolsar a los ofertantes privados incluirán todos los costos del servicio, como personal, distribución, uso de infraestructura, entre otros.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiendo pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 16:

Diga usted a cuánto asciende el incremento remunerativo de los trabajadores médicos luego de la suscripción del acta de 2013 con la Federación Médica Peruana.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— El incremento remunerativo de los trabajadores médicos se ajusta escrupulosamente a los acuerdos del acta suscrita el 13 de agosto de 2013, que a la letra dice:

“El inicio de la nueva remuneración a otorgarse unifica los ingresos (remuneración e incentivos) que venían percibiendo los médicos, con el objeto de generar equidad en la remuneración tanto en Lima como en regiones, siendo el incremento remunerativo consolidado de 1,500 nuevos soles para todos los médicos en cada uno de sus niveles (I al V)”.

Esto significa que los mil 500 nuevos soles es el producto de la consolidación de la unificación de la remuneración y los incentivos previamente percibidos.

De esta manera, la nueva remuneración principal de los trabajadores médicos asciende en el nivel I a cuatro mil 568, y en el nivel V, a cinco mil 330 nuevos soles.

Esta escala implica un aumento neto de al menos mil 100 nuevos soles para más del 60% de los médicos y de mil 500 nuevos soles —en forma neta— para los tres mil 500 serumistas y residentes, que antes no percibían ninguna de las asignaciones adicionales, las que sí eran recibidas por los médicos en las grandes urbes y centros urbanos más poblados.

Podemos decir también que el 80% de los médicos del primer nivel de carrera han recibido en forma neta mil 114 nuevos soles adicionales, según lo demuestran sus boletas. En el 17% de los casos el incremento es de 682 nuevos soles.

Además, es necesario decir que a partir de setiembre de 2013 se computa como base de cálculo de la CTS el nuevo sueldo; es decir, cuatro mil 568 nuevos soles es la base de cálculo de la nueva CTS, y no como era antes, en que la base de cálculo estaba entre 20 y 40 nuevos soles apenas.

Asimismo, es necesario señalar que sobre esa remuneración básica hay bonificaciones adicionales por trabajo en zonas alejadas o de frontera, mil 480 nuevos soles; por trabajo en zonas de emergencia, mil 200 nuevos soles; por atención primaria de salud, 450 nuevos; por atención especializada, entre 400 y 650 nuevos soles; por atención en servicios críticos, 450 nuevos soles; por responsabilidad jefatural, de 400 a mil 200 nuevos soles.

Estas bonificaciones pueden ser acumulables, según el caso, con lo que el ingreso de un médico se eleva en forma importante, más aún si consideramos que también tienen ingresos por concepto de guardias, que se han incrementado en 55% a partir de setiembre de este año.

Además, si al final del año se cumplen metas de desempeño, hay un bono que puede llegar a ser de hasta una remuneración básica del primer nivel.

Con todo lo señalado, se ordena la lógica de los incentivos para conseguir presencia de médicos más cerca de las personas —en especial, de las más excluidas—, y para reconocer el trabajo, que tiene atributos vinculados a la calidad de la atención a las personas.

En este sentido, permítame recalcar que la nueva política de remuneraciones y compensaciones es guiada por objetivos que marcan la gestión nacional y regional de los recursos humanos asistenciales.

En primer lugar, está el lograr la equidad remunerativa en la remuneración básica entre el personal de salud de Lima y el de las regiones; segundo, promover la meritocracia y reconocer el esfuerzo personal de los trabajadores; tercero, promover el desempeño del personal y mejorar la atención integral de los ciudadanos y sus familias; y, cuarto, hacer atractivo el trabajo en salud, sobre todo en zonas y áreas donde es difícil atraer a profesionales de la salud, como las zonas alejadas y de frontera, y las zonas de emergencia.

Debo señalar, finalmente, que el costo total de los incrementos para el personal asistencial de salud asciende en su totalidad a 900 millones de nuevos soles en el presupuesto de 2014 y a mil 500 en el presupuesto de 2015.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 17:

Según el acuerdo adoptado en 2012 y el acta suscrita en 2013, el Minsa se comprometió a un incremento en mil 500 nuevos soles. ¿Cuáles son las razones para que no se cumpla con dicho incremento?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— El Ministerio de Salud ha cumplido escrupulosa y estrictamente los acuerdos adoptados en las actas suscritas en 2012 y 2013 con la dirigencia de la Federación Médica Peruana, como hemos referido en la respuesta anterior.

Particularmente, en lo referido al incremento de mil 500 nuevos soles se ha cumplido con el primer acuerdo del acta de agosto de 2013, que a la letra —reitero— dice:

“El inicio de la nueva remuneración a otorgarse unifica los ingresos (remuneración e incentivos) que venían percibiendo los médicos, con el objeto de generar equidad en la remuneración tanto en Lima como en regiones, siendo el incremento remunerativo consolidado de 1,500 nuevos soles para todos los médicos en cada uno de sus niveles (I al V)”.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Siguiente pregunta.

El RELATOR da lectura:

Pregunta 18:

¿Cuáles son las acciones que viene realizando para que se implemente la nueva escala salarial de los profesionales médicos?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Se ha emitido dispositivos legales complementarios al Decreto Legislativo 1153, los mismos que establecen el marco normativo y presupuestal necesario para su implementación.

A continuación, detallaré las normas que han sido aprobadas, que son múltiples.

El Decreto Supremo 240 de 2013, publicado el 22 de setiembre de 2013, que autoriza transferencias de

partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2013 a favor de los pliegos Ministerio de Salud, organismos públicos y gobiernos regionales, para financiar las compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado.

El 19 de octubre de 2013 se emitió el Decreto Supremo 223-2013-EF, que aprueba los montos de la valorización principal y priorizada por la atención primaria de salud y atención especializada, y la bonificación por guardias hospitalarias para los profesionales de la salud, a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.

El 19 de octubre de 2013, la Resolución Ministerial 660-2013-Minsa, que aprueba el listado de microrredes priorizadas para recibir el bono de atención primaria de salud.

El 21 de octubre de 2013, el Decreto Supremo 013 de 2013-SA, que aprueba el perfil para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud para el personal de salud técnico y auxiliar asistencial.

El Decreto Supremo 011 de 2013 aprueba los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud y atención especializada para los profesionales de la salud, a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.

El 30 de marzo de 2014, el Decreto Supremo 005-2014-SA, que define metas institucionales indicadoras de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual del artículo 15 del Decreto Legislativo 1153.

La Ley 30175, publicada el 1 de marzo de 2014, Ley para el financiamiento de actividades en materia de salud, educación, trabajo y otros en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2015.

El Decreto Supremo 102-2014, del 11 de mayo, que nuevamente autoriza transferencia de partidas para la atención primaria de salud y atención especializada y guardias.

Decreto Supremo 116-2014, del 23 de mayo, que aprueba criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

El 31 de mayo, el Decreto Supremo 128-2014-EF, que aprueba el monto de la valorización principal

y de la valorización priorizada por atención primaria de salud para los profesionales de la salud químico y técnico especializado.

El Decreto Supremo 014-2014, publicado el 9 de julio, que aprueba perfiles y condiciones para la asignación de las bonificaciones por puesto de responsabilidad jefatural.

El 10 de julio de 2014, el Decreto Supremo 015-2014, que aprueba criterios técnicos para identificar los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, gobiernos regionales o los establecimientos que hagan sus veces en otras entidades comprendidas en el Decreto Legislativo 1153, ubicados en zonas alejadas o de frontera.

Asimismo, se ha emitido la resolución ministerial, publicada el 19 de julio, que aprueba el listado de establecimientos de salud ubicados en zonas alejadas y de frontera.

El 1 de agosto, el Decreto Supremo 222-2014-EF, que aprueba el monto de la valorización ajustada por puesto especializado o de dedicación exclusiva en servicios de salud pública y autoriza las transferencias correspondientes.

En el Decreto de Urgencia 002 de 2014, publicado el 28 de julio, se adelanta la implementación de la atención primaria para el 50% de lo programado para 2015 y de atención especializada y bono de servicio de salud pública.

Ha habido, por lo tanto, continuos ajustes y desarrollos normativos para ir implementando la política, según lo establecido en el Decreto 1153 y en los compromisos con los diversos gremios.

Asimismo, se ha constituido una comisión en el Ministerio de Salud para hacer un monitoreo cercano de la implementación de los acuerdos y de las normas en el territorio nacional, en los diferentes gobiernos regionales; y cabe señalar que en el seno de la Comisión Intergubernamental de Salud se ha adoptado acuerdos para identificar con prontitud y oportunidad cualquier dificultad que pueda estar existiendo en alguna unidad ejecutora del país para poderla resolver en forma oportuna.

Entonces, señora Presidenta, para concluir yo diría que sobre este punto el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía han desplegado los esfuerzos para una implementación sistemática y oportuna del Decreto 1153.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Muchas gracias, señora ministra.

La Presidencia se complace en expresar el saludo de la Representación Nacional a los miembros de la Organización Mundial de la Comunidad Peruana en el Exterior, quienes nos visitan en las galerías y están acompañados por el vicepresidente, congresista Modesto Julca, y por el congresista Jorge Rimarachín.

La señora ministra de Salud ha concluido con absolver las preguntas del pliego interpelatorio. Por tanto, se va a dar inicio al debate.

Tiene el uso de la palabra el congresista Segundo Tapia Bernal.



El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Gracias, Presidenta.

En esta oportunidad estamos asistiendo a la tercera interpelación a la ministra de Salud, Midori de Habich Rospigliosi. Es una vergüenza: es el récord ministerial histórico de la República del Perú.

La consideramos como la peor ministra de Salud de la historia del Perú.

El presidente Ollanta Humala prometió meritocracia...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista Coa Aguilar.

El señor COA AGUILAR (NGP).— Estas últimas semanas, Presidenta, han sido semanas de un enfrentamiento áspero que quisiéramos que en este momento sea superado en el seno del debate del Pleno del Congreso, porque esta es una institución muy seria.

Invoco al congresista que retire esas palabras agraviantes, esos adjetivos innecesarios, porque su única intención es la de generar un desorden absoluto y no imponer un debate serio y alturado —que es lo que el pueblo está esperando— con respecto a un tema absolutamente serio, como es la problemática de la salud.

Invoco cortésmente al colega que empecemos el debate con seriedad y con mucho respeto. Por favor, que retire esas palabras ofensivas que se acaban de señalar.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Retire la palabra, congresista Tapia.

El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Presidenta: Que me diga qué palabra quiere que retire, porque yo voy a fundamentar por qué es la peor ministra de la historia. Más bien, yo quiero fundamentar y que me dejen participar. ¿Qué palabra quiere que retire?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Fundamente el pedido, congresista Coa.



El señor COA AGUILAR (NGP).— Tiene que retirar, señora Presidenta, los adjetivos que acaba de utilizar: “peor ministra” y “vergüenza”.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Retire las palabras, congresista Tapia.

El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Yo considero, Presidenta, que no hay palabra que retirar. Más bien, déjeme continuar con mi participación.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Se le ha pedido que retire la palabra para continuar el debate, congresista Tapia.

El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Tengo que fundamentar.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Se le ha pedido que retire la palabra, congresista Tapia. El congresista Coa ya mencionó qué palabras debe retirar usted. Retírelas para continuar con el debate.

El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Considero que no hay ninguna palabra que retirar, Presidenta, y yo más bien debo continuar mi intervención.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— ¿No va a retirar la palabra, congresista Tapia?

Se va a dar lectura a la parte pertinente del Reglamento.

El RELATOR da lectura:

“Reglamento del Congreso de la República

Disciplina parlamentaria

Artículo 61. El Presidente tiene a su cargo la dirección de los debates y la prerrogativa de exigir a los congresistas que se conduzcan con respeto y buenas maneras durante las sesiones. Está facultado para:

[...]

d) Exigir el retiro de frases ofensivas proferidas contra las autoridades, los miembros del Congreso y las personas, aplicando de ser necesario las sanciones reglamentarias.

[...]”

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Congresista Tapia.

El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Quiero decirle, Presidenta, que en ningún momento he tratado de ofender a nadie, sino muy por el contrario. No puedo decir que es...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Congresista Tapia, ¿va a retirar las palabras?

El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Es una mala gestión, pero, con el ánimo de continuar con este debate, voy a retirar la frase “peor ministra”.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Se da por concluido el incidente.

Continúe, congresista Tapia.

El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Presidenta: En el tema de la salud, el Perú está pasando por la mayor crisis de nuestra historia republicana.

Incluso, el presidente Ollanta Humala ha dicho que la salud debe ser como un servicio, no como un negocio; pero a la luz de la verdad se está viendo que esto es un negocio y no un servicio, como lo dijo el presidente Ollanta Humala.

Por otro lado, en cuanto a los indicadores de las coberturas de vacunación contra la polio, del 94% que era en el año 2012, ahora es 70%; es decir, hay un 30% de niños desprotegidos contra la polio.

Indicadores epidemiológicos: plasmodium falciparum, de 29 mil casos a 48 mil durante su gestión; tos ferina, de 66 casos a mil 540. Esa es la gestión de la ministra de Salud.

Desnutrición, de 22% a 24%; y ni se diga del área rural, donde ha pasado de 31 a 33%.

Somos campeones de la tuberculosis multidrogorresistente; y no en Latinoamérica, sino en el mundo. Qué vergüenza, Presidenta. Asimismo, en anemia, del 46% se ha pasado al 50%.

Y todo esto es en el marco de una reforma de salud, a la que le dicen “la doctora reforma”, en que se emitieron 23 decretos legislativos. Sin embargo, han pasado 400 días y hasta el día de hoy ninguno ha sido reglamentado. ¿Eso es eficiencia de la gestión?

Esta reforma de salud ha sido impuesta de manera prepotente y autoritaria, a puertas cerradas, en el Ministerio de Salud, cuyo interés fundamental es impulsar una encubierta privatización de los hospitales y servicios de salud vía APP, en la que el Estado invierte todo, y las empresas privadas, ni un sol.

Además, se concesiona la *bata gris* y la *bata verde*. Un ejemplo es el Hospital del Niño, donde realmente el Estado invierte todo, y el privado no invierte ni un sol, pero —eso sí— están para las ganancias.

Incluso, aquí se está afectando el Decreto Legislativo 1012, del año 2012, que dice que cuando las empresas privadas invierten en el Estado comparten también los riesgos. En cambio, acá se llevan las ganancias cuando es el Estado el que ha invertido 330 millones en la infraestructura y el equipamiento del Hospital del Niño. Además, ya le dieron 32 millones a la empresa privada sin que esta haya hecho absolutamente nada.

Sin embargo, la ministra de Salud ha batido el récord histórico en publicidad: 100 millones de nuevos soles, cuando el máximo al que se había llegado es 20 millones. ¡Qué bonito! ¿Y para hacer propaganda a qué? A la reforma de salud, a la seudorreforma de salud; que de reforma no tiene nada, porque el sector de la salud sigue sin rectoría, sigue fragmentado.

Por el contrario, existen jugosos sueldos: 30 mil nuevos soles, 28 mil nuevos soles en dos viceministerios; 28 mil 500 nuevos soles también en Instituto de Gestión de Salud; Sunasa-SIS, 25 mil nuevos soles, y 585 puestos de confianza en Sunasa. ¿Eso es reforma? Eso es ir contra la inclusión de los más pobres del Perú. Eso es una burocracia dorada y privilegiada.

En cuanto a la ministra que tenemos hoy, ni siquiera entre ustedes prima el título profesional para ejercer estos altos cargos de gobierno. La ministra de Salud es una bachiller en ciencias sociales; es decir, ni siquiera se requiere de título profesional para ejercer estos grandes cargos. ¿Dónde está la meritocracia? ¿Dónde está la inclusión social?

Y otra muestra de incapacidad de este gobierno y de incapacidad de esta ministra: 230 días de huelga acumulada en su periodo de gestión, 150 días de huelga médica nacional. Incapacidad total.

Por otro lado, están nuestros pacientes. Tenemos tres millones de consultas y 600 mil intervenciones quirúrgicas que no se han hecho. Esto ha perjudicado a nuestros pacientes, a los más pobres del Perú. Y esto demuestra frivolidad, falta de sensibilidad para con nuestros pacientes.

Además, como en ningún otro gobierno, existe una represión total a los colegas médicos. Estos han sido maltratados, precisamente, debido al incumplimiento, como lo ha reconocido la ministra de Salud, quien mintió a los médicos del Perú, como también está mintiendo a todos los trabajadores del sector Salud.

También quiero decirles, a través de la Presidencia, que la ministra de Salud que tenemos al frente ha devuelto 700 millones de nuevos soles al año. A la fecha, ya son cerca de dos mil millones de nuevos soles, que es dinero suficiente como para hacer 15 hospitales de 200 camas debidamente equipados.

A eso se llama ineficiencia en el gasto, incapacidad de gasto. El presidente Ollanta Humala prometió un hospital en cada provincia, y hasta el día de hoy no hay ni una posta médica, Presidenta.

En el tema del presupuesto para los hospitales, también quiero decir que al Hospital Loayza —de donde provengo— le dieron 221 millones en el año 2012, y en el año 2013 le han reducido el presupuesto a 83 millones. Asimismo, el presupuesto del Hospital Hipólito Unanue ha pasado de 160 millones a 106 millones.

Lo que se pretende es llevar al caos a nuestros hospitales, convertirlos en verdaderas calaveras, porque los hospitales del Estado se caen a pedazos y el equipamiento es obsoleto, de tiempos de la Segunda Guerra Mundial. No hay medicamentos, insumos ni materiales para operar.

En cuanto a los recursos humanos, los sueldos son miserables. Falta personal especializado. En todo el Perú piden especialistas a gritos.

La fuga de los talentos médicos y de personal profesional de salud es sin retorno. Dieciséis mil profesionales se han ido para no retornar. Desde el año 2011 al año 2013, seis mil médicos se han ido para no retornar.

Las cortinas de humo...

Me pide una interrupción el congresista Spadaro, Presidenta, con su venia.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Spadaro Phillips.



El señor SPADARO PHILIPPS (GFPF).— Gracias, Presidenta.

Paradójicamente, en el gobierno de la inclusión social, la salud en el país se encuentra en cuidados intensivos.

Los pacientes, que deberían ser lo más importante para el gobierno, esperaron 150 días de huelga por la incapacidad del Ministerio para dialogar y resolver el problema de fondo de esta huelga. Lamentablemente, los pacientes no han sido lo más importante.

Esperamos que el día de hoy la señora ministra pueda entregar el cronograma de atención de los miles de pacientes que han sido postergados por esta huelga, quienes por incapacidad del Ministerio y de este gobierno no han sido atendidos. Son miles de operaciones las que no se han atendido, Presidenta.

Este es el gobierno de la inclusión social y los pacientes necesitan ser atendidos, pero siguen esperando con la paciencia y la esperanza de que en 2016 pueda venir otro gobierno que verdaderamente haga las reformas y las acciones que se requieren.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Congresista Tapia, puede continuar.



El señor TAPIA BERNAL (GFPF).— Gracias, Presidenta.

Y vienen las cortinas de humo. Así como se hicieron las cortinas de humo de Edita Guerrero, del aborto terapéutico, también vino la cortina de humo de la emergencia sanitaria por la fiebre *chikungunya*. ¿Con el ánimo de qué? De gastar 60 millones sin que el Congreso lo autorice por una

emergencia sanitaria. Queremos saber en qué ha gastado esos 60 millones, porque acá no hay nada de emergencia sanitaria, ya que solamente se trató de tres los casos importados que se presentaron en un momento y ningún caso autóctono.

Estados Unidos, con mil 45 casos importados, solamente declaró la alerta sanitaria, y acá se declaró la emergencia sanitaria para gastar 60 millones. Entonces, queremos que nos digan en qué han gastado esos 60 millones.

El supuesto caso de ébola ha desnudado de cuerpo entero la verdadera crisis del sector, evidenciando las deficiencias y carencias. Hemos hecho el ridículo ante el mundo con el caso de un paciente que vino de Guinea Ecuatorial y que ya estaba 60 días fuera de su país; y acá, ébola. ¿Qué es eso? Como bien claro dijo el doctor Elmer Huerta, no era un caso de ébola, pero sí ha servido para decir que acá sí estamos preparados para enfrentar el ébola.

¿Qué hubiera ocurrido si hubiese sido ébola? Se contaminaban todos los que estuvieron en la ambulancia que llevó al paciente al Hospital Daniel Alcides Carrión, donde además hay pacientes con tuberculosis multidrogorresistente; e incluso le dieron de alta sin cumplir con lo que dice la Organización Mundial de la Salud, pues a esos pacientes tienes que mantenerlos en observación. Además, a los pacientes con tuberculosis los han llevado al Hospital Loayza, al hospital Cayetano Heredia. Esa es la forma como hemos hecho el ridículo ante el mundo.

Tenemos 50 millones en consultorías y asesorías, 13 millones para celebraciones de la ministra, fiestas y agasajos.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Tapia.

El señor TAPIA BERNAL (GFPF).— Se comprometieron a hacer 748 establecimientos durante este año 2014, con dos mil 50 millones. Pero ¿cuántos han hecho, cuántos han inaugurado? Ni una posta médica. Entonces, una vez más hay que hacer recordar la promesa de Ollanta Humala. A ver, pues, ¿dónde está el hospital en cada provincia?

El gasto del bolsillo ha aumentado a 37%. En cuanto a los *lobbies*, a la ministra de Salud quiero decirle, a través de la Presidencia, que se ha convertido en una presunta *lobista*, porque estaría

ligada a presuntos *lobbies*, como las empresas ABT y Galeno Software, en el presunto conflicto de intereses, lo cual tiene que investigarse en este Congreso de la República.

A través de la Presidencia, quiero decir a la señora ministra de Salud, frente a su incapacidad demostrada para dirigir el sector y por la salud de todos los peruanos, que dé un paso al costado, que renuncie...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Tapia.

El señor TAPIA BERNAL (GFPF).— Al presidente Ollanta Humala quiero decirle que esto no le hace bien a su gobierno, le hace daño. Sepárela inmediatamente, porque usted también se comprometió a trabajar por la salud de todos los peruanos; especialmente, la de los más pobres.

Como médico, debo decirle que esto me impresiona ya que estamos frente a un cáncer que está a punto de hacer una metástasis. Hay que hacer una cirugía radical que permita salvar la vida del paciente, que en este caso es recuperar la salud de nuestro pueblo peruano.

De no hacerlo el presidente Ollanta Humala, este magno Congreso de la República lo hará a través de la censura correspondiente.

Muchas gracias, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra la congresista Doris Oseda Soto.



La señora OSEDA SOTO (NGP).— Muchísimas gracias, señora Presidenta.

Por su intermedio, quiero saludar a todos los congresistas presentes y a la ministra de Salud, Midori De Habich, quien ha hecho una exposición muy clara.

Por su intermedio, Presidenta, quiero recordarle al congresista una frase: “La naturaleza de los hombres soberbios y viles es mostrarse insolentes ante la prosperidad”, ante el trabajo que realiza la señora ministra buscando el bienestar de miles de ciudadanos.

Me preocupa cuando estas frases hirientes vienen de un médico, que comprende lo compleja que es

la salud. Él sabe, más que cualquier otra persona, que el sector Salud es muy especial, porque no solamente tiene que ver con trabajadores, no solamente tiene que ver con infraestructura y con implementación, sino que tiene que trabajar con todo el equipo de salud.

Sí, pues, se trata de un sector que por muchos años ha sido abandonado, ha sido dejado a su suerte. Es por eso que tenemos infraestructura —como él dice— que se está cayendo, que tiene más de 100 años, más de 150 años. ¿Qué hicieron? ¿Acaso quiere que le recuerde cómo fue la salud en los años 90?

Yo soy testigo. Yo he trabajado cuando fue su Presidente la autoridad. En ese tiempo nadie tenía derecho a reclamar, a hacer huelga, porque les decían que, *si no hacen ligaduras de trompa o vasectomías antes que otra operación, detrás de ustedes hay 20 o 30 profesionales*. Así que los médicos ni huelga hacían, estaban calladitos, obedientes. Ellos me decían “somos esclavos”.

¿Acaso alguien reclamaba un sol? Nadie. Y ahora ha habido esa huelga que ha perjudicado a miles de pobres pacientes, que ha postergado operaciones. ¿Quiénes se han perjudicado? Los más pobres. Qué pena. Eso es no recordar y solamente es detractar.

Yo, señora Presidenta, desde que estoy en la Comisión de Salud, desde 2011, he visto que él —discúlpeme, Presidenta, por su intermedio— siempre se ha ensañado con el ministro Tejada y con la ministra Midori. Creo que tiene una enfermedad con la ministra: ataca y ataca. Qué pena que el ataque venga de un médico, que sabe cómo es la salud.

Cuando vamos nosotros a hacer nuestro trabajo descentralizado, vemos que la población se queja de que no hay exámenes, tomografías, exámenes auxiliares, ecografías, radiografías, porque a veces demoran y están postergándolos o mandan a los pacientes a otros lugares. Esto es cierto. Por eso es importante que se hagan las reformas, que se implemente la reforma de la salud.

¿Y por qué temerle a la reforma de salud si esta también tiene que ver con esas mejoras salariales? Lógicamente, todo es progresivo, nada es de la noche a la mañana. Lo que no hicieron en 20, 30 o 100 años no se va a hacer en tres años. Recién estamos tres años y medio, y ya queremos todos los hospitales a nivel nacional. ¿Qué pasa?

Parece que no nos ubicamos. En este caso, hay que tomar *ubicatina* para hablar y cuestionar, porque eso es lo único que saben hacer.

Actualmente se está trabajando la reforma de salud en base a cuatro ejes.

El primer eje es el incremento de la protección social, el Seguro Integral de Salud. Ya tenemos 15 millones de afiliados al SIS.

Tenemos el segundo eje, que es el mejoramiento en la cantidad y calidad de los servicios, que tiene que ver con una política de inversiones y tiene que ver con capacitaciones. Los actuales establecimientos de salud necesitan su implementación, su refacción, su remodelación, y hay que tener presente que necesitamos desarrollar las capacidades de los trabajadores de salud.

El tercer eje es la protección de los derechos de los asegurados y de los usuarios de los servicios de salud a través de Supersalud, la Superintendencia Nacional de Salud.

El cuarto eje es la modificación de la organización del Ministerio de Salud para fortalecer su función de promoción y prevención, creando el Viceministerio de Salud Pública.

Si no empezamos con una reforma, ¿cuándo se va a trabajar? Si no damos el primer paso, ¿cuándo se va a hacer algo por la salud, que a todos nos preocupa? Y así no lo vamos a dejar.

Entonces, yo sí felicito a la ministra por llevar adelante tan importante sector. Aquí no hay que buscar obstáculos. Acá solamente se está viendo el cómo ponerle piedras a este gobierno. Eso es obstrucción, eso ya es político, pero no hay que tenerle miedo.

Las APP solamente buscan garantizar la operatividad y eficiencia de la prestación de servicios de salud. Por tanto, estas políticas de salud tienen que seguir mirando el beneficio de los más pobres, señora Presidenta.

Acá se habla bastante de la huelga médica. Qué pena pues, porque a los únicos que les ha perjudicado enormemente es a esos pobres que están esperando su derecho a la salud.

Muchísimas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista Yehude Simon Munaro.



El señor SIMON MUNARO (PP).— Gracias, Presidenta. Saludo a la ministra.

Yo voy a procurar hablar sin apasionamiento, Presidenta, y voy a empezar diciendo que, cuando el Presidente de la República dio su mensaje al Congreso con respecto a la reforma de salud, evidentemente todos estuvimos de acuerdo; pero, conforme fuimos viendo el tema de la reforma, nos encontramos con que no era una reforma de este gobierno, sino que era una reforma de las reformas de los gobiernos anteriores; o sea, era una profundización de esas reformas.

La preocupación es que hemos estado viendo cómo esa reforma tiene un corte neoliberal peligroso. Se trata de una reforma que está orientada a disminuir el gasto fiscal para dar mayor opción a la empresa privada a través de la alianza público-privada.

Yo no me asusto por la alianza público-privada, porque —es más— cuando fui presidente regional la primera alianza público-privada que hicimos fue justamente en el proyecto Olmos. Pero ¿se justifica la alianza público-privada en salud? Eso es lo primero que tenemos que preguntarnos.

Entonces, lo que se ha estado buscando es transferir las responsabilidades del gobierno central al sector privado para que estas APP tengan un rol patagónico en el tema de sanidad recuperativa.

Quiero recordar que todo empezó en enero de 2013. En mayo de 2013, el Consejo Nacional de Salud, donde estuvo el Colegio Médico, aprobó un proyecto, lo presentó al Presidente, y en julio se puso en práctica. Y todo esto tenía como objetivo vincular el derecho de la población a gozar de buena salud.

La idea era eliminar todas las restricciones que operan en el sistema y que impiden —esto lo voy a subrayar— que la población ejerza totalmente su derecho a la salud; o sea, eliminar todo aquello que impida que la población ejerza su derecho a la salud.

La idea era extender mejoras en el estado de salud, instaurar una cultura de prevención y protección, avanzar a un sistema de servicio a la población y aliviar la carga financiera. Y aquí tenemos que ver la realidad. ¿Se ha aliviado la carga financiera de la población? ¿Cuánto tiene que pagar una persona enferma para poder curarse?

El 38% es gasto familiar, el 37% es gasto de primas, el 30% es del tesoro público y el 29% es de los empleadores. Es decir que el ciudadano peruano tiene que gastar el 38% de sus bolsillos para salud. Esa es la reforma que no queremos.

El nivel de gasto en América Latina es de 5 del PBI. En el Perú se llega al 2,5. Es decir, estamos en un déficit terrible.

Todo esto, que nace con el deseo y la buena voluntad de la inclusión social, que nace —no tengo ninguna duda— de un gobierno que no quiere fallar en lo fundamental —que es la educación y la salud—, lamentablemente, no está funcionando.

Pero no es que no esté funcionando porque lo digan los congresistas o porque estemos a favor o porque estemos en contra del gobierno, sino porque estamos a favor de la población, a favor del ciudadano común y corriente, al que no le interesan los grandes discursos, sino que busca soluciones.

Esto lo sabe la ministra y lo saben perfectamente los congresistas en su mayoría porque visitan sus regiones. Saben que tenemos hacinamiento en los hospitales; que tenemos paredes colapsadas en los hospitales; que tenemos médicos quejosos, enfermeras quejosas y auxiliares quejosos porque el sueldo no les alcanza. Hay un maltrato a la profesión.

Las muertes maternas llegan, como promedio, en el caso nuestro, a 13%... Perdón. De los nacimientos vivos, los muertos llegan a 13 de mil; y en el mundo rural llegamos a casi 18 y 20 niños por mil que mueren antes de un año de edad. Eso es en los niños.

Y en las muertes por partos tenemos que en el mundo rural, que es el 51%, hay 13% de mortandad. En el caso de Puno es el 45,8%; de Cajamarca, el 50%; de Cusco, el 52,9%; y de Loreto, el 73%.

Esa es nuestra realidad, que no viene de ahora. Esto no nació con este gobierno, porque habría que borrar la historia del país para decir que esto comenzó con el gobierno del presidente Humala. Sería terrible. Esto viene de larga data.

La Organización Panamericana de Salud ha dicho que en el Perú se ha avanzado, pero lamentablemente no se ha avanzado en la magnitud que quisiéramos.

No queremos tener una mirada real de lo que está pasando, y creo que estamos regalando la salud. Por eso es que hay protesta, que no es solamente de los médicos. Quiero decir claramente que no es una protesta de los médicos, es una protesta de la ciudadanía, de las...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Simon.



El señor SIMON MUNARO (PP).— Yo quiero que la ministra nos diga públicamente, ante el país, si finalmente se tiende a privatizar la salud. ¿Se va a privatizar la salud? Sí o no, señora ministra. Esa es una respuesta que el país está esperando.

Y lo segundo que quisiera es que se informe —porque estoy seguro de que EsSalud ha participado— qué significa el Acuerdo de Asociación Transpacífico.

Hay 11 países de la Cuenca del Pacífico —Canadá, México, Perú, Chile, Australia, Nueva Zelanda, Malasia, Vietnam, Singapur, Japón y Brunéi— que están haciendo un acuerdo que va más allá del TLC, por el que se vería afectado, ahí sí, todo el tema de la salud, y eso es preocupante.

Médicos sin Fronteras ha calificado este acuerdo comercial como el más peligroso de la historia para el acceso a medicamentos. ¿Tiene algún informe al respecto, señora ministra?, porque estas conversaciones o negocios que se están haciendo...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Simon.

El señor SIMON MUNARO (PP).— Gracias, Presidenta.

Hoy día nadie sabe lo que está pasando. Se está haciendo prácticamente en secreto. Por lo tanto, yo le pido a usted que nos informe cuál es el avance del Acuerdo de Asociación Transpacífico y qué significa eso para la salud del país.

Muchas gracias, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista Yonhy Lescano Ancieta.

El señor LESCANO ANCIETA (AP-FA).— Muchas gracias, Presidenta.

Acción Popular-Frente Amplio presentó esta moción de interpelación a la ministra de Salud porque no está de acuerdo con la política económica que se viene desarrollando durante estos últimos años; una política económica salvaje, indolente, que ha seguido el modelo de los anteriores gobiernos y que está vendiendo todo.

Esta política económica está vendiendo las pensiones de la gente y, por lo tanto, la vida de la gente; está vendiendo la educación de la gente, pues se venden *los cartones* y ahora se quiere vender los colegios; y ahora se está preparando la venta de los hospitales, de los centros de salud.

Aquí tengo uno de los primeros contratos, el cual se firmó en el gobierno anterior pero al que este gobierno ha hecho una adenda.

Aquí hay que decirle a la ministra que este es un contrato de EsSalud, pero es de este gobierno, y con él se entrega a los privados no solamente el equipamiento de los hospitales, los laboratorios y las radiografías, sino también se vende los servicios de salud, los servicios clínicos, que se entregan por 99 años. Y a ese contrato este gobierno ha hecho una adenda.

Aquí tenemos otro contrato, de julio de 2014, que ya es del Ministerio de Salud de este gobierno. Sobre este contrato la ministra nos ha dicho, colegas parlamentarios del oficialismo y de la oposición, que aquí hay un equilibrio, que tanto el Estado como el privado asumen riesgos. Eso es totalmente falso, porque en este contrato...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Le piden una interrupción, congresista Lescano.

El señor LESCANO ANCIETA (AP-FA).— Bueno, le doy una interrupción al congresista Abugattás.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Abugattás Majluf.



El señor ABUGATTÁS MAJLUF (NGP).— Muchísimas gracias, congresista Lescano, por el gesto democrático.

Quiero simplemente hacerle recordar que los contratos a los que usted

hace referencia fueron firmados en la gestión del gobierno del presidente García, suscritos por el señor Barrios.

Esos contratos los dejaron firmados, y lo que ha hecho este gobierno es cumplir con la palabra del Estado peruano. A la actual administración no le eche la culpa de unos contratos —que no sé si estarán bien hechos o mal hechos, se verá con el tiempo— que no fueron hechos en este gobierno.

Gracias, señor congresista.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Lescano.



El señor LESCANO ANCIETA (AP-FA).— Presidenta: Son contratos firmados en el gobierno anterior, pero ratificados por este gobierno, y por eso no le creemos a la ministra, porque el gobierno del presidente Ollanta Humala le prometió a la gente un montón de cosas, y no las cumplió. Por eso no le creemos.

Y no le creemos, además, porque acá hay documentos que establecen el pago de montos mínimos mensuales a las operadoras de estos servicios. ¿Qué riesgo corre la empresa? No corre ningún riesgo.

Se le paga los servicios de agua, de luz, de electricidad y de gas. ¿Quién no va a querer hacer negocio de esa manera? Todo el mundo va a contratar con el Estado, porque el Estado le paga los servicios básicos cuando va a operar un hospital o un centro médico, y el “inversionista” no pone absolutamente nada. Entonces, el que corre riesgos...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Lescano.

El señor LESCANO ANCIETA (AP-FA).— ... es lamentablemente el gobierno.

Entonces, señora Presidenta, no hablemos de que aquí hay un servicio adecuado, de que se está mejorando la salud.

¿Cuánto están ganando los privados con estos contratos? Que nos responda la ministra. Ganan de 25 a 30%. Esa es la ganancia que se llevan los privados. ¿Ese dinero sale de nuestros bolsillos? Sí sale de nuestros bolsillos, porque ¿quién paga

esa ganancia, esa rentabilidad? El Estado. ¿Y este de dónde saca la plata? De los impuestos de los ciudadanos.

Entonces, esto sí lo paga el ciudadano y los recursos se van en hospitales, se van en medicamentos, se van en una serie de cosas, porque se va a pagar 310 millones solamente por equipamiento y laboratorios para el Hospital del Niño de San Borja, pero con esos 310 millones, señora Presidenta, se puede hacer varios hospitales...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Lescano.

El señor LESCANO ANCIETA (AP-FA).— ... para que los pueda conducir el Estado.

Entonces, ¿se está privatizando la salud? Sí, señor, se está privatizando la salud. ¿Cuánto cuestan los medicamentos? Lo van a explicar: un montón de plata.

Está prohibido enfermarse en el Perú, porque acá se mueren por falta de medicamentos. Van a comprar en la farmacia, y las farmacias privadas tienen que ganar. ¿Y quién lo paga? El Estado. ¿De dónde saca la plata el Estado? De los impuestos de los ciudadanos.

Entonces, este modelo no resiste más; y, si no lo cambia la ministra, la ministra tiene que renunciar, porque es obligación de ella rectificar este modelo, que es absolutamente contrario a los intereses del país.

Por eso, señora Presidenta, aparte de los López Meneses y de los demás temas coyunturales, nosotros estamos preocupados por la salud de la gente, por los medicamentos de la gente, por las operaciones de la gente...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Lescano.

El señor LESCANO ANCIETA (AP-FA).— Esperemos, señora Presidenta, que esta situación se corrija.

Más aun, señora Presidenta, aquí tengo un diagnóstico reciente: Perú 44,5%, según la Organización Mundial de la Salud; prevalencia, 40% de problemas de salud pública severos.

¿Y a qué más se refiere este documento de la Organización Mundial de la Salud? Se refiere a los

niños que tienen anemia, que en uno llega al 73%, y en casi todos los departamentos la anemia está por encima del 40%. Ese es un problema de salud severo, señora ministra, y tenemos problemas en este sentido que tampoco se corrigen.

Entonces, ¿cómo quieren que nos quedemos callados y que no interpelemos a la ministra si estamos en un asunto de severa gravedad en el Perú respecto a la salud y ante inversiones privadas que se dan en beneficio de los grupos económicos? Eso no se puede permitir.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Gracias, congresista Lescano.

Tiene el uso de la palabra el congresista Carlos Bruce Montes de Oca.



El señor BRUCE MONTES DE OCA (GPCP).— Gracias, señora Presidenta.

El congresista Becerril me está pidiendo las dos interrupciones. Si usted lo permite, Presidenta, encantado.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Las dos interrupciones son para el congresista Becerril Rodríguez.



El señor BECERRIL RODRÍGUEZ (GFPF).— Gracias, señora Presidenta; gracias, colega Carlos Bruce.

Es lamentable que haya colegas que ya tienen casi cuatro años en el gobierno y que aun hoy día se pregunten cuándo se va a hacer las reformas. ¿Qué quieren, que lo haga la oposición? Ustedes están gobernando.

Es irrisorio cuando les dan papeles para que los lean, pues ni siquiera piensan. No esperamos las grandes reformas de este gobierno incapaz, porque obviamente nunca se van a hacer.

¿Quién ha prometido un hospital por provincia? ¿Los gobiernos anteriores o este gobierno? Obviamente, este gobierno. ¿Cuántos ha hecho? Ninguno, porque entendemos que es un gobierno mentiroso. ¿Acaso ya cumplieron con el gas a 12 nuevos soles? Todavía, ¿no es cierto?

En Cajamarca dijeron *agua sí, oro no*, y nunca llegó el Presidente allá. A los mineros informales los han estafado.

Medio periodo de gobierno se lo han pasado criticando a los gobiernos anteriores, y lo que falta de este gobierno se lo están pasando ofreciendo reformas, las cuales no las pueden hacer.

Asimismo, en la parte última de este gobierno están desesperados tratando de blindar a la pareja presidencial ante los graves casos de corrupción.

Los ministros no trabajan, comenzando por la *Premier*, porque todos están en este momento tratando de salir en los medios para evitar desesperadamente que se investigue al presidente Ollanta Humala.

Es este gobierno el que ha fracasado...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Inicie su intervención, congresista Bruce.

El señor BRUCE MONTES DE OCA (GPCP).— Gracias, Presidenta.

Cuando la ministra de Salud asumió el cargo, muchos teníamos una gran esperanza en su gestión: viene de una organización internacional y parece muy solvente en sus planteamientos, pero las gestiones se demuestran con los resultados.

Actualmente, el Ministerio de Salud tiene una ejecución presupuestal de solo 45%, y quedan solamente los meses de noviembre y diciembre. Entonces, estamos en este problema de que hay plata, pero no hay gestión para convertir esos dineros en la mejora de la salud de la gente.

Eso es gestión y es en lo referente a la parte administrativa. Pero, en lo que son las políticas de salud, recientemente hemos recibido un documento del Ministerio de Salud que nos ha llamado poderosísimamente la atención.

Tanto el Ministerio de Salud como EsSalud han invertido mucho, por ejemplo, en campañas de donación de órganos, que está muy bien, porque solo cinco de cada millón de ciudadanos donan órganos. Es una tasa bajísima, la más baja de toda la región.

Para solucionar esto, tanto el que habla como la congresista Karla Schaefer y la congresista Carmen Omonte hemos presentado proyectos de ley muy parecidos para que las personas que no digan lo contrario —así, por *default*— donen sus órganos cuando mueran.

Si alguien no quiere donar sus órganos, hace una gestión y expresamente pone en su DNI “no quiero donar órganos”. Esto, para facilitar que las personas que quieran donar órganos no tengan que hacer una gestión especial, y de esa manera la oferta de órganos se incrementaría notablemente y, por lo tanto, el mercado negro de órganos desaparece, porque la oferta es mucho mayor.

Ante esto —que, repito, incrementaría notablemente la donación de órganos, que serviría para todas las campañas que el Ministerio de Salud y EsSalud han hecho para que se done órganos—, ¿sabe usted qué cosa ha contestado la ministra de Salud como opinión? Que no le parece, porque eso viola la decisión individual de las personas y porque hay que respetar lo que dicen las familias cuando uno se muere; porque dentro del proyecto está estipulado que, si tú como persona donas tu órgano, la familia no puede cambiar esa decisión, porque es una decisión que uno toma en vida. Entonces, cuando uno muere, la familia no tiene por qué cambiar esa decisión.

Si tú en vida dejas un testamento que está dentro del marco de la ley...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Bruce.

El señor BRUCE MONTES DE OCA (GPCP).— ...cuando mueres nadie te puede cambiar esa decisión.

Pero no, la ministra de Salud dice que no le parece bien, primero, porque estamos obligando a la gente a que done órganos, lo cual no es verdad porque el que no quiere donar sus órganos simplemente pone “no quiero donar órganos”; y, en segundo lugar, dice que hay respetar la decisión de la familia.

Entonces, tenemos aquí a una persona que dirige el sector Salud y que no se deja ayudar para solucionar un problema gravísimo, que es el de la falta de donación de órganos, y de lo que se trata es de salvar vidas, vidas humanas.

Pero, en una respuesta que no tiene ningún sentido, la posición del Ministerio de Salud nos sorprendió. Pensábamos que más bien íbamos a recibir un respaldo entusiasta para ayudar a que el Ministerio de Salud tenga más órganos disponibles y salvar más vidas humanas. Pero no. Nos llegó una respuesta que realmente nos ha asombrado, porque en primer lugar toca aspectos...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Bruce.

El señor BRUCE MONTES DE OCA (GPCP).— El Ministerio de Salud toca temas constitucionales, del derecho de las personas, y menciona que le estamos quitando a la gente la voluntad de donar órganos, lo que no es verdad.

Insisto, si una persona no quiere donar órganos, simplemente hace su gestión y no los dona, indica en su DNI que no los dona. Así que no hay ningún tema constitucional. Sin embargo, se habla de que estamos violando el derecho de las familias a decidir. ¿De cuándo acá la familia puede cambiar lo que uno decidió en vida?

No hay ningún sentido de que los familiares tomen una decisión en algo que uno ya decidió cuando estaba vivo y que además no los afecta a ellos; porque, en fin, si fuera un tema de herencia, en que la decisión los afecta, tienen el derecho a pedir que se respete la ley. Pero en este caso no se afecta a ellos, a los familiares. Sin embargo, el Ministerio de Salud dice no, que preserva el derecho de las familias para que puedan decidir.

Así que, Presidenta, si tenemos una ministra que no se deja ayudar y que, más bien, con esa...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Bruce.

El señor BRUCE MONTES DE OCA (GPCP).— ...actitud lo que hace es condenar a cientos de miles de peruanos a que se mueran por falta de órganos, Presidenta, nosotros no tenemos ninguna confianza en la ministra que está sentada ahí adelante.

Gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra la congresista Pérez Tello.



La señora PÉREZ TELLO DE RODRÍGUEZ (PPC-APP).— Me pide una interrupción la congresista Schaefer, Presidenta, con su autorización.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir la congresista Schaefer Cuculiza.



La señora SCHAEFER CUCULIZA (GFPF).— Gracias, Presidenta.

Para sumar a lo dicho por el congresista Bruce, yo creo que el Ejecutivo, el sector Salud, debería ser quien haga esa propuesta a nosotros, no los tres congresistas.

En estos momentos, en el registro de pacientes en espera de órganos, hay siete mil 500 personas diagnosticadas. Imagínese cuántas no llegan al diagnóstico. Igual es en tejidos. Muchas veces, tres personas al día mueren porque no tenemos una cultura de donación de órganos, de solidaridad.

Esta es la realidad, señora ministra, y yo creo que usted debe ser la primera promotora de una ley de ese tipo, porque todos los días llevaremos en nuestras espaldas la muerte de tres personas porque no tenemos órganos disponibles para trasplantes.

Gracias, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Pérez Tello.

La señora PÉREZ TELLO DE RODRÍGUEZ (PPC-APP).— Me pide una interrupción el congresista Coa, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Coa Aguilar.



El señor COA AGUILAR (NGP).— Muchas gracias, señora Presidenta.

Yo creo que sí se puede debatir cuando hay madurez y cuando no recurrimos a la diatriba, al adjetivo.

Yo no estoy de acuerdo con las cifras que ha señalado el congresista Bruce, porque este es un debate nacional.

En 2013, de un total de tres mil 928 millones, el sector gastó tres mil 677 millones, que equivale al 93%. Creo que las cifras han sido incluso un poco más altas, creo que son algo de más de 94,7%. Y en lo que va de este año se está en más del 70% de ejecución.

No son entonces los montos que ha referido el colega a quien he hecho mención.

Muchas gracias, colega.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Pérez Tello.



La señora PÉREZ TELLO DE RODRÍGUEZ (PPC-APP).— Muchas gracias, Presidenta.

En mi intervención, a nombre de la bancada, que va a tomar todo el tiempo que se nos ha asignado, voy a tratar básicamente sobre tres temas.

El primero es con relación a las APP, sobre las supervisiones de ejecución y el tipo de indicadores que están utilizándose, si son solo cuantitativos o también cualitativos.

El segundo tema es el de Farmasis y la capacidad que tenemos de distribuir en todo el país estas medicinas. Es el tema de la accesibilidad, que es un problema para este y para todos los programas o todas las políticas públicas que asume el Estado.

Y el tercer tema es sobre nuestra capacidad de tomar acciones determinadas para situaciones de enfermedades transmisibles. Para ello, necesito introducir algunas consideraciones generales, de manera que se pueda entender nuestra lógica de respaldo a la decisión de implementar las APP en el país, sin que esto signifique aceptarlas tal y como han sido adoptadas.

Nosotros —no podemos olvidarlo— fuimos los autores del concepto de economía social de mercado, acuñado en la Constitución de 1979 y repetido en 1993, en las ilustres palabras del maestro Alayza.

Esto supone, en resumen, que no estamos dispuestos a sacrificar la libertad en nombre de la justicia ni la justicia en nombre de la libertad.

Y ello solo es posible con solidaridad, que se materializa en la gestión del Estado con la justa distribución de los ingresos y de la administración de, por ejemplo, los tributos, aplicando los principios de supletoriedad, subsidiariedad y solidaridad.

Según ello, el grande no debe hacer lo que puede hacer el chico, el Estado no debe hacer lo que puede hacer el privado y —en cuanto a la supletoriedad—

el privado no debe hacer aquello que nunca hará, como cubrir, por ejemplo, los servicios de salud o los servicios de agua y desagüe en los lugares donde no resulta rentable pero donde las personas tienen derecho a tener condiciones de vida digna; y la solidaridad, en el sentido estricto, es cuando, por ejemplo, se pueden hacer subsidios cruzados, de ser necesarios.

Esta forma de política económica que como país hemos adoptado —que es en realidad el debate de fondo, serio, el de largo aliento, y que debería atender nuestra demanda de tiempo y de debate— supone que utilicemos esta forma que hemos adoptado para la generación de empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos y demás.

Cuando hablamos de empleo, no es para que el Estado se convierta en el gran empleador y contratemos a gente que no puede conseguir trabajo en el sector privado porque no está capacitada para ello y porque ahí no le van a aguantar ni huelgas ni cantaletas, sino eficiencia y gestión.

Lo que necesitamos son Estados chicos, con personal calificado, que pueda hacer una buena gestión y una buena administración. Eso es lo que cree mi bancada, lo que sustentamos y lo que hemos defendido siempre. Así que acá no hay ninguna novedad.

Sin embargo, Presidenta, tenemos que asumir que hay dos problemas.

El primero es el que ha sido solucionado en este gobierno y en los anteriores con la figura de las APP y las obras por impuestos. Y esto, por dos razones básicamente: la corrupción enquistada en nuestro ADN, que supone, entre otras cosas, la falta de conciencia y el valor de la palabra, porque aquí cualquier sinvergüenza y mentiroso termina siendo elegido por el voto popular; y, además, la lógica de la ley del vivo, que se materializa hasta en una cola en el cine, en donde todo el mundo quiere entrar primero.

Por otro lado, está la poca capacidad que tenemos de control del gasto, porque hemos hecho un proceso de descentralización sin capacitarnos y estamos todavía *pagando el pato*, y la evidencia es, por ejemplo, el Gobierno Regional de Áncash, para hablar de algo en lo que todos estamos de acuerdo.

El otro problema es que tenemos una incapacidad de hacer sistemas de control, porque, en la pretensión de corregir estas dos deficiencias

—el tema de la corrupción y el tema de la mala capacidad de gestión—, hemos creado sistemas de control burocrático que hacen que, en la práctica, desde que se gesta una obra o se piensa en ella hasta que se ejecuta, puedan pasar cinco años o seis años.

Ningún gobierno es ajeno a eso y entonces han terminado —desde el APRA, los anteriores a este y los siguientes— haciendo cosas como el contratar a través de OIM o a través de PNUD, porque no hay otro camino.

Aunque hayan acusado constitucionalmente a quienes lo hicieron en su momento, no había otro camino y había que tener la valentía de satisfacer las demandas de los ciudadanos, porque para eso somos Estado.

Así que sí creemos en las APP, sí creemos que estas deben darse y que las obras por impuestos deben darse hasta que empecemos a discutir los verdaderos problemas del país y les demos solución, en vez de estar discutiendo coyuntura, que no cambia la historia. Por eso, los hospitales de la Solidaridad han tenido el éxito que han tenido.

Sin embargo —por su intermedio, Presidenta, a la señora ministra—, no vemos que ustedes hayan establecido los mecanismos de supervisión en la ejecución de estos contratos que hagan que las deficiencias que se ven a nivel de la ejecución por parte del Estado no se repitan a nivel de la ejecución por parte del privado.

Por ello, necesitamos que se nos explique. No se respondió la pregunta diez, porque esta está orientada más al contrato. A nosotros nos preocupa la ejecución de ese contrato, cómo se supervisa, qué indicadores se van a manejar. Usted ha hablado solo de indicadores cuantitativos. Nosotros queremos escuchar de indicadores cualitativos.

En todos los mensajes del presidente Ollanta Humala, solamente una vez ha hecho referencia a indicadores de calidad...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Pérez Tello.

La señora PÉREZ TELLO DE RODRÍGUEZ (PPC-APP).— ...en temas de salud, que se refería a la percepción en la calidad de la atención.

Lo anunció el primer ministro de Salud, pero se callaron en todas las formas en los siguientes

discursos, porque evidentemente no hemos logrado ese objetivo como Estado.

El siguiente tema, Presidenta, que es mucho más claro y no va a necesitar mayores explicaciones, es el de Farmasis.

Si estamos partiendo de la premisa de que el Estado tiene que ser un Estado chico que sea capaz de administrarse, que no es un generador de empleos a través de la contratación directa, sino a través de la promoción de inversión para que se genere trabajo, única forma justa de distribuir riqueza, ¿cómo es que pretendemos distribuir las medicinas en todas las farmacias a nivel nacional?

Si ni siquiera tenemos la capacidad para distribuir los cuadernos, ¿cómo es que vamos a lograr eso, cómo es que lo han planificado? No lo veo. He revisado la documentación que he tenido a la vista y la verdad es que no me parece que eso se haya previsto.

Si los problemas de accesibilidad existen en nuestro país para los programas sociales, ¿cómo no van a existir para la distribución de medicinas? En todo caso, ¿cómo es que han pensado solucionarlo?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Pérez Tello.



La señora PÉREZ TELLO DE RODRÍGUEZ (PPC-APP).— Si me permite, Presidenta.

En el tema de la TBC, existe la Ley 26842, que en su artículo 76 establece que es el Ministerio de

Salud quien tiene que enfrentar las enfermedades infectocontagiosas.

Por segunda y última vez, señora ministra, porque sí me parece muy grave que esto suceda y yo no quisiera tener que utilizar los mecanismos que la Constitución me franquea, ¿qué se va a hacer con la TBC en el Perú?

Específicamente, en las cárceles, en Lurigancho, de tres mil presos, hay 450 personas con la enfermedad de la tuberculosis declarada, con tres mil a cuatro mil mujeres en día de visita femenina y entre mil 800 y mil 900 hombres en día de visita masculina. Las combis de San Juan de Lurigancho en día de visita al penal son un peligro potencial, ministra.

Le envié la pregunta y se la hice la vez en que usted estuvo presente durante la sustentación de

la ministra Ana Jara, y ustedes nos contestaron por escrito. La respuesta es una vergüenza, ministra. Se lo dije. La respuesta es *eso lo resuelve el INPE*.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Pérez Tello.

La señora PÉREZ TELLO DE RODRÍGUEZ (PPC-APP).— Le rogaría, señora ministra, que nos explique qué se va a hacer para que la TBC, concentrada en penales, con hacinamientos gravísimos, no se expanda por todo el país.

Muchas gracias, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista Gustavo Rondón Fudinaga.



El señor RONDÓN FUDINAGA (SN).— Me piden una interrupción el congresista Carlos Bruce y el congresista Daniel Abugattás, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Bruce Montes de Oca.



El señor BRUCE MONTES DE OCA (GPCP).— Gracias, Presidenta.

El congresista Coa ha dicho que mis cifras están equivocadas; y no, no están equivocadas. Él quiere sustentar el gasto del Ministerio hablando del gasto total; es decir, el gasto corriente con el gasto de inversión.

El gasto corriente se gasta solo. ¿Qué cosa es gasto corriente? Sueldos, salarios, gasolina, luz y agua. No, señor congresista. Yo me refiero al gasto difícil de gastar, el gasto que es un reto, que es el gasto de inversión. Ahí es donde se ve la gestión de una ministra.

Y para gastos de inversión el Ministerio tenía un presupuesto de 470 y tantos millones, y solamente ha gastado 226 millones, que es exactamente el 45,3%. Entonces, mi cifra no es equivocada, es verdadera. Es más, para lo que es el Instituto Nacional de Salud solo se ha gastado 7,9 y para Neoplásicas 7,3. Esa es la gestión que se ha hecho en el Ministerio de Salud.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Abugattás Majluf.



El señor ABUGATTÁS MAJLUF (NGP).— Muchas gracias, congresista Rondón.

Yo simplemente quisiera volver a tocar el tema que trajeron a colación tanto el congresista Bruce como la congresista Schaefer.

Yo no sé si ustedes tienen un DNI distinto, pero a todos los que tenemos DNI, en el momento en que lo hemos sacado o que los hemos renovado, nos formulan una pregunta: ¿usted quiere donar órganos? Unos dicen sí, otros dicen no.

Entonces, eso está en todos los DNI de aquellos que queremos o no donar órganos. En el mío dice sí. ¿Y ustedes qué están esperando? ¿Que les den una ley especial? No, señor, esta disposición ya está en vigencia desde hace más de 30 años.

Miren sus DNI, por favor.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Por alusión, puede intervenir la congresista Schaefer Cuculiza.



La señora SCHAEFER CUCULIZA (GFPF).— Gracias, Presidenta.

Eso lo sabemos hace mucho tiempo, porque, ni bien salió esa iniciativa, yo inmediatamente lo hice, así como dono sangre cada tres meses. Ojalá que usted también lo haga.

Pero lo importante es que, cuando hay muerte cerebral, a veces tus parientes dicen que no y pasan por encima de tu decisión.

Es así, señor Abugattás. Si no sabe, vaya a los hospitales para que aprenda.

Gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Rondón.

El señor RONDÓN FUDINAGA (SN).— Muchas gracias, señora Presidenta.

Por su intermedio, como siempre, saludo a los seres humanos de este Pleno. Quiero también saludar a la ministra de Salud y a su equipo de asesores.

Primero, déjeme felicitarla por el color que tiene: le cae muy bien el amarillo, señora Presidenta.

Señora ministra: En primer término, quiero agradecerle porque usted ha hecho que nos unamos más en torno a la salud; también, por el logro de demostrar que la salud vale en el país y que ahí estamos todos los peruanos para responder cuando alguien atenta contra la salud.

Y también tengo que decirle como amigo... Al amigo o a la amiga se le dice las cosas buenas, malas y feas, y yo pregunto en este Pleno, con sinceridad, ¿la salud está bien en el país? ¿La salud está bien en el país?

Entonces, una mentira mató mi alegría: reforma sin participación. Con dos mentiras se fue mi ilusión: bonos y nombramientos que no se dieron. Con tres mentiras se ahogó la esperanza, porque la ley del trabajo médico se hizo a espaldas. Y con cuatro mentiras mataste mi amor.

El sector no mejora con las APP. El sector va a mejorar a partir de empoderar, de capacitar y de motivar a los directores, a los gerentes de salud, al personal. Solamente así va a mejorar el sector.

No hay que satanizar, hay que capacitar. En ese sentido, si se piensa dar dinero a las APP, una de las cosas que es importante decir es ¿por qué no se lo dan a los directores ahora? ¿Por qué no se invierte en salud ahora? ¿Por qué tenemos que estar examinando modelos rebuscados para solucionar una cosa que se mira todos los días? Existe hacinamiento, falta de medicamentos, y los indicadores están muy mal.

Por eso, ministra, la reforma es igualdad de oportunidades; la reforma es a igual trabajo, igual remuneración. ¿A usted le gustaría ganar menos que la gerente de salud o ganar más que el ministro del Interior? No, la reforma es equidad. La reforma es que tengamos más especialistas, más logística para atender, más y mejor infraestructura, y un personal recontra motivado.

Cuando empezamos a pensar en teoría, cuando empezamos a hacer planes de planes, seguramente que se nos va a morir el paciente, como ahora sucede. Ya sabemos de qué padece el sector Salud y podemos seguir elucubrando, pero hay que actuar sobre lo que la gente percibe.

Usted solo ha tenido funcionarios que le han dicho *uno más uno es dos*, y lo que hay que tener es seres humanos motivados que le digan *uno más uno es tres*. Eso es lo que necesita la salud en el país, y eso no se ha logrado: ha preferido el frío cálculo del economista del MEF al cálido cálculo de la salud.

Las personas no somos números, somos seres humanos. Los pacientes no son estadística, son cuerpos y almas.

Todos tenemos en nuestras retinas la represión a los médicos. Eso no se hace, ministra. Peor si se llegó a lo mismo en el acta del levantamiento de la huelga después de cinco meses.

Entre peruanos no podemos poner en riesgo vidas...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Rondón.



El señor RONDÓN FUDINAGA (SN).— Pero le agradezco, porque, obviamente, la salud se ha revalorado en el país en cuanto al sentimiento, y por eso hay que defenderla.

Pido a usted y, por su intermedio, a sus asesores que pidan disculpas por los cinco meses de paralización. Si no lo hace, tenga presente que, con el dolor de mis fibras cardíacas, va usted a la censura. Discúlpese, porque si no lo hace expresará que hay un corazón de piedra.

Yo por lo menos no necesito que me expliquen más sobre las APP ni sobre el Farmasis: eso se va a ir viendo y valorando.

Ojo, que las APP de la *bata gris* pueden pasar a la *bata verde*, y de la *bata verde* pueden pasar a la *bata blanca*. En ese sentido, debemos tener mucho cuidado, pero podemos intentar modelos paralelos.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiempo adicional, congresista Rondón.

El señor RONDÓN FUDINAGA (SN).— Lo que se necesita, señora ministra, son buenas medicinas baratas, no hacinamiento, buenos indicadores, gente motivada. Lo que necesita la salud del país es que sus seres humanos se unan. No necesitamos golpearnos. ¿Por qué imponer reformas a la fuerza?

Además, yo voy a dar el primer paso, ministra, y me voy a poner en el lado de la valentía de pedir disculpas por las ofensas que a veces surgen en el fragor de la batalla, y también por esos maltratos al doctor Ugarte. Pero le pido que en la misma medida actúen usted y sus funcionarios.

Usted ya está dos años y tres meses en el cargo, y por eso exijo hoy que, en todo caso, empecemos la verdadera reforma que necesitamos los peruanos: esa reforma del perdón, de la paz, del respeto, de no vilipendiarnos.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Rondón.

El señor RONDÓN FUDINAGA (SN).— El Perú vale un Perú, pero, para que valga un Perú, necesita estar sano, señora ministra.

Le recomiendo que por favor reconozca que hay heridas que curar. Recuperemos el tiempo perdido. Recomendemos bien este piel a piel con todos en salud. Discúlpese. Si no, habrá que oxigenar el sector.

No creo equivocarme si digo que, de nueve bancadas, probablemente siete sientan lo que están sintiendo muchos en cuanto a la salud en el país. Así que a veces, señora ministra, el camino del éxito está sembrado de fracasos.

Ministra, la salud anda mal. Cuando Dios borra algo de tu vida, es que va a escribir algo mejor.

Así que, en ese sentido, más allá de las preguntas sobre las APP, más allá de lo que ya pasó, lo que yo quisiera es que usted y sus funcionarios den el paso valiente de pedir esas disculpas por el tiempo perdido...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Rondón.

El señor RONDÓN FUDINAGA (SN).— ... porque seguimos en hacinamiento, porque las camas están en los pasillos, porque los pacientes no tienen medicinas, porque hay un montón de falencias, señora ministra.

Así que, en ese sentimiento, yo vuelvo a exigir unas disculpas. Yo ya las he dado a nombre, probablemente, de quienes reclamaban salud para todos los peruanos, pero espero de usted y de sus funcionarios la misma valentía.

He dicho. Gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista César Yrupailla Montes.



El señor YRUPAILLA MONTES (NGP).— Gracias, señora Presidenta.

Por su intermedio, saludo a la señora ministra.

Me está solicitando una interrupción el congresista Gamarra. Si usted lo cree conveniente, se la concedo.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Gamarra Saldívar.



El señor GAMARRA SALDÍVAR (NGP).— Muchas gracias, Presidenta.

Muy buenas noches a todos los colegas congresistas.

La verdad es que cuando estamos en un evento, como es esta interpelación, todos queremos sacar lo mejor y poner en vitrina las falencias de una institución.

Y hoy, por ejemplo, el congresista que me antecedió en el uso de la palabra se hizo una pregunta: ¿cómo estamos en la salud? ¿Estamos bien o estamos mal?

De hecho, no estamos bien, y eso lo reconocemos, Presidenta, porque nosotros somos los primeros en reconocer que la salud la encontramos en una pésima situación, con equipos que tenían una vigencia de 40 años.

Por ejemplo, encontramos equipos de rayos equis con 40 años de vida, equipos de neonatología con 40 años de vida, ambulancias con 40 años de vida, remuneraciones de los médicos totalmente estancadas, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Acabó la interrupción.

El señor GAMARRA SALDÍVAR (NGP).— El minuto adicional.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Haga uso de la segunda interrupción, congresista Gamarra.

El señor GAMARRA SALDÍVAR (NGP).— ¿Pero qué es lo que ha hecho este gobierno?

Lo primero que ha hecho es atender el pedido de los médicos y ha incrementado las remuneraciones de manera razonable, Presidenta.

Ha comprado ambulancias, ha renovado el equipo médico. Si no, vayamos a las cifras: a la fecha se ha comprado más de 200 ambulancias y se las ha distribuido a nivel nacional. Es más, se ha comprado 30 ambulancias para SAMU, las atenciones interurbanas.

Entonces, ¿qué estamos diciendo acá? De hecho, no estamos tan bien que digamos, pero se está empezando a hacer las reformas para que los resultados se vean en unos años.

No pretendemos ser el mago de este gobierno para resolver los problemas con una varita mágica. No, Presidenta. Las cosas tienen que resolverse paulatinamente, porque durante muchos años se descuidó el problema de la salud, nadie le hizo caso al problema de la salud, y lamentablemente hoy estamos viviendo las consecuencias, pero tenemos a un gobierno que está afrontando con decisión la...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Yrupailla.

El señor YRUPAILLA MONTES (NGP).— Gracias, señora Presidenta.

Yo creo que la reforma que se está realizando en este gobierno es consecuencia de la preocupación y la necesidad que tenemos de solucionar los problemas de salud.

Todos comprendemos que tenemos serios problemas de salud. En ese sentido, esta reforma está conduciéndose de esa manera, sobre todo en la filosofía de servicio que estableció el presidente Ollanta; en la cual la salud es un derecho que tiene que tener universalidad, gratuidad y calidad. Es de esa manera que estamos caminando adecuadamente para poder solucionar estos problemas.

Evidentemente, habrá algunas dificultades, habrá errores, pero los resultados adecuados se van a ver de acá a un tiempo, porque las reformas no se establecen de un día para otro, sino tienen una continuidad, y el resultado se ve en un tiempo adecuado.

Por ejemplo, ¿qué cosa se ha hecho por el SIS? Nosotros hemos recibido el SIS con un presupuesto de 280 millones, y ahora son más de mil 200 millones los destinados para este programa social de salud.

Estamos preocupados por la necesidad de investigación y de trabajo en enfermedades tropicales, que tienen gran incidencia en nuestro país.

El Instituto de Investigación de Medicina Tropical Von Humboldt, que está regentado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, es una institución a nivel internacional que tiene referencia para tomar datos a nivel internacional de las investigaciones que se realizan acá. Hace poco, el doctor Gotuzzo y el doctor Ciro Maguiña han recibido premios internacionales. Es de esa manera que estamos caminando para superar el problema de la salud.

En cuanto a la tuberculosis, tema que ya se tocó, hemos obtenido un terreno de cinco hectáreas en Canta para hacer un albergue para pacientes de tuberculosis, y para que se traten ahí las resistentes a los medicamentos.

Estamos viendo de qué manera hacemos en Collique un instituto de investigación de la TBC, para que no solamente exista la asistencia médica, sino también la investigación, de modo que de ahí nazcan los protocolos de tratamiento a nivel nacional.

Y no solo está lo referido a la TBC, sino también está la parte de geriatría en un complejo hospitalario en Collique, como ya lo hemos conversado en la Comisión de Salud.

Tenemos la preocupación de las compras de medicamentos en forma ordenada y, sobre todo, en forma conjunta, para que el costo sea el adecuado.

Estamos viendo la Ley del Residentado Médico para que exista una mayor cantidad de especialistas en nuestro territorio. Tenemos una diferencia de más de 11 mil médicos especialistas en todo el Perú, y estamos viendo de qué manera los hospitales regionales puedan ser sedes para que existan más especialistas en nuestras regiones.

Y así hay una serie de aspectos que estamos viendo para que se solucionen el problema de la salud. Pero eso implica que sumemos esfuerzos. Yo les propongo, queridos colegas, que todos ayudemos a solucionar el problema de la salud. Sí, yo sé que es una cosa difícil, pero tenemos que caminar adecuadamente para que así sea.

Hace unas semanas atrás, hemos tenido una reunión con las comunidades nativas, que exigían salud, educación y nutrición. Nos hemos reunido con la *premier* Ana Jara y ya estamos concertando los trabajos a este nivel de las comunidades nativas de la Amazonía peruana.

Yo creo que esa es la manera de trabajar, esa es la manera de conducir, y la responsabilidad que tiene este gobierno se está cumpliendo. Pero, evidentemente, los resultados se verán de acá a un tiempo.

En ese sentido, señora Presidenta, yo creo que tenemos que tener en cuenta ello, que estos resultados van a venir de acá a un tiempo.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra la congresista Luz Salgado Rubianes.

La señora SALGADO RUBIANES (GFPF).— El congresista Medina, Presidenta, me ha pedido las dos interrupciones.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Medina Ortiz.



El señor MEDINA ORTIZ (GFPF).— Muchas gracias, congresista Salgado.

El discurso oficialista sobre los temas de la salud se centra en las grandes reformas, en la denominación de las grandes reformas.

En la acción política, en el campo político, reforma significa cambio. Ojalá fuera una revolución, pero reforma significa cambio, y no encontramos cambio en la costa, en la Amazonía, en los Andes, en la sierra, pues cada vez más los servicios de salud están en crisis.

Falta medicamentos, falta instrumental, los locales se caen y la gente empobrecida no accede a un servicio de calidad en el tema de la salud.

Tome nota: en Tacmara, la comunidad ha tenido que hacer una pollada para comprar lo que necesita su centro de salud. En esas circunstancias estamos. Y lo de un hospital por provincia ya ni siquiera es un sueño o una esperanza, es una frustración.

Usted, señora ministra —a través suyo, Presidenta—, debe tomar en cuenta de inmediato un grave problema que se está presentando en el Hospital de Andahuaylas, nivel II.

Con un presupuesto de 120 millones, que viene desde el gobierno anterior, esta obra ha sido paralizada, y el pueblo de Andahuaylas, a través de sus organizaciones populares, ha determinado acciones que pueden ser lamentables para el régimen.

El Decreto Supremo 226, ministra, que usted firmó con el presidente Ollanta Humala, no se cumple. En su artículo 4.2 se habla de bonificaciones para el Vraem, y no existen bonificaciones para el Vraem.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Inicie su intervención, congresista Salgado.



La señora SALGADO RUBIANES (GFPF).— A través suyo, Presidenta, me dirijo a la ministra de Salud.

Claro que necesitamos reformas, claro que necesitamos cambios. Las reformas deben servir para beneficiar más a la población. Y bienvenido sea el capital privado, bienvenida sea la participación del sector privado, porque hemos visto que en el tema de la infraestructura las APP van mejor en una alianza estratégica con el Estado.

Pero el sector Salud es algo muy sensible. En el sector Salud se ha necesitado la participación de los conocedores de la salud para implementar esta reforma. ¿Y cuál fue el primer error de la ministra? No llamar a los involucrados.

Hemos escuchado a los profesionales de la salud reclamar no solamente por sus sueldos, sino por querer intervenir en una etapa importante de la reforma. Ellos, que son los que sufren los problemas, que son los que saben y son parte del problema, han tenido que contrastar opiniones.

Sí, pues, los hospitales han colapsado, se necesita mayor infraestructura, se necesita mayor participación, y vemos que los hospitales estatales no se abastecen.

Con o sin seguro, los ciudadanos tienen que pagar muchas veces con su vida porque no encuentran la salud que corresponde.

Con o sin seguro digo, porque incluso en la Seguridad Social, que es otro tema que merece una reforma, uno tiene que esperar meses para recibir una atención, una operación o una simple consulta médica.

Asimismo, el tema de las medicinas tampoco se ha podido resolver.

Con estas reformas, señora ministra —a través de la Presidencia—, se ha desactivado las Disas, creando los institutos de gestión de salud, quienes tendrían que estar gestionando los hospitales Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Collique.

Esto ha generado la paralización por cuatro meses de la gestión de estos hospitales, y se quedaron sin capacidad de giro. Desde el mes de junio, los servicios periféricos no tienen caja chica. Entonces, algo no funcionó en esta reforma, algo no se previó.

El Hospital de ATE Vitarte está abandonado a su suerte, así como todos los centros periféricos del distrito. Se tiene que tomar acción sobre eso, señora ministra.

He recibido quejas de que, a pesar de haberse anunciado, el pago de horas complementarias no se cumple hace dos meses, si tuvimos una paralización de cinco meses. Ahora se les prometió pagar las horas complementarias, y con eso iban a trabajar en las tardes.

¿Se acuerdan ustedes de que nos lo dijeron aquí? En buena hora —dijimos nosotros— que no solamente tengan el horario de mañana, sino que también en la tarde haya especialistas. Pues no les pagan, y entonces han abandonado el servicio, ya no hay ese servicio.

¿Por qué se tiene que esperar la presión de los trabajadores? Ahí los hemos visto, en las esquinas, cuando hay un acta que se tiene que cumplir. Dicen que no les pagan las horas extras, no les pagan el sobretiempo, las noches de servicio.

En el Hospital Loayza, señora ministra —a través de la Presidencia—, hay desabastecimiento de medicamentos o no los hay. Nos dicen que ha habido un grave problema en las licitaciones. Se espera —dicen— a última hora para hacer las licitaciones o de lo contrario activar lo que se llama desabastecimiento inminente para convocar a unas compras sin hacer la licitación correspondiente.

Pero ¿qué es lo que ocurre? Hay medicinas y también hay un almacén completo con equipo médico quirúrgico y prótesis, y no está siendo utilizado. Mande a sus asesores para que vean si ese almacén realmente tiene equipos y prótesis que no se utilizan. Ahí se está malversando los recursos del Estado. Alguien no está cumpliendo bien su trabajo.

Por último, señora ministra, se nos vienen dos conferencias muy importantes: la Codex, en noviembre, a la que van a venir más o menos 400 personas de 160 países, incluidos los de África; y la COP 20, en diciembre, adonde van a venir muchos más.

Sabemos que hay un protocolo que debe respetarse. ¿Estamos preparados para recibir con ese protocolo en todos los aeropuertos, en todos los puertos, y hacer el análisis correspondiente para prevenir el ébola?

Sé que han hecho un simulacro, por lo cual me alegro. Sé que tampoco debemos crear el pánico en la población, pero no podemos nosotros quedarnos callados y debemos decir que tenemos que estar preparados si vamos a tener esa afluencia de personas. Son de 160 países por un lado y de 170 por el otro lado. Son miles de personas las que van a venir de todas partes del mundo...



—**Asume la Presidencia el señor Modesto Julca Jara.**

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene tiempo adicional para que termine, congresista Salgado.



La señora SALGADO RUBIANES (GPPF).— Debemos estar preparados, señor Presidente.

No nos oponemos a esta inversión o esta participación del sector privado, señora ministra, porque el sector privado ha cumplido muy buena función en diversos aspectos.

Lo que tenemos que hacer es ser mejores negociadores: no dejar que la mayor parte se la lleve el privado; repartir por igual las responsabilidades, las pérdidas o las ganancias; y, sobre todo, mirar con sensibilidad un sector que no puede ser tratado igual que un puente o igual que una carretera.

Y para eso tenemos que llamar a los profesionales que pueden darnos luces sobre este tema. Llame

usted a sus profesionales, que los tiene de primer nivel. El sector Salud siempre se ha caracterizado por ser el primero en responder al país. No los deje de lado, señora ministra.

Gracias.

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene el uso de la palabra el congresista José León Rivera.



El señor LEÓN RIVERA (PP).— Muchas gracias, señor Presidente.

Queremos aprovechar esta visita de la ministra Midori De Habich, porque en el terreno propositivo quisiéramos comentar que hay una tarea pendiente en las políticas de salud, la que hoy, en la coyuntura mundial, se revisa para hacer algunos comentarios y propuestas.

He tenido la ocasión, hace unos días, de conversar con infectólogos respecto a lo que acaba de decir la congresista Luz Salgado, y creo que hay tareas que debemos recogerlas y proponerlas ahora.

Respecto al TBC, acabamos de tomar conocimiento de que apareció otra categoría por encima de los multidrogos: la categoría extramultidrogos.

Entonces, quisiéramos preguntar a la ministra, porque estamos aún con altísimos porcentajes, ¿cuál es la política con respecto a esta enfermedad, que está vinculada más a la pobreza y, por lo tanto, está considerada como una enfermedad de carácter social?

Respecto al SIDA, acabamos de tomar conocimiento de que hoy los componentes de la transmisión han variado, que hoy el 75% de los casos —antes era 25%— se transmite por los heterosexuales; y esta variación de 25 a 75% es una alerta muy grave y muy peligrosa, porque esto nos estaría hablando de las inconductas y de cómo es que no hay una política adecuada para ir en la dirección de controlar esta nueva epidemia o esta nueva enfermedad.

Y con respecto al ébola...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene tiempo para que concluya, congresista León.

El señor LEÓN RIVERA (PP).— ...como lo ha dicho la señora congresista que me antecedió en el uso de la palabra, acabamos de tomar

conocimiento de que el Perú sí es susceptible de que le llegue este virus a través de este descontrol transfronterizo o de los visitantes que ingresan por las diferentes vías al país.

Lo lamentable es que no tenemos en el país ni siquiera algo preparado: no tenemos el suero, no tenemos las técnicas y —es más— no se está controlando el ingreso por las declaraciones juradas de buena salud, que se están haciendo y que se han tomado en otros países del mundo.

Actualmente, cuando uno ingresa a otro país, declara su estado de salud y, si tiene alguna dolencia, las autoridades de salud de ese otro país le preguntan durante la cuarentena o durante los próximos días de permanencia en el país cómo sigue, cómo está de salud. Cuando alguien reporta...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene tiempo para que termine, congresista León.

El señor LEÓN RIVERA (PP).— Entonces, señora ministra, solicito que se implemente, en todas las líneas aéreas y en todas las líneas terrestres que ingresan al Perú, la declaración jurada de buena salud para hacer un seguimiento a quienes vayan a permanecer por algunos días en el país y que son sospechosos de tener algún problema de salud, porque se nos ha explicado que luego de los seis días podría ser que estos síntomas se conviertan en esta terrible enfermedad del ébola. Y esto no solamente debe hacerse por el COP-20, sino que debe ser una política de salud preventiva.

De esta manera, no esperaremos —como dicen los especialistas— 25 mil años para que pueda adaptarse este virus y no ser dañino a la humanidad.

La alerta mundial nos ha puesto en este desafío. Por lo tanto, señora ministra, le propongo que tomemos la urgente decisión de establecer estas declaraciones para todos los viajeros.

Muchas gracias, Presidente.

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene el uso de la palabra la congresista Mavila León.



La señora MAVILA LEÓN (AP-FA).— Señor Presidente: Si algo de vitalidad política ha tenido el antecedente de lo que estamos discutiendo, es que en el fondo se está tocando, en algunos casos,

temas conceptuales de carácter mucho más profundo y estructural.

Aquí hay una aparente paradoja. Y digo aparente porque es falsa. La paradoja entre un Estado providencie ineficiente e incapaz, y un Estado mínimo eficiente, superlativo de todas las posibilidades en el quehacer social. Y esa paradoja es falsa porque más bien está pasando lo contrario en el mundo contemporáneo.

En una reciente reunión del Banco Interamericano de Desarrollo, se ha advertido el elevado endeudamiento del sector privado en Latinoamérica. El BID señala que ese elevado endeudamiento acumulado por las empresas privadas hace que ahora la deuda privada —curiosamente, a partir de junio de 2013— sea superior a la deuda pública.

En julio de 2013, la deuda privada a mediano plazo era del orden de 14,3 y la pública era del orden de 12,2. Y, en cambio, en junio de 2014 la deuda privada es ahora del orden de 15,5, y la deuda pública es del orden de 11,9.

Me está pidiendo una interrupción el congresista Mesías Guevara. Los dos minutos.

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Puede interrumpir el congresista Guevara Amasifuen.



El señor GUEVARA AMASIFUEN (AP-FA).— Gracias, congresista Rosa Mavila; gracias, señor Presidente.

En definitiva, el sector Salud es tan importante como el sector Educación. Yo no voy a entrar a la valoración y al diagnóstico, pues sabemos los indicadores globales que existen a nivel mundial y a nivel local, pero en esta oportunidad sí voy a traer la voz del Perú rural.

Por su intermedio, señor Presidente, quiero decir a la señora ministra que es importante que potencemos los centros médicos del Perú rural a nivel nacional; asimismo, profundicemos el tema de la telemedicina, mejoremos el tema del mantenimiento y dotación de nuevas ambulancias, y también veamos y verifiquemos lo referente al personal calificado: hay carencia, señor Presidente y señora ministra, de médicos especializados y también de paramédicos.

Por otro lado, también es importante dar un tratamiento especial a los medicamentos.

Por lo tanto, señor Presidente, señora ministra, es necesario que no solamente nos fijemos en el diagnóstico, pues este tema ya está sobrediagnosticado, sino también en puntos reales que el Perú rural y profundo necesita para que la Lima centralista lo aprecie de verdad.

Espero que la señora ministra tenga todas las ganas de apoyar al Perú rural, que son millones de peruanos que están excluidos en su propio territorio. No puede ser posible que no haya una buena atención médica.

Asimismo, es necesario que puntalicemos y hagamos grandes esfuerzos para mejorar lo que se refiere a la medicina preventiva, tema que prácticamente lo estamos excluyendo. Asimismo, debemos potenciar la medicina tradicional.

El Perú profundo, señor Presidente y señora ministra, clama justicia, clama atención. Hay que voltear la mirada hacia él y romper los viejos esquemas de la vieja Lima centralista.

Muchísimas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Continúe, congresista Mavila.



La señora MAVILA LEÓN (AP-FA).— Gracias, señor Presidente.

Como decíamos, en términos de previsión del producto bruto interno, a junio de 2014 la deuda privada es del orden de 15,5 y la deuda pública, del orden de 11,9.

Entonces, toda esta iniciativa del Estado para otorgar capitales frescos a los privados, evidentemente, está pasándoles la factura con inversión pública del Estado para intentar enfrentar lo que es un proceso de quiebra o, por lo menos, de desgaste del capital privado en el ámbito supranacional.

Por eso, señor, hay que responder a esa pregunta, así como en el caso de las cárceles en Estados Unidos, pues las cárceles privadas están en franca decadencia.

Ahora, el Foro Salud nos dice con cifras que, por ejemplo, en cuanto a las asociaciones público-privadas de EsSalud, que han sido ratificadas por el actual mandatario, el Estado paga, en el caso del Hospital del Callao, 65 millones de dólares por año a la empresa española...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene tiempo para terminar, congresista Mavila.

La señora MAVILA LEÓN (AP-FA).— Y el Estado también le paga a la empresa española 65 millones de dólares al año en el caso del Hospital Villa María. Además, el Estado peruano paga 200 mil dólares de supervisión a otra empresa privada vinculada a esa trama de las APP.

Entonces, a las APP se les paga más por cabeza de paciente que el per cápita de paciente de otros hospitales. Además, las asociaciones público-privadas no están obligadas a solventar toda la cobertura de enfermedades de los servicios de salud.

En España, el Estado paga a las APP el 7,5% por rentabilidad. ¿Y sabe cuánto les estamos pagando en el Perú? Treinta por ciento. Qué buen negocio.

En el Hospital del Niño, el inversionista —entre comillas— español, el consorcio español que obtuvo la buena pro, no puso ni un sol, y el argumento mencionado por la ministra...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Termine, por favor, congresista Mavila.

La señora MAVILA LEÓN (AP-FA).— ...que el Estado invierte en esos servicios porque son servicios altamente especializados que no existen en el ámbito público.

Bueno, ¿qué servicios fueron al Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja? Laboratorio, genética, diagnóstico por imágenes; asimismo, especialidades de cirugía de tórax, neurocirugía, cirugía neonatal, quemados, trasplante de médula ósea.

Pero ¡oh, sorpresa! En un servicio tan elaborado hubo crasos errores, como, por ejemplo, el no programar una unidad de hemodiálisis y una unidad de nutrición parenteral, que es básica en un establecimiento orientado a los niños.

¿Cómo entran las APP? Entran ofreciendo aparentes servicios. Sutiles, ¿no? Ofrecen servicio de lavado, servicios secundarios; y después entran a servicios de laboratorio. ¿Y a quién le cobran eso? ¿Le cobran al Estado?

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Termine, congresista Mavila, por favor.

La señora MAVILA LEÓN (AP-FA).— En este proceso de convertir los hospitales públicos en una suerte de hospitales de solidaridad, que —entre comillas— son mejores, más eficientes, pero donde no hay ni historia clínica, ¿quién tiene que pagar los servicios?

¿Dónde está el interés tuitivo del Estado? ¿Qué pesa más: la lógica de ganancia o la lógica del servicio? Nosotros decimos que debe pesar más la lógica del servicio.

Por eso apostamos por un sistema universal de salud, por su fortalecimiento, por no dejarlo en abandono y decadencia. Apostamos por el acceso universal, y no solo de los que pueden pagar un hospital semiprivatizado, sino también de los que no tienen para pagar porque no tienen ni siquiera para sobrevivir.

La lógica del mercado es excluyente en sí misma si predomina como única lógica.

El privado, por supuesto, tiene derecho a competir con el servicio público, pero el privado tiene que arriesgar algo...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene el uso de la palabra el congresista Mulder Bedoya.



El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— Gracias, Presidente.

Hace algunos minutos, a un parlamentario se le exigió que retirase una opinión que había emitido sobre la gestión de un funcionario público; en este caso, de la ministra de Salud.

Entonces, resulta que ahora tenemos en el Parlamento censuras a las opiniones, que pueden ser duras, pero son opiniones, y son opiniones valorativas de conductas políticas.

Eso va a llevar, Presidente, a que, cuando escuchemos que algún parlamentario del oficialismo diga que este gobierno es mejor que otros gobiernos, desde la oposición exijamos que retiren esas palabras ofensivas, porque son mentira, esas sí son mentira.

El que un parlamentario del oficialismo se atreva a decir ahora que este gobierno es mejor que el gobierno anterior o el anterior o a todos los anteriores es una gruesa mentira y tendría que retirar esa mentira, dado el antecedente de que a otro parlamentario se le ha exigido que retire una opinión.

Y voy a poner las pruebas al canto de cómo este gobierno está destruyendo la salud. No es que no esté construyendo, porque no construir y no hacer nada, bueno y pase, piloto automático; pero no, está frenando la salud.

Solamente me voy a remitir a una estadística, que es sustantiva, porque es la que determina la salud de las personas a partir del momento en el que nace. Eso se determina con la anemia; o sea, la nutrición. A partir del momento en que uno ve cómo es la estadística de la anemia, todo el resto de las estadísticas van a seguir el mismo curso.

Aquí la estadística es del Ministerio de Salud. En 2007, el total de niños con anemia en el Perú, 56,8.

¿Me están pidiendo que retire alguna palabra?

En el año 2011, el gobierno anterior la deja en 41,6%. Más de quince puntos se bajaron.

Año 2013: 46%. La anemia ha subido cinco puntos en el Perú. ¿Esto es una vergüenza? Claro que sí.

¿Me van a pedir que retire la palabra vergüenza?

Entonces, voy a decir *sabe qué, es una maravilla, es perfecto este gobierno.*

En la sierra —el congresista que pidió que retiraran la palabra es de la sierra—, el 65% de niños tenía anemia en el año 2007; en el año 2011 lo dejamos en 51%. ¿En cuánto está ahora? Está en 53%, subiendo.

Entonces, ¿con qué cara se puede decir que se está haciendo algo?

Ahora, si no les importa la salud, por lo menos no defiendan lo que no prometieron. Dijeron *un hospital por provincia*, y no hay ningún hospital en todo el Perú, ni uno; y se atreven a decir que *nos dejaron la salud hecha un desastre, la recibimos hecha un desastre...*

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Tiene tiempo para que termine, congresista Mulder.

El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— El gobierno anterior —que *es un desastre*, porque este gobierno *es perfecto*— hizo 33 hospitales: 18 de EsSalud, entregados e inaugurados, más 15 hospitales regionales y uno en Lima entregados, además de cinco en ejecución, que este gobierno no los ha avanzado.

Por ejemplo, mire usted lo que dice el doctor Óscar Solís, jefe del cuerpo médico del Hospital del Niño de la avenida Brasil. Es una noticia de octubre.

“Hospital del Niño: postergan operaciones por avería de máquina.

(...)

El jefe del cuerpo médico del hospital, Óscar Solís, dijo que el aparato se averió en plena intervención quirúrgica a un niño, por lo que los médicos hicieron lo posible por mantenerlo a salvo. Pese a esto, el hospital no habría gestionado la compra de un nuevo equipo.”

El equipo está paralizado desde hace dos meses...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Culmine, congresista Mulder.



El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— ...y agrega el doctor Solís:

“El hospital está desabastecido por completo. Ya no tenemos equipos propios, lo único que nos queda es alquilar o tercerizar los servicios”.

Y oiga lo que a continuación se dice:

“Óscar Solís denunció además que en el Hospital del Niño de San Borja la situación es similar. ‘También están desabastecidos pero de médicos. Ellos tienen máquinas pero no hay profesionales que sepan utilizarlas’.”

Este gobierno recibió un hospital inmenso en la avenida Javier Prado, el Hospital del Niño, y hasta ahora no lo puede implementar. Lo recibió al 91%.

Acá tengo, Presidente, la declaración del exministro Ugarte —que no es aprista—, actual jefe del Instituto Nacional de Salud y responsable de los hospitales de salud de la Municipalidad de Lima; o sea, una gestión de izquierda...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Culmine, congresista Mulder, por favor.

El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— En esa declaración dice que el hospital se construyó y se entregó en infraestructura hasta el 93%, y en equipos, hasta el 69%. El otro 31% que quedaba estaba ya en proceso de compra, pero el actual gobierno destituyó a todos los funcionarios y hasta ahora no se implementa.

¿Eso no es una vergüenza? *No, no es una vergüenza, es un mérito. Es una maravilla tener un hospital ahí parado a propósito, por pura mezquindad.*

Entonces, qué estadística pueden aquí remitirnos, qué prueba pueden darnos si no han construido un solo hospital a nivel nacional, ni siquiera las unidades básicas de atención primaria. El gobierno anterior construyó 100, y se donaron 30 mil equipos biomédicos. Este gobierno, ninguno.

Y a nivel de EsSalud, Presidente...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Culmine, por favor, congresista Mulder.

El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— Un minuto, Presidente.

A nivel de este procedimiento, en EsSalud tienen un plan que cuando uno lo ve en los textos es una maravilla, pero en la realidad es *cero balas*.

Y nos habla un congresista —al que le hacen leer cosas, porque de comprensión lectora es cero— y dice: *no, lo que pasa es que hemos tenido que atender primero a los médicos, y acaba de terminar la huelga médica más larga de la historia del Perú!*

¿Qué cosa han atendido de los médicos? O sea, los médicos son locos: este gobierno les ha dado todo, pero ellos paran, y paran 120 días. No, pues.

Entonces, ¿qué hacemos? ¿Vuelvo a decir que es una vergüenza? *No, pues, eso no es una vergüenza, es una maravilla. Realmente estamos no en el Perú, sino estamos en Canadá: es perfecto todo acá.*

No, pues, Presidente, que no nos tomen el pelo. La realidad los sobrepasa. Y si alguien tiene que retirar la palabra porque dice...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Siguiendo orador.

En todo caso, congresista, pida una interrupción. Por favor, congresista, hay un acuerdo de tiempo por bancada y hay que respetarlo.

Bueno, por excepción, vamos a darle tiempo para que termine, congresista Mulder.

El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— Le agradezco, Presidente, pero me permito solicitar que vuelva la Presidenta del Congreso, ya que ella sí tiene la flexibilidad de dar el tiempo, ella sí es

una Presidenta tolerante, y basta con que se sienta uno de Perú Posible para que corten el debate.

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Culmine, congresista Mulder, por favor.

El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— Estaba culminando, Presidente.

Simplemente, iba a terminar haciendo mi presentación final en el sentido de decir que, si a un congresista le están pidiendo que retire su concepto de que este es el peor gobierno o la peor ministra, a partir de ahora, cada vez —y es un compromiso que tenemos los de la oposición— que un parlamentario diga que este es un buen gobierno, exigiremos el retiro de la palabra y frustraremos todas las sesiones hasta que retire la mentira que van a decir, Presidente.

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— El siguiente orador es el congresista Justiniano Apaza Ordóñez.



El señor APAZA ORDÓÑEZ (GPDD).— Gracias, señor Presidente.

Con todo el respeto que tengo hacia mis colegas, ya he comprometido —soy muy responsable en mis compromisos— los dos minutos, que los tiene mi colega Coari. Con la anuencia de usted, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Puede interrumpir la congresista Coari Mamani.



La señora COARI MAMANI (GPDD).— Gracias, Justiniano.

Señor Presidente: Qué lamentable es tener que recordar todo lo que está pasando en el país.

Primero, yo quiero hacer una exigencia a la ministra, ya que en Puno tenemos el reclamo de la población acerca del Hospital Manuel Núñez Butrón, que desde el año 2011 hasta ahora ni siquiera ha sido tomado en cuenta, está colapsando. La población lo pide a gritos, pero hasta la fecha ni siquiera piensan en implementar, ni mucho menos ver la infraestructura. Eso es lamentable y nos preocupa.

Cómo será en otras regiones, pero también recogemos el reclamo de las provincias más

lejanas, que están totalmente abandonadas. No tienen medicamento para atender y tampoco están atendiendo a los profesionales, quienes todos los días están preocupados por los enfermos.

Asimismo, escuchamos, de diferentes versiones, los informes que hay acerca de lo que hace la enfermedad tuberculosis, que se da más en la costa peruana y en la selva, principalmente. Los niños están con la enfermedad y están contagiándose muchos más peruanos.

¿Qué hacer frente a eso? ¿Hasta cuándo nosotros vamos a esperar? ¿Hasta cuándo nuestros hermanos más necesitados van a estar cayendo uno por uno?

Nosotros no podemos permitir eso. Somos legisladores que hemos venido para trasladar acá todas las exigencias de la población. Si es que se trata de inclusión social, acá tiene que haber también justicia para ese pueblo, que es lo que el pueblo pide a gritos.

Pero también las farmacias tienen que funcionar, como lo está poniendo con todo su equipamiento hasta...

El señor PRESIDENTE (Modesto Julca Jara).— Continúe, congresista Apaza Ordóñez.

El señor APAZA ORDÓÑEZ (GPDD).— Gracias, señor Presidente.

Con el debido respeto a la señora ministra de Salud, en primer lugar, como miembro de la bancada Democracia y Dignidad, somos conscientes, responsables y respetuosos de un concepto: la honestidad es nuestra diferencia.

En base a este concepto es que voy a verter realidades, porque la historia está escrita y los hombres escriben la misma.

Recogiendo las palabras de una colega del Partido Nacionalista, quiero decir que no voy a acusar a nadie. No venimos a ofender ni nos venimos a quejar, sino tenemos que entender que las cosas son reales y objetivas.

Nosotros no somos renuentes a la reforma y tenemos bien entendido que la reforma es un proceso, no se va a hacer de la noche a la mañana. Pero también tenemos el concepto de que una reforma no puede ser vertical, no puede ser imposición: tiene que haber participación de los trabajadores, de los usuarios y del gobierno; tiene que haber horizontalidad en cuanto a la reforma para que tenga éxito.

Con el verticalismo no se puede conseguir una verdadera reforma. Y digo esto porque en estos momentos en el país se habla de muchas reformas...



—Reasume la Presidencia la señora Ana María Solórzano Flores.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiempo adicional, congresista Apaza.



El señor APAZA ORDÓÑEZ (GPDD).— Apoyamos la reforma, pero entendemos que debe haber una plena participación y, sobre todo, señora Presidenta, debe haber cumplimiento y responsabilidad en cuanto a los acuerdos que se firman.

No voy a redundar sobre el aspecto de la huelga médica porque también ha tenido sus bemoles y ha tenido sus terquedades infantiles. Por tanto, dejémosla por un momento.

Pero me voy a referir al problema de los trabajadores agrupados en el Fenutssa —donde están los auxiliares, los médicos, los técnicos—, que firmaron un acta en el año 2013, la cual la tenemos aquí y que lleva la rúbrica de la ministra de Salud. Lamentablemente, de los diez compromisos que hay en esta acta, solo dos se han cumplido.

¿Hasta dónde va la irresponsabilidad? Si esta no es de la señora ministra, entonces es de sus propios funcionarios. Y el caso patético es que en la tercera mesa de trabajo, señora Presidenta, se acordó que en el proceso de la reforma de salud deberían participar los trabajadores.

¿Y quién estaba dirigiendo esta mesa de trabajo? Estaba el doctor Larrea como representante del Minsa. Y cuando se acuerda...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Apaza.

El señor APAZA ORDÓÑEZ (GPDD).— ...que los trabajadores deben de participar, lo despiden y le cancelan el trabajo por el mero “delito” de haber opinado que los trabajadores deben participar en la reforma.

Esto no es así ni debe de ser así, señora ministra. Hay que aprender. Ya una vez nuestro Presidente

de la República dijo que hay que asumir los compromisos y responderlos. Sin embargo, en la práctica no se hace. O sea que la honestidad, que es nuestra diferencia, es simplemente un lirismo, y no una práctica.

Por otra parte, también tenemos que señalar un caso patético en Arequipa con respecto al agua. Hemos pedido que se declare en emergencia el estado sanitario. Hay dos informes.

Si me permite, Presidenta del Congreso, quisiera dar lectura a los dictámenes y las conclusiones de Digesa, en cuyo punto 7.3 dice que la calidad de la fuente de abastecimiento en los parámetros...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Apaza.

El señor APAZA ORDÓÑEZ (GPDD).— ...en las fuentes se ha encontrado parámetros que superan los estándares respecto al escherichia coli y arsénico.

Por otra parte, en otro informe sobre los resultados de las muestras de agua para el consumo humano M1, M3 y M4, también se ha hallado algas. ¿Qué hace el Ministerio de Salud? ¿Qué ha hecho? Nosotros entendemos que falta responsabilidad.

Por eso es que nosotros hacemos reflexiones, y a mis colegas de la bancada Nacionalista quiero decirles que hay que reconocer que existen errores.

Hay que reconocer y ser hidalgos: no estamos cumpliendo lo que se prometió al país, no se está respetando los derechos y los compromisos que tienen los trabajadores en el Perú. Eso no lo van a negar ustedes, colegas del Nacionalismo.

Aprendamos a asumir nuestra responsabilidad y a obrar con mucha equidad. No caigamos en la traición más grande frente a lo que se ofreció al país y que hoy día no se cumple.

Gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista Eduardo Nayap Kinin.



El señor NAYAP KININ (NGP).— Gracias, señora Presidenta.

También me comprometí con mucha anticipación a dar mis dos interrupciones a Jaime Delgado. Con su anuencia, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Las dos interrupciones son para el congresista Delgado Zegarra.



El señor DELGADO ZEGARRA.— Muchas gracias.

Bueno, con relación al tema de la reforma en salud, tan importante es construir los hospitales —que es necesario, por cierto— y mejorar todas las condiciones de atención como la promoción y la prevención.

Y ahí yo quisiera preguntar a la ministra: ¿cómo vamos con el tema del reglamento de la Ley de Alimentación Saludable? Lamentablemente, la propuesta que se publicó superaba largamente los parámetros de la Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, quiero señalar la preocupación y ratificar lo que ha mencionado el congresista Justiniano Apaza con respecto a la calidad del agua. El tema del agua en nuestro país es sumamente serio, sumamente delicado.

En Arequipa, lamentablemente, en el último mes, ese ha sido el tema principal. La gente está con un pánico de consumir agua debido a que se ha detectado en ella la presencia de algas, por haber soltado agua de la represa de El Pañe, lo cual afectó seriamente la calidad del agua.

En ese sentido, sería bueno que, a pesar de que no es un tema exclusivo del sector Salud, pues también deben participar Vivienda y otros sectores, se plantee qué solución se va a dar para enfrentar este problema, que puede estar afectando a toda la población de nuestro país. El tema del agua es sumamente importante.

También, por supuesto, quiero mencionar que las condiciones en las que se está atendiendo a muchos pacientes en los centros médicos a nivel nacional —sobre todo en las emergencias— son sumamente graves. Este es un tema sumamente delicado. Por ello, necesitamos respuestas lo más pronto posible para garantizar la salud y la vida de las personas.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Nayap.

El señor NAYAP KININ (NGP).— Gracias, señora Presidenta.

Mi saludo para la señora ministra.

Aprovecho la ocasión para no solo saludar a la Representación Nacional, sino también para felicitarlos y felicitarlas porque he sido testigo de otras interpelaciones donde la ausencia casi ha sido total en el hemiciclo, y hoy tenemos una buena asistencia. Sinceramente, me siento tan emocionado que felicito a todos los congresistas de la Representación Nacional.

Se ha tocado muchos temas, señora Presidenta, y de todos esos temas me gustaría replicar algunos.

Me sumo a la preocupación que han mostrado algunos congresistas sobre la cultura de donar órganos. Cuánta falta hace. Es una lucha que se ve en todo el mundo, porque todavía no hay ningún país que haya llegado a una posición óptima.

Un amigo de promoción murió en Estados Unidos esperando durante cuatro años un trasplante, y lo enterramos hace poco. Nos dolió mucho esta situación. Si en países desarrollados sucede eso, cuánto más en nuestro país, donde todavía no tenemos la cultura de donar nuestros órganos. Hagamos un esfuerzo todos juntos.

Yo quiero también felicitar todas las propuestas que se han presentado esta tarde, porque entre todos podemos mejorar la situación de nuestra salud a nivel nacional.

Pero las fibras de nuestro corazón se equivocan cuando no razonamos con nuestra inteligencia. Como discurso emotivo puede servir mucho, pero las fibras del corazón no nos ayudan a hacer buenas propuestas. Y aquí no venimos para cuestiones anecdóticas, sino para hacer propuestas que mejoren nuestro país.

En ese sentido, repito, felicito todas las propuestas que se han hecho hoy. Creo que todos aprendemos de eso, pero cómo perdemos el tiempo criticándonos, cómo perdemos el tiempo analizando las cosas negativas que han sucedido. ¿Qué ganamos con eso? ¿Qué gana el Perú con eso?

Yo creo que aquí venimos a solucionar los grandes problemas, y los grandes problemas se solucionan con grandes ideas y grandes propuestas. Eso es lo que deseamos hacer aquí.

Yo quiero agradecer tanta preocupación que hay ahora para que el Estado esté presente en las comunidades nativas, y no solamente en la región de Amazonas, sino en toda la Amazonía.

No se nota eso porque muchos congresistas, muchos gobernantes y muchos funcionarios públicos, que tienen altos puestos, ni siquiera conocen esas regiones y no saben los cambios que estamos viviendo allá. Eso no se nota, pero los que vivimos allá, los que visitamos la selva y los que nos damos cuenta de cuánta preocupación hay en esos lugares nos sentimos cómodos, porque también somos peruanos y hemos esperado largamente la presencia del Estado en esas regiones.

Por eso, yo quiero felicitar el trabajo que se está haciendo acerca de un sistema de vacunación masiva en todos los pueblos indígenas; asimismo, está toda la preocupación que hay por poner puestos de salud en todas las comunidades nativas, y la preocupación que hay por mandar un helicóptero a los lugares más recónditos para traer a los enfermos y salvarles la vida en los hospitales de nuestras ciudades.

Eso no se nota, pero eso está presente en nuestras regiones. Por eso, quiero agradecer esa preocupación, porque realmente nos sentimos incluidos, aunque hay todavía mucho más que hacer.

Yo no voy a callarme y no voy a aceptar que eso sea todo lo que se puede hacer en las comunidades nativas. Hay mucho que hacer, pero hay que felicitar por lo que se está logrando.

Tengo una pregunta, señora Presidenta, a través suyo, para la señora ministra.

Dentro de la reforma de la salud, quisiera saber, en el tema de los hospitales, quién o quiénes son los responsables...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Termine, congresista Nayap.



El señor NAYAP KININ (NGP).— ¿Cuál es el departamento que se va a responsabilizar de dar seguimiento al programa de construcción de nuevos hospitales o de mejoramiento de los que existen?, porque a veces siento que no tengo a quién presentarle las propuestas, las quejas o las sugerencias, porque a veces se echan la culpa unos a otros y *se echan la pelota* de un lado para otro.

Que haya claridad acerca de quiénes son los responsables, a quiénes vamos a acudir y con quiénes vamos a dar seguimiento a la construcción de los hospitales, porque hacen mucha falta.

Esta constante falta de hospitales nos va a seguir haciendo reclamar y reclamar y reclamar, pero a veces son palabras vacías porque no sabemos con quién debemos dialogar.

Que eso quede establecido con claridad en esta tarde.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Gracias, congresista.

Tiene el uso de la palabra el congresista José Luis Elías Ávalos.



El señor ELÍAS ÁVALOS (GFP).— Gracias, Presidenta.

Por su intermedio, un saludo a la señora ministra.

Mi bancada, Fuerza Popular, no está en desacuerdo con la participación de la inversión privada en salud, pero sí estamos en desacuerdo en cuanto a la poca transparencia con la que se concesiona los servicios de salud.

Nos ha llegado a la Comisión de Salud algunas preguntas que traslado, por su intermedio, señora Presidenta, a la señora ministra.

¿En qué ha quedado el Plan Esperanza luego de más de dos años de lanzada la propuesta?

¿Por qué el SIS, Sistema Integral de Salud, no acepta que se inscriban personas enfermas y/o mayores de 65 años? Están rechazando la inscripción al SIS de estas personas. ¿Es que acaso están condenadas por el Estado a esperar la muerte?

¿Por qué el SIS tiene un financiamiento per cápita tan pobre con relación a EsSalud?

¿Cuántas acciones de control ha realizado la Superintendencia de Salud en el ámbito público y en el privado?

El Programa Nacional de Telemedicina debe ser declarado de necesidad e interés nacional. En la Comisión de Salud, que presido, hay proyectos para que veamos este tema.

Esto permitirá que los especialistas puedan diagnosticar y ayudar a distancia a otros médicos para resolver problemas de salud en cualquier parte del país a través del uso de la tecnología.

A pesar del libre mercado, le pido que tenga a bien ilustrar, señora ministra —por intermedio de la Presidenta—, a la población del Perú y decir por qué hay medicamentos tan caros, por qué los ciudadanos están imposibilitados de poder adquirirlos.

Existen medicamentos de India y de China. En China hay mil 349 millones de habitantes y en India hay mil 220 millones de habitantes, y no se mueren porque usan sus propios medicamentos. ¿Por qué está prohibido que en el Perú se utilice medicamentos chinos, indios o de otros países?

No se debe discriminar a los trabajadores de salud en servicios esenciales. No estamos de acuerdo en que se entregue la *bata verde* —laboratorios, imágenes, radiografías, ecografías— a los privados.

El Estado peruano también debe adquirir esas maquinarias. Y ello no solo se da en el Minsa, sino también se da en los hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, que es Ministerio de Defensa y Ministerio del Interior; asimismo, en el Ministerio de Trabajo, con EsSalud, y en la Municipalidad de Lima, con Sisol.

¿Existe alguna política para unificar el Sistema Nacional de Salud? ¿Debemos articularlo o cada uno va por su sector?

Estamos a poco más de 500 días de que termine nuestro mandato congresal y el mandato del presidente Ollanta Humala. ¿Qué tiene previsto, fuera de Lima Metropolitana, el actual gobierno para construir hospitales en costa, sierra y selva?, porque el Minsa solo ha utilizado el 43% del presupuesto hasta el momento, por lo que son muchos los millones no utilizados.

En Chiclayo, con una población que supera el millón de personas, todavía se tiene al Hospital Las Mercedes con una pobre atención debido, principalmente, a problemas de infraestructura.

Sobre el Hospital del Niño en San Borja, ¿en qué fase de implementación está? ¿Se realizan trasplantes de médula y tratamientos a niños quemados? ¿Cuántos niños mueren todos los días sin ser atendidos porque nunca se les atiende con efectividad para ser sometidos a trasplantes?

No se aprecia la inversión del Estado en el personal de salud, en capacitación y protocolos para brindar servicios, equivalente al prestado en las APP.

Tenemos informes de la ONG Ángeles de los Arenales, que preside María Teresa Dulanto, sobre cómo no se atiende a muchos niños, que mueren sin ser atendidos.

La gestión de la APP es compleja. Por ello, no existe el crecimiento previsto, lo que deslegitima al Estado. Además, la población no cree porque hay protestas de médicos, protestas de pacientes por falta de medicamentos, protesta de trabajadores de salud.

Las medidas que da el gobierno no permiten el acceso de la población a la compra de medicamentos, porque las acciones de amparo y la decisión de este gobierno de no pelear contra ellas no permiten el ingreso de medicamentos baratos.

Me pide las dos interrupciones el congresista Salazar, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Las dos interrupciones son para el congresista Salazar Miranda.



El señor SALAZAR MIRANDA (GFPF).— Muchas gracias, señora Presidenta.

El saludo cordial a la señora ministra.

Mi intervención solamente tiene la finalidad de tocar un tema que es álgido: el de las postas médicas, porque es una calamidad, a lo largo y a lo ancho de nuestro país, ingresar a una posta médica.

El mismo señor congresista Nayap acaba de explicar los problemas que se tiene en la Amazonía, y ese es solo un lado y una parte.

El congresista Nayap es un representante de la bancada oficial, pero es una realidad la que se palpa y la que se ve, señora ministra. No se nota su trabajo. Créame.

No hay un trabajo. Y esta es una realidad, porque los peruanos que menos tienen son los que más sufren, los que están en los asentamientos humanos, donde no se tiene a alguien que siquiera les pueda poner una inyección en la noche.

Ese es un tema delicado, porque muchos pacientes se mueren. Muchas veces, al que lo tienen que evacuar desde la parte alta de un asentamiento humano hasta un hospital llega muerto. Esa es una realidad dolorosa que tenemos que asumirla como demócratas. Pero usted tiene esa gran

responsabilidad, y para eso es el Poder Ejecutivo, para solucionar los problemas.

Pero, vista la realidad, encontramos que sencillamente no existe hasta ahora la actitud adecuada y el trabajo atildado en beneficio de todos los pobres de nuestro país.

Gracias, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Elías Ávalos.



El señor ELÍAS ÁVALOS (GFPF).— Concluyo, Presidenta.

En cuanto a la enfermedad del ébola, señora ministra —por su intermedio, Presidenta—, hemos visto al viceministro de Salud explicar en televisión que el organismo del Estado, la OMS y otros más han señalado que Perú está libre del ébola.

Sin embargo, la población se pregunta ¿qué control serio y no de papelería hay? El viceministro dijo que en el aeropuerto llenaban un papelito quienes estaban enfermos. ¿Qué enfermo va a decir que está enfermo? Simplemente, ingresa. Entonces, habría que tener mucho cuidado.

Además, esos son los viajeros que llegan al Perú por el aeropuerto Jorge Chávez. ¿Y los que llegan por vía fluvial —río Amazonas— o por vía marítima? Hay que tener mucho cuidado en este tema.

Asimismo, yo le sugiero, señora ministra, que los pocos trajes de protección que enseñó el señor viceministro deben estar en todo el Perú, y no solamente en Lima.

En cuanto a la tuberculosis, casi el 50% de tuberculosos está en el Perú, y no está en la agenda del Pleno, porque hay una observación del Ministerio de Economía. ¿Hasta cuándo vamos postergar la solución del tema de la tuberculosis porque el ministro de Economía no da dinero al ministro de Salud?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiempo adicional, congresista Elías.

El señor ELÍAS ÁVALOS (GFPF).— Ya van dos años del proyecto, y seguimos con que el ministro de Economía...

Habría que invitar al ministro de Economía a la Comisión de Salud para que diga por qué no da el dinero para que los tuberculosos puedan ser curados.

Asimismo, ¿cuánto le costaría al Estado peruano prevenir la tuberculosis o tratar la leucemia?

Creo que tenemos que recordar que el artículo 7 de la Constitución de 1993 señala que “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad”.

Gracias, señora Presidenta; gracias, señora ministra.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Gracias, congresista.

La Presidencia expresa el saludo de la Representación Nacional al alcalde y ciudadanos del distrito de San Gerónimo, de la provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac, quienes se encuentran acompañados del congresista Hugo Carrillo en las galerías diplomáticas.

Tiene el uso de la palabra la congresista Verónica Mendoza Frisch.



La señora MENDOZA FRISCH (AP-FA).— Gracias, Presidenta.

Primero que nada, quiero saludar, por su intermedio, a la ministra de Salud aquí presente, así como a los colegas congresistas, y cederle las dos interrupciones a mi colega Rosa Mavila, si usted lo permite, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir la congresista Mavila León.



La señora MAVILA LEÓN (AP-FA).— Gracias, Presidenta; gracias, congresista Mendoza.

Se ha dicho aquí, señora Presidenta, que las cláusulas y parámetros pactados entre los trabajadores de salud y el gobierno han sido cumplidos en su integridad, y se ha referido estrictamente al acta de 2013.

Sin embargo, yo tengo que referir que ha sido de mi conocimiento el acta de acuerdo suscrita el 21 de octubre de 2008 entre los representantes del Ministerio de Salud y la Federación Médica Peruana.

En esa acta hay, en el punto 7, el compromiso del establecimiento de un sistema único de salud y el pago de las AETA a médicos de las direcciones regionales de Salud y a médicos residentes a nivel nacional, régimen remunerativo único de médicos con EsSalud, incluyendo las cuatro remuneraciones adicionales, sobre las que tanta propaganda se desarrolló durante la huelga médica.

Eso, señora Presidenta, fue refrendado por el entonces ministro de Salud, Óscar Ugarte. Fue refrendada también el acta de acuerdo del 21 de octubre de 2008 por el mismo ministro de Salud y por el viceministro, Elías Melitón Arce Rodríguez.

Lo que ha acontecido es que muchos años después, de 2008 hacia adelante, no se quiere cumplir un acta que implica un derecho adquirido de los trabajadores de la salud. No es un abuso. Se planteó ante la opinión pública como un requerimiento caprichoso, cuando ya había un pacto suscrito desde el año 2008 y, además, refrendado sistemáticamente por el ministro de Salud de ese entonces, el doctor Óscar Ugarte Ubilluz.

Y aquí hay la posibilidad de que los trabajadores puedan plantear, por la vía jurisdiccional, una acción de cumplimiento, señora Presidenta, y lo digo para que no se vea ante la opinión pública como si fuese una actitud...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Gracias, congresista.

Continúe, congresista Mendoza.

La señora MENDOZA FRISCH (AP-FA).— Gracias, Presidenta.

Quisiera empezar señalando que no hay de nuestra parte un fanatismo estatista, como han anunciado algunos. Más bien, sí pareciera que hay del otro lado una fe ciega en la privatización y que el gobierno cree que la participación del sector privado va a resolver mágicamente los problemas de la salud.

Nosotros no nos oponemos a las APP, estamos de acuerdo con ellas, pero bajo ciertas condiciones. La primera de ellas es que participen con su plata. Se está hablando de inversión privada, pero lo que está ocurriendo en la realidad es que los privados no están invirtiendo, sino es el Estado el que está invirtiendo. El privado está gestionando y se está quedando con la renta, la cual muy bien podría capitalizarla el Estado para reinvertir en mejorar la salud.

Se ha puesto en reiteradas oportunidades el caso del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, y la ministra de Salud no ha respondido con claridad si es cierto o no que ha sido el Estado el que ha invertido el 100% de lo que ha costado la construcción y el equipamiento.

Que la ministra nos diga con absoluta claridad cuánto puso el Estado y cuánto puso el consorcio en este caso. De alguna manera la ministra nos ha adelantado su respuesta al señalar que en esta modalidad especial de APP el Estado está poniendo prácticamente todo para que no se revierta ningún costo al bolsillo del ciudadano, para que no se incremente las tarifas.

Sin embargo, nos parece que ahí hay un exceso de buena fe de parte de la ministra con respecto al accionar de los consorcios y de los privados, porque no hay ninguna norma que nos garantice a los ciudadanos que no se van a incrementar los precios.

Entonces, esa es la segunda condición que se tendría que implementar desde el Estado para que participen los privados en la salud: planificación y regulación...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Mendoza.

La señora MENDOZA FRISCH (AP-FA).— Gracias, Presidenta.

Por un lado, la ministra nos ha dicho que se está utilizando el marco regulatorio general de las APP establecido por ProInversión, pero ya se ha dicho aquí que no es lo mismo una carretera o un puente que un hospital. Estamos hablando de derechos fundamentales.

Pero también ha dicho la ministra que no se opone a que se regulen las APP en función de la experiencia que se vaya acumulando con los procesos que se están dando; es decir, la señora ministra ha reconocido de manera tácita que primero se está privatizando y que luego se verá cómo se regula. Nos lo ha confesado. Sin embargo, nos parece que ello tampoco estaría tan mal; pero, en todo caso, se debiera hacer de manera paulatina: establecer uno o dos proyectos piloto para luego ver cómo se puede regular.

Pero no hay medida, sino todo lo contrario: hay aceleración...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Mendoza.



La señora MENDOZA FRISCH (AP-FA).— Se habló primero, señora Presidenta, de que se iba a privatizar ocho hospitales o, en todo caso, dar en la modalidad de APP, pero ahora se habla de 20 y se hace incluso *roads shows* en el Jockey Plaza para atraer a los inversionistas.

Hay un exceso de entusiasmo con respecto a algo sobre lo cual aún no hay claridad, y lo ha confesado la propia ministra, señora Presidenta.

Rápidamente, quisiera referirme al tema de los medicamentos.

La ministra nos ha dicho que Farmasis no pretende reemplazar el sistema público de aprovisionamiento de medicamentos, pero lo que no ha respondido es cuánto más le está costando al Estado —por ende, al bolsillo de los ciudadanos peruanos— adquirir estos medicamentos en boticas o farmacias privadas en lugar de que el propio Estado los compre directamente. No nos lo ha dicho. Por ello, quisiéramos que nos dé una respuesta absolutamente clara sobre el tema.

Para ir concluyendo, quisiera que la señora ministra también se refiera de manera particular al atazanavir, que es un medicamento que representa el 50% del presupuesto para el tratamiento del VIH...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Mendoza.

La señora MENDOZA FRISCH (AP-FA).— Gracias, señora Presidenta.

El Estado está comprando un medicamento de marca que cuesta 20 veces más que el genérico, con lo cual el Estado está regalando millones de nuevos soles. Quisiera que nos diga la ministra de Salud qué está haciendo para revertir esta situación.

Sabemos que hay una patente, pero sabemos también que existen mecanismos, como la licencia obligatoria, que podrían permitir acceder a los genéricos para el tratamiento del VIH y, por lo tanto, reducir los costos para el Estado y para los ciudadanos peruanos.

Gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Gracias, congresista Mendoza.

Tiene el uso de la palabra el congresista Rimarachín Cabrera.



El señor RIMARACHÍN CABRERA (GPDD).— Gracias, señora Presidenta.

Me pide las dos interrupciones el congresista Romero, señora Presidenta. Con mucho gusto las concedo.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Las dos interrupciones son para el congresista Romero Rodríguez.



El señor ROMERO RODRÍGUEZ (GPDD).— Gracias, señora Presidenta.

Saludo a la señora ministra por su presencia hoy en el Pleno del Congreso de la República.

Lo que quiero manifestar, señora ministra —a través de la Presidencia—, es que no puede ser posible que para solucionar un pliego de reclamos de la Federación Médica del Perú se hayan demorado más de 120 días.

Yo creo que el gobierno tiene que gobernar atendiendo los justos reclamos de la población sentándose a dialogar, y más aun cuando estos señores son servidores de la salud y se pone en riesgo también la salud de la población. Estos hechos no debieran repetirse jamás.

A través de la Presidencia, quiero manifestarle a la señora ministra que hace poco estuve en lugares rurales de la Amazonía, región de Madre de Dios, y, al visitar las postas médicas, los centros médicos, nos encontramos con muchísimas necesidades. Primeramente, la infraestructura muchas veces hace agua por todos lados, no hay medicamentos, no hay profesionales, no hay especialistas competentes.

El Gobierno Regional debe estar también implementado, pero no olvidemos que el Ministerio de Salud es el ente rector y que no todo podemos dejarlo a los gobiernos locales, a los gobiernos regionales.

Esto es lamentable, y no pasa solamente en un lugar, sino parece que esto se ha generalizado en toda la Amazonía, en todas estas áreas rurales que acabo de mencionar.

Por eso, señora ministra, quisiera que el Ejecutivo también ponga los ojos en las provincias del Perú.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Rimarachín.

El señor RIMARACHÍN CABRERA (GPDD).— Gracias, señora Presidenta.

Habría que preguntarse: ¿quién privatiza a los privatizadores? Los que antes decían no a la privatización se han constituido en privatizadores. Los privatizadores se han convertido ahora en antiprivatizadores.

¿Será cierto esto? No sé si esto es verdad o no, porque el gobierno que más privatizó fue el gobierno fujimorista, y ahora levantan una posición de no privatización. Tienen que sincerarse ante el electorado, ya que puede ser una posición eminentemente electoral para atraer votos.

En Cajamarca, por ejemplo, no hubo ningún candidato regional ni a la alcaldía de Cajamarca que hable a favor de las mineras: todos cuestionaron a la gran minería y todos defendían el agua. Resulta que apenas ganaron la alcaldía...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiempo adicional, congresista Rimarachín.

El señor RIMARACHÍN CABRERA (GPDD).— ...dijeron que debe entrar la gran minería y ya no son defensores del agua.

Entonces, si ese es su libreto, los privatizadores deberían estar apoyando a este gobierno, que quiere privatizar, porque ya no hay gran reforma de salud después de que se ha abdicado del programa de la gran transformación.

Han dejado de lado este programa, donde no aparece ni una palabra sobre privatizar la salud o privatizar la educación. De modo que este Congreso le ha dado facultades para que privatice este servicio, lo cual nos parece que es un paso hacia atrás, en contra de los compromisos electorales.

Yo creo que hay que ser claros y estar en contra de la privatización. No estamos de acuerdo con que se privatice la *bata gris*, la *bata verde* ni la *bata blanca*. No debe privatizarse la salud, y el

Estado debe asumir su responsabilidad en este servicio público, que debe darlo...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Rimarachín.

El señor RIMARACHÍN CABRERA (GPDD).— Sin embargo, Presidenta, ¿cuál es el tema de fondo? El tema de fondo es el modelo de salud.

No hay nada de una propuesta de prevención y promoción de la salud, que es el modelo exitoso en el mundo. Acá se quiere transferir los servicios al sector privado, y no se quiere avanzar en el tema de mejorar la salud pública.

Yo quisiera que la ministra nos diga públicamente cómo va a reaccionar y qué va a hacer Digesa ante el estudio que el 10 de julio se dio a conocer en el diario *El Comercio* con respecto a la contaminación en Cajamarca.

En dicha publicación se presenta un estudio de la Universidad de Barcelona, que demuestra la contaminación de productos agropecuarios en el valle de Cajamarca debido a la intervención minera, lo cual atenta contra la salud pública y también contra la industria de productos lácteos de Cajamarca.

Y por último...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Rimarachín.

El señor RIMARACHÍN CABRERA (GPDD).— Por último, quiero preguntarle a la ministra por qué ella ha permitido el recorte presupuestal del presente año.

En el presupuesto de apertura tenía un presupuesto de mil 18 millones, y en el presupuesto modificado ella acepta que baje a 639 millones. ¿Por qué acepta este recorte?

Sin embargo, no obstante este recorte, hasta el momento ha ejecutado de la adquisición de activos —o sea, todo lo que es para inversión pública— solamente el 37,5%. Por ahí hablaban de 45%, pero ese porcentaje se refiere a todo el sector. En realidad, acá solamente se ha ejecutado el 37,5% del pliego ministerial.

Creo que debe corregir la forma como se administra este sector y luchar por la salud pública desde el

lado preventivo, que es lo que hace falta en lo planteado por todos los ministros que hemos escuchado en este gobierno.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista Wong Pujada.



El señor WONG PUJADA (SN).— Gracias, Presidenta.

Saludo a los colegas parlamentarios y, a través suyo, a la ministra de Salud.

Para una buena salud, Presidenta, son necesarios tres factores primordialmente: infraestructura, equipo y recurso humano.

Voy a referirme en este caso al factor humano. Nadie duda del esfuerzo, del sacrificio y del trabajo que pueden haber realizado los gobiernos anteriores, así como nadie puede estar en contra de que se aumente el presupuesto. Pero toquemos el factor humano.

Nosotros tenemos un déficit de seis mil especialistas en todo el país. Formamos alrededor de mil 500 especialistas al año, y 900 se van al extranjero.

Al aumentar la población y las necesidades de esta, es indudable que no vamos a tener especialistas a pesar del presupuesto. A pesar de los esfuerzos de Salud, la salud sigue siendo deficiente y los índices son cada vez más marcadamente negativos.

Nadie puede desconocer los esfuerzos que hace cada gobierno, y no podemos desconocer que cada vez se da mayores presupuestos, pero los resultados son inversamente proporcionales, porque generalmente vemos los problemas de forma, no los de fondo.

Me explico con el caso de los médicos especialistas. Tenemos un déficit de seis mil especialistas. Por lo tanto, es mucho lo que perdemos debido a que los especialistas viajan al extranjero y por eso sigue el déficit.

Por ello, yo creo que no hay que tener temor a la asociación público-privada, porque esta depende de los términos de la concesión, depende de en qué condiciones se pueden hacer estos convenios.

El equipamiento de la medicina es como los celulares: cambian de un año para otro, mejoran en tecnología, mejoran en métodos de diagnóstico. Por ello, muchas veces con la inversión privada se puede lograr que estos equipamientos se modernicen cada cierto tiempo.

Por ello, señora Presidenta, es necesario que, al firmar los convenios o contratos, tengamos en cuenta los términos en los cuales se hacen.

Me pide una interrupción mi colega Segundo Tapia, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir el congresista Tapia Bernal.



El señor TAPIA BERNAL (GPPF).— Gracias, Presidenta.

Solamente quiero decir que esta seudorreforma de salud se hizo a puertas cerradas, sin plata. Se necesita seis mil millones, y no hay plata.

Además, no hay rectoría, sigue fragmentado, hay más burocracia con dos viceministerios. Sunasa ha cambiado de nombre: 585 funcionarios, más asesores, más secretarios. Estos son meros procedimientos administrativos en el tema de una APP salvaje que no asume riesgos.

Asimismo, están los decretos legislativos que atentan contra la salud del país, sobre todo contra el recurso humano. Por ejemplo, el 1153, sobre compensaciones y retribuciones económicas, es inconstitucional.

De otro lado, también está lo de la transferencia de los hospitales a la Municipalidad de Lima para que los administre. No puede administrar ni su basura ni el transporte, y pasan los hospitales a la Municipalidad de Lima.

El personal de Salud, a la Ley Servir; escuela de salud pública, al Ministerio de Salud; Sunasa cambió de nombre; farmacias inclusivas que son exclusivas, y todo esto realizado desde Usaid...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Wong.

El señor WONG PUJADA (SN).— Gracias, Presidenta.

Me pide una interrupción la colega Julia Teves.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— La segunda interrupción es para la congresista Teves Quispe.



La señora TEVES QUISPE (NGP).— Muchas gracias, colega.

No podemos engañar al país hablando de que ahora queremos que todo sea público. No entendemos.

Los establecimientos de salud son y seguirán siendo públicos —por favor, que no nos engañen— y dirigidos por funcionarios públicos de la salud.

Cuando se privatiza, señora Presidenta, se despide a los trabajadores. ¿Dígame dónde ha habido despidos de trabajadores de la salud? Que no nos vengan con cuentos.

El hacer la innovación para que se perfeccionen los servicios mínimos de alimentación y seguridad para que haya competencia no significa privatizar, señora Presidenta.

Así que no vengamos aquí a engañar con aquello de que este gobierno no trabaja con el pueblo. Sí trabaja con el pueblo, señora Presidenta.

Gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Wong.

El señor WONG PUJADA (SN).— Gracias, Presidenta.

Me refería a lo importante que es el factor humano. ¿Por qué siempre llevamos la queja de que en los hospitales de provincias no existen especialistas?

Por tanto, una de las preguntas que yo le haría a la ministra —a través suyo, Presidenta— es ¿en qué quedó la formación del residentado?

¿Por qué es importante el residentado? Porque de ahí salen los especialistas.

Un ejemplo es el caso de oncología, todo lo que está referido a los tumores en neoplasia. El problema de nosotros es que el cupo de residentes para la formación de los oncólogos es de aproximadamente 22 especialistas, tanto en INEN como en el Seguro. Sin embargo, más de la mitad sale del país.

Además, en oncología hay subespecialidades. Por ejemplo, el especialista clínico es diferente al de quimioterapia, es diferente al de cirugía...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Wong.

El señor WONG PUJADA (SN).— ...es diferente al de radiaciones.

Entonces, al formar doce oncólogos para todo el país, es indudable que el hospital del seguro en Trujillo seguirá cerrado y no servirá para lo que se había planificado, que es el concentrar a todos los pacientes de oncología de esta parte norte del país.

Por ello, es importante tocar el fondo de los problemas para que podamos ver la manera de resolverlos.

Vuelvo a repetirle la pregunta a la ministra: ¿en qué quedó la formación de los residentes?, porque, si no hay residentes, es indudable que no va a haber especialistas; y, al no haber especialistas, no vamos a solucionar los problemas álgidos de la salud en el país.

Yo estoy de acuerdo en que a veces puedo hacer el mismo trabajo, y a lo mejor lo hago considerando que, como médico, puedo entender la problemática...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Wong.

El señor WONG PUJADA (SN).— Las responsabilidades son completamente diferentes.

Por ejemplo, no tenemos neurocirujanos, porque todos los neurocirujanos salen fuera del país. ¿Por qué? Porque, en esto de que a igual responsabilidad igual remuneración, no podemos comparar a un neurocirujano o a un especialista en cuidados intensivos, por poner un ejemplo, con la responsabilidad que existe en otras especialidades, que no tienen ese alto grado de responsabilidad.

Entonces, habría que diferenciar también en cuanto a la responsabilidad y en cuanto a la súper especialización que tenemos. Por eso es que en todos los hospitales de las diferentes regiones no existen especialistas.

En cuanto al problema de las medicinas, si bien es cierto que es un problema grave, tenemos que

regular y ver la forma de hacer convenios para que la medicina la podamos llevar a la población en términos de que pueda ser posible llegar a los...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Wong, por favor.



El señor WONG PUJADA (SN).— Gracias, Presidenta.

Quiero decir a los colegas que debemos poner todo nuestro mejor deseo y nuestra mejor disposición para tratar de resolver este problema tan grave que existe en salud, porque los índices —como lo han expresado algunos colegas— son bastante negativos en el caso de la anemia, de la desnutrición, del hacinamiento; así como el aumento del índice de la tuberculosis drogoresistente.

Acá se necesita el mejor trabajo de todos en conjunto y la buena fe para poder llevar la salud a los más necesitados, Presidenta.

Gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene el uso de la palabra el congresista Pari Choquecota.



El señor PARI CHOQUECOTA (GPDD).— Muchas gracias, Presidenta.

La verdad es que nos preocupa mucho cuando vemos los resultados de algunas investigaciones que hacen organismos o instituciones internacionales, como es el caso de la Universidad Johns Hopkins.

Entre agosto y octubre de 2012, tomó muestras de 151 fuentes de agua —111 tuberías de agua potable, 40 ríos y caños municipales— de 12 distritos de Lima, La Oroya, Puno y Juliaca, y ha encontrado los siguientes resultados: el 86% de las muestras colectadas directamente de las tuberías de agua potable exceden los límites establecidos por la OMS y nuestra normativa nacional; en los distritos de Juliaca y Caracoto, la situación es peor, puesto que el 96% de muestras de agua potable superan estos límites.

Y lo más preocupante, ministra, es que 62 muestras de 111 excedieron los 0,05 miligramos de arsénico por litro. ¿Qué significa 0,05 miligramos por litro? Este parámetro es conocido como

Umbral de Bangladesh, por ser el agua más contaminada con arsénico del mundo. O sea, estamos en una situación crítica en relación con el agua.

Yo creo que el Ministerio de Salud tiene que tomar una posición clara y definida al respecto.

Pero, señora ministra, cuando vemos la normativa —ya hay una normativa, sobre la cual nosotros hemos hecho llegar nuestra documentación, y no hemos recibido ninguna respuesta—, encontramos el Decreto Supremo 031-2010, y ahí tiene corresponsabilidad el gobierno anterior y el ministro de ese entonces, Oscar Ugarte, porque él estuvo de 2008 a 2011 como ministro de Salud, y ahora es su asesor principal. Entonces, ahí hay una conexión casi...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiempo adicional, congresista Juan Pari.

El señor PARI CHOQUECOTA (GPDD).— Hay una conexión y hay un nivel de continuidad de dos gestiones y de un tipo de política en el tema de la salud y, principalmente, en el tema del agua.

El Decreto Supremo 031-2010 es el Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano, y es desastroso pensar que en nuestra normativa se diga lo siguiente:

“Para las fuentes de agua para consumo humano con características naturales hidrogeológicas, la Autoridad de Salud podrá admitir concentraciones de Arsénico en el agua tratada de hasta 0.05 miligramo/litro”.

O sea, hasta el Umbral de Bangladesh. ¿De qué estamos hablando? Esta es una norma que te permite llegar hasta el nivel más terrible que puede haber en términos de contaminación de arsénico. Ese es nuestro indicador.

Está bien, se dio el Decreto Supremo en 2010, pero nosotros hemos estado llamándola a usted para que de una vez esto se rectifique...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Pari.

El señor PARI CHOQUECOTA (GPDD).— Cuando vemos el caso concreto y específico de la región de Tacna, a la cual yo represento, encontramos realmente información sumamente preocupante.

En la provincia de Candarave se llega a diez veces más del límite permisible por la Organización Mundial de la Salud. El límite dado por la Organización Mundial de la Salud es 0,01.

Lo que admite la norma es hacer trampa, como si el arsénico de origen natural hiciera menos daño que el de origen artificial. A final de cuentas, es arsénico, sea de origen natural o de otro origen.

Por lo tanto, con relación a Tacna, la situación es sumamente preocupante, porque todas las fuentes de agua exceden el 0,05; y eso, señora ministra, si el Ministerio no asume una política clara, hace que las EPS no tengan por qué modernizarse, no tengan que trabajar y mejorar sus tecnologías.

Entonces, yo creo que hay que tomar en serio este problema y declarar en emergencia a todas las regiones que...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Congresista Pari, culmine.

El señor PARI CHOQUECOTA (GPDD).— Yo creo que su cartera, señora ministra, tiene que tomar una decisión clara y declarar en emergencia todos los lugares donde hay problemas de calidad de agua.

La calidad de agua es sumamente importante, considerarla como un elemento fundamental de análisis y asumir una actitud preventiva en términos de salud, y no una actitud que tenga que ver con una situación de lamento.

Si no vemos el término de la calidad del agua, no estamos viendo absolutamente nada. El resto resulta siendo discurso. El agua es fundamental, y yo creo que ahí Digesa tiene que empoderarse y tiene que asumir una actitud totalmente seria.

Tiene que cambiarse ese dispositivo, que pone el Umbral de Bangladesh como si fuera un estándar sumamente aceptable. Esto es un absurdo y tenemos que eliminarlo, señora ministra.

Creo que eso hay que superarlo, pues se trata de una responsabilidad que data desde 2010 y que es asumida por el actual gobierno y con los mismos personajes...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Gracias, congresista Pari.

Tiene el uso de la palabra el congresista Josué Gutiérrez Córdor.



El señor GUTIÉRREZ CÓNDOR (NGP).— Muchas gracias, Presidenta.

Por favor, suplico a usted que brinde la interrupción al congresista Santiago Gastañadui. Los dos minutos. Si pudieran ser tres, mejor.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Las dos interrupciones son para el congresista Gastañadui Ramírez.



El señor GASTAÑADUI RAMÍREZ (NGP).— Muchas gracias, congresista Gutiérrez; muchas gracias, Presidenta.

No creemos en esa teoría pasada, proclamada por Reagan a fines de los años 70, cuando decía que el Estado era el problema, pero tampoco creemos que el Estado lo soluciona todo.

Estamos viviendo momentos difíciles, momentos de cambios; vivimos en un siglo donde no se imponen estas posiciones extremistas, donde no se trata de si somos de derecha o de izquierda. El mundo es más pragmático.

Justamente, Presidenta, producto de ese pragmatismo, vemos cómo la inversión privada es un mecanismo importante para reducir las brechas en infraestructura.

Y cuando hablamos de infraestructura no solo nos referimos a carreteras, telecomunicaciones, agua, saneamiento, sino también a sectores importantes, como educación, salud, porque lo importante es que se preste el servicio.

Cuando uno toma contacto con la calle, encuentra que al poblador no le interesa quién le presta el servicio, si se lo presta un privado o si se lo presta el Estado.

El ciudadano de a pie solo quiere que le presten ese servicio y que, justamente, sea un servicio de calidad; pero hemos visto que al menos en los últimos años no se ha cumplido con ese deber de prestar un servicio de calidad en el sector salud.

Por eso, Presidenta, en el mundo se impone las concesiones, los contratos BOOT o las APP, que justamente es una forma para que la inversión privada ingrese a sectores tan importantes como el de la salud.

En el mundo se han dado experiencias muy importantes, experiencias que el Perú debería tomar en cuenta para desarrollar un modelo peruano. Por ejemplo, tenemos en Francia o en España, países donde se ha desarrollado mucho este estado de bienestar, el famoso *welfare state*...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Ya tuvo las dos interrupciones.

Continúe, congresista Gutiérrez.



El señor GUTIÉRREZ CÓNDOR (NGP).— Muchas gracias, Presidenta.

Por su intermedio, Presidenta, quisiera dirigirme de manera muy educada y cortés al congresista

Mulder en cuanto a una cifra que me permite relevar y comentar todo lo que ha mencionado en términos de resultados.

Entonces, me permito invitar al congresista Mulder a que verifique personalmente la construcción de 134 establecimientos de salud. Y le digo, mención aparte, que en mi departamento, en la provincia de Puerto Inca, tenemos un moderno hospital instalado.

En la capital de la ciudad, en Huánuco, el establecimiento materno infantil —que está pronto a ser inaugurado— está ya concluido y está en proceso de equipamiento. Sin embargo, que yo recuerde, en los cinco años anteriores no ha habido un solo hospital construido en mi departamento.

Entonces, de estos tipos de intervenciones, señora Presidenta, los nuevos establecimientos son 21, 110 ampliaciones y tres restituciones, lo que alcanza una inversión de 518 millones de nuevos soles.

Entonces, no es verdad que este gobierno no haya invertido en infraestructura de salud. Todo lo contrario: hemos invertido, aunque no nos sentimos orgullosos de que esas sean las cifras más adecuadas, pues hay un déficit enorme.

La ministra ha hecho el día de hoy un planteamiento que supera los ocho mil millones de nuevos soles para poder cubrir ese déficit de infraestructura.

Si eso es así, el gobierno tiene que ser ingenioso para poder desarrollar naturalmente propuestas

en el nuevo diseño político en materia de salud para cubrir ese déficit que tenemos hoy en día.

De esta manera, todos saldremos ganadores, porque este no es un tema que se circunscriba solamente a los cinco años de nuestro gobierno, sino fundamentalmente a lo que vendrá más adelante.

Es probable que por alusión el congresista Mulder, Presidenta, me esté pidiendo la interrupción. Yo se la concedo, sobre todo porque se trata, en efecto, de una alusión directa a lo que él ha dicho anteriormente.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Por alusión, tiene el uso de la palabra el congresista Mulder Bedoya.



El señor MULDER BEDOYA (GPCP).— Presidenta: Es una cuestión de matemática simple.

Si nosotros hemos construido 33 hospitales, de los cuales 18 son del sector Salud y el resto son de EsSalud, y se han distribuido de acuerdo a los requerimientos en todos los departamentos, aunque 18 son en una distribución del Ministerio y los otros en la distribución de EsSalud, entonces ha habido departamentos que no se ha podido terminar de atender.

Pero al señor Ollanta Humala no lo han elegido presidente del Gobierno Regional de Huánuco, lo han elegido presidente del Perú.

Entonces, si nos quiere imputar que no se ha construido un hospital en Huánuco en el gobierno aprista, bueno, *touché*; pero el que no hayan construido un solo hospital en todo el Perú, Presidenta, eso sí no se lo quita nadie.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Continúe, congresista Gutiérrez.

El señor GUTIÉRREZ CÓNDOR (NGP).— Presidenta: Pero, en todo caso, tendríamos que hablar de lo que hemos hecho en Cusco, en Apurímac, en Arequipa, en Ayacucho, en Cajamarca, en Cusco, en Huancavelica, en Junín, en Ica, en La Libertad, en Lambayeque, en Lima Provincias, en Loreto, en Moquegua, en Puno, en Tacna, en Tumbes, en Ucayali.

Es que el país es todo eso. El país no es solamente Lima. Hemos construido hospitales, establecimientos de salud, y lo demostramos.

Yo les pediría a mis colegas, Presidenta, que se tranquilicen. Yo no he interrumpido a ninguno de los parlamentarios cuando ha hecho uso de la palabra.

El Hospital Antonio Lorena, en el Cusco, está ahí listo para que lo puedan verificar. Es de nivel III, con todos los servicios.

Yo invito a mis colegas a trabajar en el interior del país, porque el país no solamente es Lima, el país está conformado por 24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao.

Sé que me siguen interrumpiendo, pero, tranquilos, estoy hablando de cifras. Si podemos remontrarnos a la invitación para ir y trasladarnos...

Yo creo que no estás obligado, Mauricio, a visitar las provincias, porque no eres elegido por las provincias, eres elegido por Lima.

Me está pidiendo una interrupción, pero yo ya concedí mis dos interrupciones. No es que yo no quiera. De todas maneras...

Yo le voy a traer mínimamente tres fotos, y el álbum se lo haré llegar al congresista Mauricio Mulder. Me comprometo a ello frente a la Representación Nacional y al país, que seguramente está presenciando este debate.

De tal manera que no se pongan nerviosos. Por favor, tranquilos nomás, que este no es un tema de quién gana a quién. Son resultados de gobierno, que se los vamos a entregar a cada uno.

Eso tiene rédito político. Sí lo tiene, y electoralmente, porque la población está satisfecha con el servicio. Pero esto no queda en lo que hemos hecho cuando todavía hay mucho por hacer.

De tal manera que para mí lo más importante como parlamentario es saber reconocer que, en efecto, hay tareas muy definidas hacia adelante.

Y nuestro plan en el sector Salud está fundamentado en cuatro ejes, siendo el primer tema el de la protección social.

En efecto, en el gobierno anterior se había destinado la suma de 500 millones para el tema del Seguro Integral de Salud. Fue una decisión que nosotros la impulsamos y la triplicamos en el nivel de inversión.

Hoy en día, señora Presidenta, estamos al borde de los mil 500 millones de nuevos soles. Es decir,

no solamente hemos ampliado de 10 millones de asegurados a 16 millones de asegurados, sino que fundamentalmente también hemos triplicado la inversión, lo que implica que la calidad del servicio es mejor.

Yo me remito a las cifras. No me gusta la verborrea ni una práctica del populismo puro para venir acá a insinuar cosas, sino prefiero hablar fundamentalmente de lo que dice la estadística y de las razones de nuestra inversión programada para 2015, que refleja un aproximado de mil 700 millones, ampliándose largamente...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiempo adicional, congresista Gutiérrez.

El señor GUTIÉRREZ CÓNDOR (NGP).— ...el tema de la cobertura.

Por eso, Presidenta, cuando nosotros asumimos con entereza los logros de nuestro gobierno, también sabemos que tenemos debilidades, y las vamos a afrontar.

Y uno de los logros fundamentales es que pusimos en marcha el Plan Esperanza. Hoy día tenemos satisfacciones plenas, porque hemos hecho despistajes a más de 100 mil pacientes, lo que nos ha permitido detectar el cáncer a temprana formación e intervenir, de tal manera que nos ha permitido acortar y rentabilizar mejor el servicio.

Por lo tanto, hoy día hay poblaciones de peruanos que están siendo intervenidas y recuperando su salud, y no están lamentándose de estar, prácticamente, ante una condición de deceso o de fallecimiento.

Esas son satisfacciones que debemos rescatar y ver la forma como, por ejemplo, podemos seguir trabajando para hacer que la cobertura del Plan Esperanza sea mucho mayor, porque en efecto ha aumentado inmensamente la estadística...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Gutiérrez

El señor GUTIÉRREZ CÓNDOR (NGP).— ... en materia de las neoplasias.

Estamos convencidos, Presidenta, de que este eje de cobertura del Seguro Integral de Salud, SIS, es el camino que debe seguir cualquier gobierno. Yo no me circunscribo a este gobierno únicamente, sino a cualquier gobierno que tenga rostro

humano y que tenga la capacidad de visionar un Perú inclusivo, como es el nuestro.

El segundo eje que para nosotros es fundamental es el mejoramiento en la cantidad y calidad de los servicios de salud. Por eso es que nosotros tenemos claramente establecida una estrategia para cubrir los requerimientos del 100% de peruanos que buscan la atención de salud, pero con una diferencia: la calidad en el servicio como factor fundamental.

Hoy en día nadie puede desconocer que los servicios son deficientes. En efecto, la propuesta que ha presentado la ministra es sumamente alentadora, sobre todo cuando, basados en estrategias, podemos dar una cobertura integral de salud, pero además...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Para culminar, congresista Gutiérrez.



El señor GUTIÉRREZ CÓNDOR (NGP).— ...sin que eso pueda ser, de alguna forma, atentatorio contra la economía de quien viene recibiendo asistencia en los servicios de salud.

De tal manera, Presidenta, que este segundo eje también ha sido fundamental para nosotros en el trabajo y en el diseño de la nueva visión en materia de política de salud.

En el tercer eje tenemos la protección de los derechos de los asegurados y de los usuarios de los servicios de salud.

Y el cuarto eje —que ha sido fundamental y muchas veces discutido— es la modificación de la organización del Ministerio de Salud, que se sustenta básicamente en la creación del nuevo Viceministerio de Salud para definir políticas públicas.

Mucho más podríamos decir, pero estamos convencidos de que hay tareas mucho más grandes.

Por su intermedio, Presidenta, nuestro saludo y respaldo a la ministra para que los errores y las deficiencias que podrían haberse observado —y que, sin duda, las han mostrado algunos parlamentarios el día de hoy— los podamos corregir, y todo en favor de la población, que espera mucho de nosotros.

Muchísimas gracias, Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Gracias, congresista.

La última oradora es la congresista Julia Teves Quispe.



La señora TEVES QUISPE (NGP).— Muchas gracias, Presidenta.

Quiero aprovechar esta circunstancia para corroborar las frases de la ministra y las frases del congresista Josué Gutiérrez y decir que esto es importante y que me interesa muchísimo explicarlo, porque se ha confundido mucho a la población al decir que hay un sentido privatista o que lo que nosotros queremos es privatizar. Y este gobierno rechaza categóricamente el que haya la intención de privatizar.

Ese no es el mensaje de este gobierno, sino es el mensaje recurrente y permanente de la oposición, y que en cierta medida lo estamos haciendo creíble. Pero esas medias verdades las vamos a ir deslindando para que finalmente disgreguemos lo que estamos haciendo.

Cuando hablamos de hospitales, Presidenta, aquí no podemos taparnos los ojos si sabemos que hay un hospital de los pobres, el Hospital Antonio Lorena, del Cusco, en el que finalmente se está trabajando el equipamiento en estos momentos.

Nosotros no queremos *elefantes blancos*. Nosotros no construimos. Nosotros completamos: desde la construcción hasta el equipamiento. Para eso hemos tenido reuniones con la ministra, a quien tengo que felicitar, porque en este momento se está trabajando en el equipamiento; incluso, todo el equipo técnico especializado ha viajado al propio gobierno regional. ¿Eso no es hacer obras? ¿Eso no es trabajar por el sinceramiento de un verdadero equipamiento?

En Quillabamba, una provincia muy abandonada por estos años, ahora finalmente se está haciendo todo el trabajo de consenso y de diálogo en busca de una solución para que haya terrenos para construir el hospital en Quillabamba.

En 15 días se va a inaugurar un hospital en Chanchamayo. Díganme que no lo hizo este gobierno. Pues lo hizo.

Asimismo, en este momento estamos trabajando desde los inicios para que haya un hospital de neoplásicas en Junín.

Estos son solo unos cuantos de los trabajos que se vienen ejecutando, que se vienen haciendo y que estamos ejecutando de la mano con el gobierno regional y los gobiernos locales.

Y lo que tenemos que aclarar aquí es que no hay intención de que el Ministerio de Salud vaya a tener el propósito de privatizar.

Creo que aquí, cuando hablamos de privatización, los que siempre han impulsado las privatizaciones son los que ahora se están oponiendo. ¿Es que acaso no tenemos que trabajar con la inversión privada? ¿Acaso no hay inversiones privadas responsables que puedan relacionar su trabajo con el Estado?

Tenemos, en estos tiempos modernos, que apoyar a la empresa privada para que trabaje de la mano con el Estado. Ahora se oponen, ahora sí son quienes niegan todo lo que hicieron antes.

Lo que nosotros queremos desechar en todo momento, Presidenta, es que aquí haya una mala intención. Creo que las experiencias en el mundo nos lo han mostrado, y por ello hemos hablado con muchos alcaldes para que hagan sus obras con las APP y con la modalidad de obras por impuestos.

¿Acaso la APP no es una modalidad para salir adelante? Pues lo es, y ello está completamente demostrado en países de América Latina y en nuestro país también, donde se viene trabajando con esas modalidades, con esas herramientas.

Y entonces no es cierto que también se haya ofertado a inversionistas nacionales o extranjeros la gestión de los hospitales públicos. ¿En qué momento, en qué circunstancia? La figura de las APP solo se está considerando en el diseño, en la construcción, en el equipamiento y en el mantenimiento de algunos hospitales.

Nadie habla de todos los hospitales, sino solo de los más importantes, como el Dos de Mayo o el Hospital Loayza, que tienen que entrar por concurso en una APP para poder construir un verdadero hospital, y eso nadie lo va a negar.

En el tema de Farmasis, tanto se ha hablado de la 11366 que realmente es decepcionante, y con esos argumentos creen que pueden incomodar a este gobierno.

Nosotros estamos preocupados y trabajando por la salud, y eso no nos va a parar. Aquí se pretende decir que Farmasis está reemplazando

o está sustituyendo la oferta pública de los medicamentos.

Lo que este gobierno está haciendo...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Tiene tiempo adicional, congresista Julia Teves.

La señora TEVES QUISPE (NGP).— ...es fomentar el uso de medicamentos genéricos y que todos tengamos acceso a ellos; y que, si no encuentro un medicamento en un determinado lugar, tenga una alternativa para irme a otra zona y poder comprar esos medicamentos genéricos.

No me van a vender necesariamente los de marca: me dan un Hepamaxx, que me cuesta dos nuevos soles, cuando me pueden vender un Hepabionta, que me cuesta 50 céntimos y que tiene el mismo resultado. Entonces, no podemos engañar, pues aquí estamos acercándonos más a los ciudadanos para trabajar en dar alternativas.

Tenemos más de 800 mil niños que ahora por fin pueden estudiar y tener la salud garantizada, ya que han sido incluidos en el SIS. ¿Qué niños han estado protegidos por largos y largos años? Los niños de las comunidades rurales suscritos al SIS ahora tienen este servicio y pueden irse a las escuelas a estudiar tranquilos.

Y qué decir del sistema de remuneraciones. En este gobierno nos hemos dedicado a ver por los médicos y por todos los que trabajan en el sector Salud...

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Teves.

La señora TEVES QUISPE (NGP).— ...y consideramos que las negociaciones, cuando se dan, se deben dar no politizando, sino conversando por los trabajadores, los médicos, las enfermeras; por todos ellos y por los pacientes, pues quizás muchos de estos han dejado de existir a causa de una operación.

¿Saben cuánto cuesta perder a un familiar porque no fue intervenido en el momento debido y ahora está descansando en paz? No es justo.

Por más de 150 días, ha habido muchos responsables de esas muertes. Indolentes, solamente hablan en base a remuneraciones cuando la reforma de la salud es integral.

Hay que hablar por los pacientes. En los hospitales se mueren los pacientes, y no podemos ser indolentes. Cuánto quisiéramos ayudar, pero no somos médicos, no pertenecemos al cuerpo médico asistencial.

Pero los que ahora quieren hablar de salud no hacen ni dejan hacer. Por eso, ministra, tenemos que continuar trabajando en las zonas rurales.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Culmine, congresista Teves.



La señora TEVES QUISPE (NGP).— En ese sentido, Presidenta, el día de hoy hemos escuchado largamente a los congresistas y hemos escuchado a la ministra, y consideramos que la política social es dedicarse realmente al tema de la salud y al tema de la educación.

Por ello, el objetivo fundamental de este gobierno ha sido el de garantizar la operatividad y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

¿Cuánto hemos invertido? Ocho mil 400 millones. ¿En cuántos hospitales? En 170 hospitales. ¿Esas no son obras concretas?

Ahora vamos a tener que ir a inaugurar obra por obra para que aquí no se esté hablando de política, sino se hable de pueblo, se hable de salud, se hable de familias completas, de modo que reciban la misma atención los que están en la zona urbana y los que están en la zona rural.

Nosotros queremos tener las mismas condiciones. Por eso, este gobierno planteó la universalización de la salud. ¿Quiénes son los que se opusieron...?

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Finalmente, tiene el uso de la palabra la ministra de Salud para referirse a las intervenciones de los parlamentarios.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Muchas gracias, señora Presidenta.

Por su intermedio, quiero agradecer a la Representación Nacional, a los congresistas que han hecho sugerencias y comentarios, y —por qué no— también quiero agradecer las críticas; porque, si bien es cierto

que el sector Salud del Perú requiere paliativos, requiere soluciones a una situación difícil, es también cierto que justamente esa es la razón por la cual hablamos de reforma.

Por tanto, me complace constatar que todos estamos convencidos de que el sector salud requiere reformas, y nada que esté bien necesita reformarse.

Si hablamos de reforma es porque todos estamos reconociendo que hay mucho que mejorar. ¿Cuál es el norte de la reforma? El norte de la reforma es recoger lo que el Perú ha ido sembrando a lo largo de décadas. El norte de la reforma es lograr la protección en salud de forma universal; es decir, que todos los peruanos puedan tener una protección en salud efectiva. Ese norte nos une. No veo yo discrepancias en ese objetivo.

Y eso es bueno, porque, así como nosotros hemos mantenido los esfuerzos y avances de los gobiernos anteriores, esperamos que también la política que nos lleve a la cobertura universal sea una política de Estado que se mantenga en los siguientes gobiernos, porque esa es la única forma de lograr resultados en salud.

En salud y en educación no hay fórmulas mágicas de corto plazo, hay constancia de propósito. Y en el camino nos criticaremos, diremos que una forma de hacerlo es mejor que otra, que una manera es más rápida, que otra manera es más eficiente, pero yo creo que estaremos en buen camino mientras mantengamos el norte.

Ahora, para que la protección en salud de un peruano sea real, tenemos que enfrentar no solamente el acto de otorgar ese derecho mediante la cobertura de un seguro, cualquiera que este sea, sino también tenemos que asegurar que los servicios sean oportunos, de calidad, disponibles, accesibles, y es ahí donde tenemos el reto principal.

La gran mayoría de los comentarios recibidos esta tarde y esta noche tiene que ver con cómo mejorar el servicio, cómo cerramos la brecha en cuanto a infraestructura, recursos humanos, equipamiento, y —más que eso— cómo transformamos nuestro sistema de salud para que se pueda decir que en el Perú se aplica la atención primaria de la salud.

La atención primaria de la salud no es lo mismo que la atención del primer nivel. La atención primaria de la salud significa garantizar, en todos los niveles de atención, esos cuidados que son absolutamente esenciales, de modo que a ningún peruano le falte el acceso a ese conjunto

de servicios esenciales, que constituyen la esencia y la filosofía de la atención primaria en salud.

Y es en ese rumbo de cerrar brechas para lograr el aseguramiento universal, la cobertura universal de la protección en salud en el país, que nos preguntamos cómo invertimos mejor, cómo asignamos recursos de inversión para que ello sea de la manera más rápida, más eficiente, más transparente y más sostenible en el tiempo.

En ese sentido, lo avanzado por el Ministerio de Salud me parece muy importante, porque no es solo del Ministerio de Salud, es también de los gobiernos regionales.

Hemos llegado a consensos con los gobiernos regionales, en el marco de un Estado unitario y también descentralizado, sobre todo en sectores como salud y educación, lo que nos permite decir que el día de hoy tenemos un plan intergubernamental y multianual de inversiones.

Este plan supone poner en marcha más de 200 proyectos: 170 hospitales provinciales, 23 hospitales regionales y 11 hospitales nacionales.

Esa es la meta del plan de inversiones para poder comprometer —en los años 2014, 2015 y 2016— ocho mil 400 millones de nuevos soles que respalden el inicio y sostenibilidad de esos más de 200 proyectos.

¿Cómo lo hacemos más rápido entonces? Si tenemos que cerrar una brecha de ocho mil 400 millones para esos 200 proyectos, ¿cuál es la mezcla de financiamiento que podemos pensar para que sea la más rápida y más eficiente? Una buena parte, a través de la modalidad pública, ciertamente.

Tenemos que trabajar a través de los mecanismos conocidos de obra pública, de inversión pública, y en eso estamos formulando los perfiles de inversión, los expedientes técnicos, y comenzando ya a poner las primeras obras y también —como han dicho algunos de los congresistas, señora Presidenta— a punto ya de comenzar a inaugurar obras, particularmente, en la esfera de los hospitales provinciales.

Pero no deberíamos circunscribirnos únicamente a la modalidad de construcción por obra pública. Es por eso que abrimos el portafolio a otras dos modalidades que nos parece que pueden ayudar a todos los peruanos a cerrar lo más rápidamente posible estas brechas: las asociaciones público-privadas y las obras por impuestos.

Y reitero que el marco legal para ello ha ido perfeccionándose a través de leyes del Congreso, las últimas de las cuales son muy recientes; es decir, han sido dadas por este Congreso.

Yo entiendo que las leyes aprobadas por el Congreso son profundamente debatidas, son dadas con mucha rigurosidad, sometidas a análisis y escrutinio antes de ser aprobadas; de ahí, mi respeto por este Congreso y por esta Representación Nacional.

Entonces, nosotros estamos abriendo el portafolio para incorporar otras formas complementarias para llevar a cabo esta inversión lo más rápidamente posible.

Las asociaciones público-privadas son de dos tipos: iniciativa estatal e iniciativa privada; y la modalidad de obras por impuestos hasta ahora dependen de la voluntad y del visto bueno de los presidentes de los gobiernos regionales correspondientes a aquellas zonas donde hay canon.

Debo recordar que existe un proyecto de ley en este Congreso —que espera su debate y aprobación— por el cual se cambia algunas de las reglas de las obras por impuestos, de forma tal que sean algunos ministerios —Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda— los que también puedan promover obras por impuestos en el territorio nacional contra nuestro propio presupuesto.

Esperamos que ese proyecto se pueda aprobar, porque eso dinamizaría las obras por impuestos, particularmente, aunque no exclusivamente, en las regiones que no tienen canon.

Nosotros creemos que las obras por impuestos, bajo ciertas condiciones, nos podrían ayudar muchísimo a acelerar las inversiones en los hospitales provinciales, mientras que las APP —sean iniciativa estatal o iniciativa privada— probablemente se enfoquen más en los hospitales regionales y los hospitales nacionales.

Una pregunta muy importante, señora Presidenta, era ¿cómo monitoreamos, cómo supervisamos esos contratos de asociaciones público-privadas? Esta es una pregunta muy relevante, porque una asociación público-privada es tan buena como lo es el contrato y su supervisión.

Sin una buena supervisión, probablemente no tengamos una buena APP, y lo que tenemos hasta ahora como primera experiencia es efectivamente

la del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, donde el contrato de más de 600 páginas incluye 165 indicadores de monitoreo.

Estos 165 indicadores son cuantitativos, cosas que se pueden medir; y además existe en el anexo 7 el método específico de supervisión de cada uno de estos indicadores.

Puedo mencionar, por ejemplo, para el área de alimentación el resultado de los test microbiológicos de superficies en contacto con alimentos y bebidas con valores superiores a los límites permisibles, según la norma vigente.

Tomo eso como ejemplo porque va a suponer la realización periódica de un test de microbiología, de forma tal que si se incumple lleva a una sanción y a una deducción, y es así en cada uno de los 165 indicadores.

Nosotros esperamos que en la gestión pública también comencemos a desarrollar indicadores con tanta finesa para la parte clínica.

Entonces, sería muy bueno que también pudiéramos hacer un sistema tan riguroso de monitoreo de indicadores; y, en este caso, no solamente de mantenimiento y operación de servicios generales o mantenimiento de infraestructura y equipos, sino también con nuestro socio, el médico peruano, y con los equipos de gestión peruanos para avanzar hacia el establecimiento de indicadores y hacia una mejor gestión.

Me parece muy importante enfatizar que esto no es privatización, dicho esto en el sentido de que no estamos transfiriendo propiedad al privado: los activos son y seguirán siendo públicos.

El hospital que se construya con financiamiento privado es de propiedad pública bajo las APP cofinanciadas.

Explicué en mi presentación inicial que existen dos tipos de APP: la APP autosostenible y la APP cofinanciada. La APP autosostenible no es aplicable al sector Salud, porque estoy de acuerdo en que no es lo mismo un hospital que un puente o una carretera, que se puede pagar a través del peaje.

Me solicitan una interrupción, señora Presidenta. Cómo no.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Puede interrumpir la congresista Mavila León.



La señora MAVILA LEÓN (APFA).— Señora ministra: Los que hemos leído la normatividad de las asociaciones público-privadas conocemos que en el papel, efectivamente, existen dos modalidades de APP: las autosostenidas, con capital privado exclusivo, y las mixtas, con capital del Estado y privado.

Yo he consultado con alguien que está trabajando especializado en el tema y me informa que no existe una sola con 100% de capital privado. Entonces, las únicas que existen son las APP con capital del Estado.

¿Podría decirme dónde existe una APP exclusiva de interés privado, ministra?

Gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.



La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.— Gracias, señora Presidenta.

Justamente, el tema de las APP autosostenibles supone el caso de la concesión de una carretera: el privado invierte en la carretera y después se cobra la inversión y el mantenimiento de la misma a través del peaje que pagan los usuarios de esa carretera. Esa fórmula no es aplicable a salud, por lo que no la vamos a aplicar en salud.

No vamos a promover las APP autosostenibles, sino estamos hablando de las cofinanciadas. ¿Qué significan las APP cofinanciadas? Significan, en la gran mayoría de casos, que el privado pone capital para construir y luego el Estado le hace un contrato o le hace un contrato para que el privado pueda poner la inversión para construir, y luego ese pago por ese capital se hace en cuotas por un tiempo largo.

A partir de ese contrato, nosotros estamos incorporando lo que denominamos la *bata gris*; es decir, al privado no se le va pagando solamente de a pocos la inversión inicial, sino además el servicio que nos da para mantener esa infraestructura, mantener esos equipos, mantener y operar los servicios generales. Ese es el modelo.

¿Qué pasó en el caso del Instituto Nacional del Niño? No ha habido la inversión inicial del privado porque la infraestructura ya estaba hecha.

La APP no ha incorporado la infraestructura porque ya estaba hecha, como a todos nos consta, y lo que tenemos entonces es un contrato por diez años para los servicios de mantenimiento de esa infraestructura, mantenimiento de esos equipos, lo que, efectivamente, ha costado al país —independientemente de en qué gobierno fue— más de 300 millones de nuevos soles.

Estamos hablando de más de 16 mil unidades de equipo, algunos de los cuales son de alta sofisticación. Eso tenemos que mantenerlo, tenemos que hacerle mantenimiento permanente, y tiene que estar operativo las 24 horas, los siete días de la semana, durante los próximos diez años. Esa es la responsabilidad del privado. El Estado paga ese servicio.

En el resto de las APP cofinanciadas, que esperamos promover y ver cómo responden los inversionistas privados, se va a incluir además la inversión inicial, que es la construcción de la infraestructura.

Entonces, quisiera reafirmar la idea de que esto no es privatización, no hay transferencia de propiedad: la propiedad es del sector público.

La *bata gris*, la gestión clínica, la conducción y la gobernanza de la institución hospitalaria se mantienen en manos públicas. Es más, no hay en el esquema de APP cofinanciada ningún traslado de costos a los usuarios. Esos son puntos muy importantes.

Contrastemos ello con lo que pasa hoy en los hospitales. No es extraño encontrar en un hospital público tercerización de los servicios de limpieza, de seguridad, de nutrición; eso ya existe, esos servicios ya están tercerizados.

Lo que pasa es que a veces son contratos no muy transparentes. ¿Quién los supervisa?, ¿con qué indicadores? ¿Está ProInversión mirando el cumplimiento de los contratos? No. No digo que todos sean contratos informales, pero no tienen efectivamente una buena supervisión.

Entonces, en realidad, ¿qué estamos haciendo? Estamos formalizando lo que hoy ya existe como tercerización en todos los servicios generales, pero lo estamos proponiendo hacer de forma tal que podamos incorporar innovación y mejorar las prácticas gerenciales. Este es un esfuerzo que vale la pena hacer, porque va a tener un efecto sobre el resto del sistema de salud en términos de incorporación de innovación.

¿Quién supervisa entonces? Supervisa un agente especializado contratado por ProInversión en conjunto con el Ministerio de Salud, y la rigurosidad de esa supervisión es crucial. Por eso, se debe tener indicadores claros, medibles, objetivamente verificables. Esta es la llave, es la clave de un buen contrato de APP.

El congresista Nayap, señora Presidenta, pregunta con quién se coordina las inversiones.

Efectivamente, en un marco descentralizado, hay por lo menos dos niveles de gobierno que suelen estar involucrados en la inversión: el Ministerio de Salud, dictando las normas generales, y los gobiernos regionales, que son los que usualmente desarrollan el proyecto, hacen la preinversión, la inversión, el expediente y la obra. En ocasiones, el Ministerio de Salud transfiere recursos para estos fines.

Hemos encontrado que esa modalidad de operación tiene fuertes limitantes...

Me solicitan una interrupción, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— La segunda interrupción es para el congresista Lescano Ancieta.



El señor LESCANO ANCIETA (AP-FA).— Es importante, Presidenta, que la ministra nos detalle cuánto es la rentabilidad de los privados, porque lo que están ganando es 30%, que en servicios de salud es un montón de plata. Entonces, eso es clave.

Si al Estado le va a costar más caro atender a los peruanos, con esa rentabilidad de 30% podemos hacer hospitales públicos y pagar a los profesionales nombrados por el Estado, y no dar 30% de ganancia a los privados.

Solicito a través suyo, Presidenta, que la ministra de Salud nos detalle ese punto.

Gracias por la interrupción, ministra.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Adelante, ministra.

La señora MINISTRA DE SALUD, Midori De Habich Rospigliosi.- Cómo no.

Como dije al responder la pregunta cuatro, el modelo financiero que se está considerando para

las especificaciones técnicas de las bases de los procesos de convocaría de las APP en salud —es decir, el modelo financiero desarrollado por ProInversión con el Ministerio de Salud— utiliza márgenes de utilidad supuestos que fluctúan entre 6% y 8%.

Si el servicio es más competitivo, el grado de competitividad del mercado hace que fluctúe entre 3%, 6% u 8%, pero ese es el rango que estamos considerando en las especificaciones técnicas de las bases de estos procesos de convocatoria.

Este suele ser el margen que se ve cuando se sistematiza el nivel de rentabilidad en asociaciones público-privadas en salud en otras partes del mundo.

Sin embargo, como también dije, vamos a constatar si este supuesto se cumple una vez que las sociedades operadoras, los consorcios, paguen su impuesto a la renta. Entonces, podremos ver, en la presentación de sus balances y sus pagos de impuestos, la información específica de los márgenes de utilidades reales.

Esa va a ser una información que vamos a constatar, pero el supuesto para el modelo de financiamiento es entre el 6% y el 8%.

Decía, entonces, que habíamos determinado que el sistema de gestión de inversiones, que supone roles más normativos del Ministerio de Salud y roles operativos y ejecutores de los gobiernos regionales, no siempre está dando los resultados que queremos: hay obras que se paralizan.

He tenido la oportunidad de conversar con varios congresistas sobre obras específicas en las regiones que, por razón de una mala ejecución de la obra, se terminan paralizando, y entonces se requiere de la participación del Ministerio de Salud. Por eso consideramos importante tener un programa de inversiones en el Ministerio de Salud.

Ahora que vamos a aprobar el reglamento de organización y funciones, vamos a proponer en este la creación de un programa nacional de gestión de inversiones en salud, de forma tal que el Ministerio de Salud no tenga solo un rol normativo, sino que también pueda asumir en ocasiones, cuando sea requerido, la inversión y no solamente la supervisión de la preinversión. Eso va a facilitar las coordinaciones a las cuales hizo referencia el congresista Nayap.

Quisiera pasar rápidamente al tema de la inversión en términos concretos.

Los establecimientos de salud estratégicos: 170 hospitales provinciales, que fueron priorizados dentro de los 748 establecimientos identificados en el plan.

Esta primera fase de este plan multianual, que tiene que mantenerse en el tiempo, consta efectivamente de la implementación de 170 establecimientos estratégicos de nivel hospitalario intermedio, nivel II. Esto supone hacer una recategorización de 81 centros de salud actuales y convertirlos en hospitales provinciales, mientras que el resto es nueva inversión.

Efectivamente, en este momento estamos terminando 53 perfiles de inversión, que deben estar listos en diciembre, con lo cual entran en ejecución de inversión el próximo año.

Además de estos, ya tenemos por inaugurar 13 hospitales provinciales por un monto de 400 millones de nuevos soles. Esto es muy importante mencionarlo, porque sí hay la evidencia del avance no solamente en la planificación de la inversión, sino en la propia ejecución de la misma.

Asociado a esto, se ha mencionado en varias ocasiones el porcentaje de ejecución de la inversión del Ministerio de Salud. Al respecto, debo decir que el nivel de 45% del Ministerio y sus OPD corresponde a un nivel similar o algo superior a lo que teníamos el año pasado a esta fecha. Eso significa que en los próximos meses el nivel sube considerablemente y, según nuestras proyecciones, vamos a llegar a alrededor de un 90%.

¿Por qué el PIM de inversiones en el Ministerio de Salud es menor que el PIA? Hubo una pregunta en ese sentido, señora Presidenta.

Debo explicar que eso no es una reducción debido a pérdida de recursos. Esa es una reducción que se debe a las transferencias que hacemos a las regiones. Se inicia el año con ese dinero en nuestro presupuesto, y hasta junio se va transfiriendo a las regiones para las obras que están listas para ejecución. Entonces, el PIN del Ministerio disminuye, pero es por las transferencias a los gobiernos regionales o locales, según el caso.

Continuando con el tema hospitalario, debo decir que no es cierto que el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja no esté funcionando. Lo he dicho y lo reitero. Se iniciaron las operaciones en marzo de 2013. Hay un plan progresivo de implementación, como ocurre con todo hospital de alta complejidad, más aun cuando es un hospital de referencia.

El Instituto Nacional de Salud del Niño es un verdadero instituto, no atiende consulta de baja complejidad. Entre junio y diciembre de 2013 se terminó con el equipamiento y la capacitación de los recursos humanos. A septiembre de 2014, la producción es de casi diez mil consultas, casi mil intervenciones quirúrgicas y más de mil atenciones de emergencia. Asimismo, hemos recibido pacientes referidos de otros establecimientos de Lima y de las regiones en el orden de casi dos mil personas, como debe ser en el caso de un hospital de alta complejidad de referencia.

Se ha hospitalizado ya al primer paciente para trasplante de médula ósea, el que actualmente está en preparación para este trasplante.

A la fecha contamos con 122 médicos, 243 enfermeras y 416 profesionales de otras áreas de la salud, número que tendrá que seguir incrementándose en los años siguientes.

Con relación a una consulta puntual acerca del Hospital Manuel Núñez Butrón, debo decir que este es un hospital que se ha priorizado a nivel regional. Su financiamiento se encuentra dentro de los ocho mil 400 millones del plan de inversión 2014-2016. En ese sentido, tiene recursos asegurados en el presupuesto del Minsa.

El estudio está a cargo del Gobierno Regional de Puno, con la asistencia del Ministerio de Salud, y el proyecto de inversión pública está ascendiendo a un monto aproximado de 141 millones de nuevos soles.

Tenemos que desarrollar un plan de contingencia debido a que la construcción está planteada en el mismo terreno donde está el hospital actual. Entonces, ese es un proceso que está enrumado y que va a continuar.

Por su intermedio, señora Presidenta, quiero decirle al congresista Rondón que yo soy la primera en lamentar la huelga médica; soy la primera en lamentar cualquier paralización, sea larga o corta, porque cualquier paralización afecta a los pacientes.

Esta huelga fue prolongada aunque estuvo encapsulada, porque hemos estado registrando una paralización de 5% de los médicos en Lima y de alrededor de 10% en las regiones.

De todas maneras, ha sido absolutamente innecesaria: los acuerdos suscritos en los años 2012 y 2013 con el gremio se cumplieron,

como hemos intentado demostrar en reiteradas oportunidades a lo largo de este periodo.

Debo decir que el propio Congreso de la República, a través de la Comisión de Salud —en una sesión que yo recordaré durante mucho tiempo—, ha sido testigo de la disposición del Ministerio de Salud por llegar a acuerdos en los puntos cruciales de la Federación Médica.

Pero ahora hemos volteado la página. Pero antes de voltear la página debo decir que por supuesto nadie más que yo puede lamentar los actos de violencia. Los condenamos en su momento, no los avalamos, venga de quien venga, porque en efecto ha habido exacerbación verbal y, en algunos casos, agresión física, lo que es absolutamente inaceptable y que lamento profundamente. En ese sentido se pronunció el Ministerio de Salud en su momento en forma oficial.

Ahora estamos en camino de mejorar progresivamente la remuneración de todo el personal de salud. Los acuerdos que permitieron culminar la huelga son buenos, son constructivos, son acuerdos que nos permiten avanzar en la ruta de la reforma remunerativa.

En ese sentido, el Ministerio de Salud saluda estos acuerdos, y uno de ellos tiene que ver con la participación.

A pesar de que el Ministerio de Salud ha abierto siempre las puertas a los gremios para participar activamente en las comisiones de trabajo del Consejo Nacional de Salud, es a partir del diálogo con la Federación Médica que se plantea la posibilidad de que se constituya un grupo de trabajo a nivel del foro del Acuerdo Nacional.

Estamos trabajando con el foro del Acuerdo Nacional para que este sea el espacio de participación plena en el tema de la reforma. Entonces, todo lo que tengamos que decir, todo lo que tengamos que ajustar y todo lo que tengamos que perfeccionar se dará no solamente en el espacio del Consejo Nacional de Salud, sino también al más alto nivel político, que es el foro del Acuerdo Nacional, que es donde se logran estos consensos que aspiran a ser políticas de Estado.

Entonces, reitero que en ese camino estamos y que seguiremos apoyando los otros espacios de participación que surjan si estos son positivos y pertinentes.

Con relación a los trabajadores de la Fenutssa, debemos decir que se ha devengado el Decreto de Urgencia 037 como nunca antes se había hecho.

Hemos cumplido con el pago de más de mil 300 millones de nuevos soles. Esta es una cifra que nos pone casi al borde de solucionar el tema del DU 037 para nuestros trabajadores, y nos alegramos por ello.

Estamos trabajando muy arduamente en un proyecto de ley que vendrá al Congreso, señora Presidenta, y esperamos sus buenos oficios para una aprobación acelerada o lo más rápida posible, para que se otorgue estos 158 nuevos soles a la valorización principal de los trabajadores técnicos y auxiliares asistenciales, de manera que se logre la equidad en Lima y las regiones, y consolidar de esa forma nuestra reforma remunerativa.

Estamos, por lo tanto, muy atentos y trabajando duramente para que todos los acuerdos con la Fenutssa sean cumplidos de la mejor manera.

Déjeme rápidamente pasar al ébola. Efectivamente, el riesgo —y esta es una opinión técnica de todos los especialistas— de introducción del ébola al país es bajo —en realidad, bastante bajo—, pero eso no significa que no tengamos que prepararnos; al contrario, significa que tenemos que extremar las medidas para estar preparados aun cuando el riesgo sea bajo.

¿Y qué significa estar preparados? Estar preparados significa, en realidad, un proceso que tiene que ver con varios componentes que las personas en salud pública conocen bien.

Primero: fortalecer nuestra capacidad de vigilancia epidemiológica y alerta-respuesta usando la red nacional de epidemiología, que cuenta con un centenar de especialistas formados y certificados que operan en todas las regiones.

Estamos coordinando fuertemente con las sanidades aeroportuarias y con migraciones en las fronteras, porque ahí es el primer punto de control de la entrada de los pasajeros, de los visitantes.

¿Cómo vamos a identificar y hacer ese control sanitario en el punto de entrada?

En el caso del Aeropuerto Jorge Chávez, estamos por adquirir escáneres que permitan ver qué pasajeros están con fiebre, de forma tal que los podamos identificar y hacer un *screening* más efectivo para detectar si es un caso sospechoso.

En el caso de las fronteras, otro equipo similar nos permitirá tomar la temperatura de cada una de las personas que puedan constituir un riesgo al país.

Además, necesitamos fortalecer el diagnóstico en el laboratorio de bioseguridad nivel III del Instituto Nacional de Salud. Felizmente, es un laboratorio muy bien equipado, muy eficiente, que cumple con los estándares de bioseguridad III, por lo que estamos confiados en que nuestra capacidad de diagnóstico es la necesaria.

Una vez detectada la persona, luego de la prueba y durante la espera de los resultados, que debe ser de por lo menos 24 horas, necesitamos fortalecer nuestros centros de aislamiento. Para eso, contamos con infraestructura y con equipos de personal altamente especializado, a cuyos integrantes yo llamaría verdaderos héroes de la salud pública, pues son los que atenderán a estos pacientes a pesar del riesgo.

Entonces, ahí estamos hablando de tres equipos que puedan estar permanentemente, en tres turnos, durante los siete días de la semana.

Asimismo, es absolutamente necesario fortalecer el transporte. El personal de SAMU está bajo fuerte entrenamiento. Estamos adquiriendo cápsulas para poder ingresar en ellas a los pacientes, de forma tal que el traslado sea lo más seguro en términos de bioseguridad.

Y, finalmente, la disposición de los residuos es también de una importancia fundamental, por lo que Digesa está trabajando fuertemente para ensayar y hacer los simulacros de los protocolos de disposición de los residuos sólidos en estos casos.

Se ha hecho mención al Plan Esperanza. Al respecto, yo quiero decir que, luego de más de dos años, el Plan Esperanza representa una respuesta clara de inclusión social y de protección financiera a los asegurados del Seguro Integral de Salud, que cuentan con atención gratuita en servicios que incluyen promoción, prevención y tratamiento. Estos tres pilares son fundamentales para enfrentar el cáncer.

Se ha realizado más de cinco millones de atenciones en consejerías de cáncer hasta julio de 2014. Esto es muy importante. Se ha realizado cerca de dos millones de pruebas de *Papanicolaou*, que son pruebas preventivas que permiten diagnósticos oportunos del cáncer de cuello uterino en etapas tempranas. Asimismo, se ha realizado casi diez mil mamografías y más de 12 mil exámenes táctiles de próstata.

En términos de tratamiento, por primera vez el Estado peruano ha podido extender la cobertura financiera a 110 mil pacientes de cáncer en

forma gratuita, con cirugías, quimioterapias y radioterapias; incluyendo 30 trasplantes de médula ósea, diez de ellos en el extranjero.

Tenemos que seguir fortaleciendo el Plan Esperanza, pero lo logrado en un corto plazo es de destacar: por primera vez, una enfermedad como el cáncer está siendo puesta en el primer lugar de la agenda, y estamos siendo capaces de extender acciones de promoción, de prevención y de tratamiento.

A través de usted, señora Presidenta, quiero contestar al congresista Jaime Delgado con respecto a la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y adolescentes.

Se pre-publicó una versión que ha recibido muchísimos comentarios. Han sido muchas las sugerencias y los comentarios que hemos recibido en la etapa de pre-publicación.

Se ha recibido por lo menos 22 respuestas, más siete... casi 30 comentarios, lo cual nos hace pensar muy seriamente en que necesitamos una reformulación del borrador original. Este lo vamos a culminar dentro de las próximas semanas y estamos contemplando hacer una nueva pre-publicación, porque la nueva versión va a ser bastante diferente a la anterior.

No quiero, señora Presidenta, dejar de comentar el tema que levantó el congresista Bruce y otros congresistas, como la congresista Schaefer.

Debo decir que estoy de acuerdo con lo expresado con respecto al proyecto de ley. La opinión que el Ministerio emitió va a ser revisada, y así lo declararé hace un momento, durante mi lectura de las respuestas.

Efectivamente, creo que amerita revisar desde un punto de vista sanitario la pertinencia de todo aquel elemento que permita ampliar la disponibilidad de órganos para trasplante.

Con relación al tema de la tuberculosis, particularmente, en la población penitenciaria, debo decir que en efecto este es un problema de salud pública muy importante.

Quiero disculparme con la congresista Pérez Tello —a través suyo, Presidenta— si es que la respuesta que se emitió no fue del todo satisfactoria. Eso se corregirá en breve.

Lo que ahora quiero afirmar es que se da medicamentos a todos los casos de tuberculosis.

Se brinda la prueba molecular para tamizar sensibilidad de TB resistente en todos los casos de TB en penales.

Se ha priorizado el aislamiento de los casos de TB positivos del resto de los internos en pabellones separados, sobre todo en los que tienen mayor carga de TB. Ese es un proceso que está en curso, pero es muy importante el aislamiento.

El Inpe ha firmado convenios con el SIS para llevar el acceso a los servicios de salud a la población vulnerable penitenciaria. Tenemos un buen número de internos que ya cuentan con el SIS gratuito en toda su cobertura, incluyendo por supuesto el tema de TB.

El Inpe ha fortalecido también a su equipo técnico para las intervenciones de prevención y control de TB, y ha fortalecido —y esto es, repito, muy importante— los establecimientos penitenciarios, de forma tal que la infraestructura pueda disminuir el hacinamiento, que es una de las causales principales de este problema.

Se ha mejorado el servicio de salud en los penales de mujeres y hombres de Trujillo, y están en proceso los servicios de Huaral, Arequipa y Piura. En ese rumbo tendremos que seguir avanzando.

También se ha hecho mención al tema del agua, que es un tema muy importante y, como también se ha mencionado, que involucra a varios sectores: involucra a ANA, involucra a OEFA e involucra, por supuesto, a Digesa en el punto final, que es el consumo humano.

En el caso de Arequipa, Digesa ha hecho acciones inmediatas, determinando que Sedapal debe identificar fuentes alternativas para el abastecimiento provisional de agua para consumo humano, hasta que se evidencie el mejoramiento de la calidad organoléptica de las fuentes de abastecimiento.

Sedapal debe además establecer como parámetros adicionales de control obligatorio —PACO— los microbiológicos, y la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental —DESA— de Arequipa deberá intensificar las labores de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en la ciudad de Arequipa.

En términos de las acciones de más mediano plazo, Sedapal debe implementar reservorios de agua cruda para casos de contingencia y, asimismo, debe elaborar un plan de contingencia que contemple las acciones a realizar ante la posibilidad de ocurrencia de eventos propios de la zona.

Se ha realizado diversos viajes a la región —el último fue el 2 de octubre—, trasladándose un equipo de profesionales del Ministerio de Salud —y no solo de Digesa, sino también de epidemiología, de salud de las personas, de promoción de la salud, de comunicaciones— para sostener reuniones con el Director Regional de la Gerencia Regional de Salud y explicarle las acciones a realizar por cada una de las direcciones del Minsa y el apoyo técnico respectivo.

Entonces, estamos trabajando intensamente. Nuestro rol es identificar, hacer las pruebas correspondientes, dejar los correctivos y monitorear que estos correctivos se hagan.

Se habla de zonas rurales, y quiero decir que no hay duda alguna de la importancia de fortalecer las zonas rurales. Al respecto, uno de los mecanismos más importantes —aunque no el único— es asegurarnos de que haya personal profesional en esas zonas.

Esa ha sido una falencia de nuestro sistema por una serie de incentivos equivocados o mal alineados. Todo el personal de salud prefiere, como es natural, estar en zonas urbanas, y tenemos pocos mecanismos para atraer y retener personal en las zonas rurales.

Estamos implementando el bono de emergencia en el Vraem, estamos implementando los bonos para zonas alejadas y de frontera, y esperamos poder encontrar otras fórmulas efectivas para no solamente atraer sino retener al personal en esas zonas.

Existen regiones y unidades ejecutoras específicas donde se están presentando algunos problemas puntuales de pago de estos bonos.

Por eso, yo he pedido una comisión —que ya se ha nombrado— que tiene el encargo específico de verificar que toda esta política se está desplegando de forma adecuada en todo el territorio nacional.

Nosotros, como Ministerio de Salud, tenemos que hacer las gestiones de transferencia de recursos, pero necesitamos no solamente transferir el recurso, sino también comprometer la supervisión para asegurarnos de que se está desarrollando como se debe.

Quiero decir rápidamente que los decretos legislativos se vienen reglamentando. Estos fueron aprobados hasta diciembre del año pasado y estamos durante todo este periodo de diez meses reglamentando cada uno de ellos. Yo podría

alcanzar la información más detallada, en cada caso, de los 23 decretos legislativos, pero puedo afirmar que venimos reglamentándolos como estaba previsto.

Debo hacer una mención especial al tema de las campañas de publicidad.

He tenido la oportunidad de clarificar esto, en varias oportunidades, en el Congreso. La última fue en la Comisión de Presupuesto hace pocos días.

En primer lugar, la inversión en campañas para modificar los hábitos hacia costumbres saludables es de 38,9 millones de nuevos soles, no de 100 millones.

¿Y qué campañas han sido? Han sido campañas de suplementación con micronutrientes, justamente, para atacar el tema de desnutrición y anemia.

Además, está la campaña para prevenir y controlar el dengue. Es muy importante el cambio a hábitos saludables. Poco hacemos con intervenciones de salud. Mucho recae sobre el tema de cómo las personas se protegen a sí mismas en sus hogares contra el mosquito, el zancudo.

Asimismo, están las campañas de inmunizaciones, de vacunación, de prevención de la neumonía, de salud escolar, en el marco del enfoque Aprende Saludable.

Es muy importante lograr que los padres de familia colaboren para poder hacer el tamizaje de salud a todos los niños de inicial y primaria.

También está la campaña de prevención de tuberculosis y el plan de atención del cáncer —Plan Esperanza—, así como el Sistema de Atención Móvil de Urgencia, que se refiere a cómo comunicar a la población, cómo llamar en una emergencia al SAMU.

Además, está la campaña de prevención de la influenza que tuvimos, y la de cómo actuar en emergencias y desastres, así como las campañas relacionadas al VIH, a la lactancia materna, a la prevención del embarazo de adolescentes, etcétera.

Es decir, son campañas que no tienen que ver con el sentido tradicional de la palabra publicidad, a pesar de que el marco legal nos hace denominarlas así.

No estamos publicitando nada, no estamos vendiendo nada. Lo que estamos haciendo es tratar

de influir en la comunidad, en las familias, en las personas, para que cambien hacia hábitos saludables que nos permitan mantener, fundamentalmente, las metas de salud pública.

En cuanto a una mención sobre el Acuerdo Transpacífico, debo decir que en los años 2012-2013 el Ministerio de Salud remitió oficios a Mincetur señalando que la posición del sector es mantener las condiciones del TLC entre Perú y Estados Unidos. Esa es la posición del Ministerio de Salud.

Quiero agradecer a todos por la atención. Estoy segura de que algunas de las preguntas probablemente no hayan sido totalmente respondidas, pero me comprometo a hacer llegar por escrito las respuestas que faltasen.

Muchas gracias, señora Presidenta, por su atención; muchas gracias a todos los congresistas por su tiempo y su interés en el sector Salud.

Si tenemos un Congreso vigilante de lo que ocurre en el sector Salud, estoy segura de que todos haremos mucho mejor nuestro trabajo.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— La Presidencia y la Mesa

Directiva agradecen la intervención de la ministra de Salud y la invitan a abandonar la sala de sesiones en el momento que lo considere conveniente.

Suspendemos la sesión por breve término.

—Se suspende la sesión a las 21 horas y 56 minutos.

—Se retira de la sala de sesiones la ministra de Salud, señora Midori De Habich Rospigliosi.

—Se reanuda la sesión a las 21 horas y 57 minutos.

La señora PRESIDENTA (Ana María Solórzano Flores).— Se reanuda la sesión.

Se recuerda a los señores congresistas que la sesión continuará el día de mañana, jueves 23 de octubre, a las nueve horas.

Se suspende la sesión.

—A las 21 horas y 58 minutos, se suspende la sesión.

Por la redacción:
Humberto Camba Barreto

