

OPINIÓN TÉCNICA DE LA ACADEMIA SOBRE OCHO PROYECTOS DE LEY

I. EXIGENCIA DE PRUEBAS DE BIOEQUIVALENCIA Y BIODISPONIBILIDAD

PROYECTO DE LEY N° 13385/2004-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Oficio N° 041-CSPFPD/CR-2005-2006
Lima, 08 de setiembre de 2005
Señor Presidente de la
Academia Peruana de Salud
Presente

De mi especial consideración:

Previo cordial saludo, me dirijo a usted en mi condición de Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad para remitirle adjunto el Proyecto de Ley N° 13385/2004-CR «Que incorpora la exigencia de pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad para la importación y comercialización de medicamentos genéri-

Oficio N° 309-05-P/APS
Lima, 21 de setiembre de 2005
Señor Doctor
Iván Calderón Castillo
Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República
Ciudad

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a nombre de la Academia Peruana de Salud para expresarle nuestro cordial saludo y, conforme a lo solicitado en su Oficio N° 041-CSPFPD/CR-2005-2006, remitirle adjunto el estudio, análisis y opinión técnica aprobados en la fecha por nuestro Consejo

Los Académicos Titulares que suscriben, con relación al Proyecto de Ley N° 13385/2004-CR, elevan a consideración del Consejo Directivo de la Academia Peruana de Salud la opinión siguiente:

cos y medicamentos copia o similares dentro del territorio nacional», con la finalidad de solicitarle tenga a bien formular el estudio, análisis y opinión técnica del mismo.

En tal sentido y de conformidad con lo establecido por el Reglamento del Congreso de la República, esta Comisión deberá formular el dictamen correspondiente sobre la iniciativa legislativa antes mencionada, en el término de treinta días calendario; motivo por el cual resulta de suma importancia contar con la valiosa opinión de vuestra institución.

Agradezco anticipadamente por la atención que brinde a la presente; haciendo propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de mi especial estima y consideración.

Atentamente, Dr. Iván O. Calderón Castillo,
Presidente de la Comisión de Salud, Población Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República.

Directivo sobre el Proyecto de Ley N° 13385/2004-CR «Que incorpora la exigencia de pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad para la importación y comercialización de medicamentos genéricos y medicamentos copia o similares».

Es propicia la oportunidad para renovar a usted nuestra consideración más distinguida.

Atentamente, Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Presidente. Mg. Miriam Eslava Jimeno, Secretaria General.

cc. Congresista Hildebrando Tapia Samaniego.
Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud.
DIGEMID. Colegio Médico del Perú.

Sumilla: El Proyecto de Ley propone modificar el Artículo 50° de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, a fin de incorporar la exigencia de pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad para la

importación y comercialización de medicamentos genéricos y medicamentos copia o similares

Autor: Congresista Hildebrando Tapia Samaniego

Grupo Parlamentario: Unidad Nacional

Fecha de Presentación: 15 de julio de 2005

OPINIÓN DE LA ACADEMIA PERUANA DE SALUD

El Proyecto de Ley N° 13385/2004-CR propone modificar e/ artículo 50° de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, a fin de que para la obtención del Registro Sanitario de medicamentos, tratándose de medicamentos genéricos y medicamentos copia o similares, se exija la acreditación de las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad del producto; realizadas por cuenta y costo de la persona natural o jurídica solicitante.

También podrían registrarse los productos cuya formulación aún no se encuentre comprendida en las obras señaladas en el actual artículo 50°, y que estén autorizados en el país de origen. En este caso serán exigibles los requisitos establecidos en los literales a), c), d) y e) del mencionado artículo. En lo que respecta al protocolo de análisis referido en el literal b), éste deberá sustentarse en las metodologías aplicadas en el país de origen, que servirá de base para el posterior control de calidad. Se añade un glosario a la Ley.

La Exposición de Motivos considera que los medicamentos genéricos son una buena alternativa, siempre que tengan los controles y estudios que demuestren su calidad, eficacia y seguridad. De no ser exigidos éstos, podrían convertirse en daños para la salud, tal como lo viene denunciando la población. Por ello incorpora una nueva exigencia para la importación y comercialización en el país de medicamentos genéricos y medicamentos copia o similares: la acreditación de las correspondientes pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad.

OPINIÓN TÉCNICA

1. El Proyecto de Ley N° 13385/2004-CR sobre acreditación de las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad no debería referirse a la modificación del artículo 50° de la Ley General de Salud N° 26842, que trata exclusivamente de requisitos y exigencias para obtener Registro Sanitario de productos farmacéuticos. Si se aprobara en la

presente legislatura antes de la actualización y reforma de la Ley General de Salud, se sugiere un Artículo 50-A transitorio.

2. La Academia Peruana de Salud considera que debe prepararse y aprobarse un nuevo proyecto de Ley General de Salud con pocos artículos, que haga posible su mayor duración y vigencia, pues de lo contrario por obsolescencia muy pronto deviene inaplicable.

El Código Sanitario de 1969 perdió gran parte de su vigencia desde fines de los años setenta, pero fue recién sustituido en 1997 luego de 28 años.

La Ley General de Salud N° 26842 de 1997 - elaborada en un contexto autoritario neoliberal- dejó de tener valor real en el periodo democrático iniciado el 2001. Desde entonces, por ser incompatible con la modernidad requerida para modificar la deficiente situación de salud, contribuye al status quo.

En cambio, una Ley General de Salud con disposiciones básicas, permitirá al órgano rector mantenerla actualizada para ser permanentemente efectiva.

3. Las pruebas de biodisponibilidad y bioequivalencia son de gran importancia para garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos genéricos, copias o similares.

4. En razón de que el costo de estas pruebas será necesariamente asumido por la persona natural o jurídica solicitante -lo que finalmente incrementará los precios-, la implementación y aplicación efectiva de la ley para lograr la disponibilidad del medicamento intercambiable y la accesibilidad de la población, requerirá de:

- a) Factibilidad técnico-económica;
- b) Establecimiento en el Reglamento de los criterios para la intercambiabilidad de los productos farmacéuticos, así como de las normas y procedimientos para determinar la equivalencia terapéutica, los estudios in vivo, los perfiles de disolución y en qué medicamentos se exigirá las pruebas;
- c) Negociación conjunta de precios por las instituciones de salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, en función de compras de mayor volumen con economía de escala;

- d) Rectoría y regulación eficaz, con drásticas sanciones ante el incumplimiento de las normas;
- e) Mayor financiamiento a través del desarrollo del aseguramiento solidario en salud, para la accesibilidad efectiva de la población;
- f) Prioridad y decisión política.

5. Es indispensable que el TLC no agrave aún más la precaria situación del medicamento. Por tanto, no es aceptable que paralelamente se esté considerando incrementar la protección de las patentes. (Declaraciones en representación de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad en Gestión Médica, edición 426 del 29 de agosto).

Con referencia al glosario, a continuación se presentan sugerencias.

GLOSARIO

Medicamento genérico

Es la especialidad farmacéutica con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa que el medicamento de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad está suficientemente establecido por su continuo uso clínico, generalmente producido al expirar la patente y designado con la denominación común internacional (DCI).

Medicamento original o innovador

Medicamento que contiene un principio activo nuevo con el que se ha realizado investigación y desarrollo completo desde la síntesis química hasta la investigación clínica.

Licencias o «segundas marcas»

Se trata de los mismos productos que el medicamento innovador, que son comercializados por otras empresas farmacéuticas con autorización expresa del investigador.

Copias o productos similares

Son los medicamentos que pretenden ser iguales al producto original. En esta categoría se agrupan todos aquellos productos farmacéuticos que salen al mercado después del innovador. Se identifican con una marca de fantasía o bajo la denominación común internacional (DCI).

CONCLUSIONES

1. El Proyecto de Ley N° 13385/2004-CR puede resultar de gran importancia para la regulación, vigilancia y control de los medicamentos. Sin embargo, para lograr la disponibilidad del medicamento intercambiable en los servicios de salud y la accesibilidad de la población, es imprescindible el cumplimiento de diversos requisitos, la mayoría componentes de la reforma de salud que los Poderes del Estado y los gobiernos no deben seguir postergando.

2. Es indispensable que el TLC no agrave aún más la precaria situación del medicamento.

Biodisponibilidad

Cantidad y velocidad a la que el ingrediente activo es absorbido (hacia la circulación sistémica) a partir de un medicamento y llega, por lo tanto, a estar disponible en los sitios de acción.

Bioequivalencia

Dos productos farmacéuticos son equivalentes desde el punto de vista farmacéutico si su biodisponibilidad después de ser administrados en la misma dosis molar es semejante, por lo que cabe prever que sus efectos serán esencialmente los mismos.

Equivalencia Terapéutica

Dos medicamentos equivalentes farmacéuticos son equivalentes terapéuticos si después de ser administrados en la misma dosis molar, sus efectos respecto a eficacia y seguridad son los mismos, determinados según los estudios de bioequivalencia farmacodinámicos, químicos o *in vitro*.

Bioequivalencia Farmacéutica

Los productos son equivalentes farmacéuticos si contienen la misma cantidad de sustancia activa en la misma forma farmacéutica, si cumplen las mismas normas y se administran por la misma vía. Sin embargo, la equivalencia farmacéutica no implica necesariamente equivalencia terapéutica, ya que la diferencia de los excipientes o el proceso de fabricación pueden dar resultados diferentes que alteren el producto.

Producto de referencia

Es el producto farmacéutico en relación con el cual el nuevo producto pretende ser intercambiable. Normalmente, el producto de referencia es el innovador respecto al cual se ha establecido inocuidad y calidad. Se puede usar como referencia el producto que lidera el mercado siempre y cuando tenga autorización sanitaria para su comercialización y se haya demostrado su eficacia, seguridad y calidad.

Lima, 21 de Setiembre de 2005

II. INCORPORACIÓN COMO AFILIADOS REGULARES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES QUE REALIZAN LABORES DE CARGA Y DESCARGA DE PRODUCTOS AGRARIOS PARA COMERCIALIZACIÓN

PROYECTO DE LEY N° 13428/2005-CR

Oficio N° 228-05-P/APS

Lima, 17 de Agosto de 2005

Señor Doctor

Marcial Ayaipoma Alvarado

Presidente del Congreso de la República

Ciudad

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirnos a usted a nombre de la Academia Peruana de Salud, institución multipro-

Los Académicos Titulares que suscriben, con relación al Proyecto de Ley N° 13428/2005-CR, elevan a consideración del Consejo Directivo de la Academia Peruana de Salud la opinión siguiente:

Sumilla: El Proyecto de Ley propone incorporar como afiliados regulares del Seguro Social de Salud a los trabajadores independientes que realizan labores de carga y descarga de productos agrarios para su comercialización

Autor: Congresista Pedro Morales Mansilla
Grupo Parlamentario: Somos Perú-Acción Popular-Unión por el Perú

Fecha de Presentación: 27 de julio de 2005

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Mg. Ruth Seminario Rivas, Arq. Ricardo Shinsato Santos, Dr. Raúl Yauri Ponce, Mg. Miriam Eslava Jimeno, Lic. Aurora Gavancho Chávez, Dr. Guillermo Ayala Noriega, Dr. Gottardo Agüero Jurado, Dra. Nelly Gálvez de Llaque, Dr. Elías Sifuentes Valverde, Dra. Clarisa Ricci Yaurivilca, Dr. Rodolfo Sablich Palacios, Dr. Manuel Fernández Ibarguen, Dr. José Ormeño Roca, Dr. Eugenio Elizalde Elguera, Dr. Arturo Gárate Salazar y Dr. Adolfo Pinedo Reátegui.

fesional de salubristas del país, para saludarlo cordialmente y remitirle adjunta al presente la opinión aprobada en la fecha por nuestro Consejo Directivo sobre el Proyecto de Ley N° 13428/2005-CR, que propone incorporar como afiliados regulares del Seguro Social de Salud a los trabajadores independientes que realizan labores de carga y descarga de productos agrarios para su comercialización.

Es propicia la oportunidad para renovar a usted nuestra consideración más distinguida.

Atentamente, Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Presidente. Mg. Miriam Eslava Jimeno, Secretaria General.

cc. Comisión de Seguridad Social. Ministerio de Salud.

OPINIÓN DE LA ACADEMIA PERUANA DE SALUD

El Proyecto de Ley N° 13428/2005-CR propone incorporar a los trabajadores transportistas manuales y estibadores que realizan labores de carga y descarga de productos agrarios para su comercialización, como afiliados regulares del Seguro Social de Salud - ESSALUD, en el marco de lo dispuesto por los literales b) y c) del numeral 4.1, del Artículo 4 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.

Las prestaciones que este seguro otorgaría serían financiadas con la contribución mensual de

los trabajadores transportistas manuales y estibadores equivalente al 9% de la Remuneración Mínima Vital. El Reglamento establecería la forma y plazos en que sería efectuado el pago.

A fin de obtener información actualizada para la identificación e inscripción de los titulares y sus derechohabientes a quienes se refiere el Proyecto de Ley, se crearía el Registro de los trabajadores transportistas manuales y estibadores que realizan labores de carga y descarga de los productos agrarios para su comercialización.

OPINIÓN TÉCNICA

1. **Es una imperiosa necesidad nacional -a la que no se le ha prestado la atención debida- el aseguramiento en salud de todos los trabajadores informales y familiares, y de todos los peruanos que mayoritariamente carecen de aseguramiento efectivo (no efectista) en salud y, por tanto, de protección ante el riesgo financiero de la enfermedad. Lo señalado incluye a los trabajadores transportistas manuales y estibadores.**

2. Los procesos de desarrollo del Aseguramiento Universal Solidario en Salud así como de la Seguridad Social en Salud **son factibles si se procede racional y técnicamente**, tal como ocurre en muchos países. **Para lograrlo es indispensable efectuar estudios matemático actuariales confiables periódicos.**

3. Son numerosos los casos en que los Poderes del Estado y las asociaciones empresariales han actuado **improvisadamente, soslayando los estudios actuariales** y debilitando a la seguridad social en salud, como por ejemplo cuando:

3.1. El Poder Ejecutivo y el Congreso de la República crearon las EPS en 1997, sustrayendo a Essalud el 25% de los aportes de los asegurados. (Más aún, la Superintendencia de las EPS y las EPS solicitaron desde el 2001 incrementar dicho 25%).

3.2. Se propusieron y aprobaron diversas leyes de regímenes especiales para grupos de asegurados con aportes diminutos (como el 4% de la Remuneración Mínima Vital).

3.3. Distintas organizaciones empresariales exigieron muchas veces desde 1995 la reducción de los aportes para el seguro social de salud del 9 al 7%.

Esta improvisación NO PUEDE CONTINUAR, mucho menos en los Poderes del Estado, porque afecta gravemente al Seguro Social de Salud.

4. **La situación financiera tensa a la que ha llegado ESSALUD -confirmada por el estudio financiero-actuarial realizado por ESSALUD-OIT en mayo del presente año-, la cual se traduce en un bajo nivel efectivo de financiamiento que no se condice con la mayor demanda de servicios de salud de la población asegurada, es lógica consecuencia de tales improvisaciones.**

5. En un documento denominado «Bases para el Programa de Gobierno en Salud 2006-2011», que la Academia Peruana de Salud remitió en abril último a la Comisión de Seguridad Social, se hace referencia a la **urgente necesidad de afrontar distintos factores debido a los cuales en los últimos treinta años nuestro país no ha desarrollado en salud ni en seguridad social en salud**, lo que sí ha logrado un elevado número de naciones.

En este sentido, **uno de los principales retos que tiene el Perú es realizar un proceso integral de Aseguramiento Universal Solidario en Salud**, el cual por su complejidad, desarrollo gradual y la continuidad que requiere, **no es posible emprender al término de un periodo de gobierno**, por lo que corresponderá iniciarlo a una nueva gestión a partir de julio de 2006.

CONCLUSIONES

I. El Proyecto de Ley N° 13428/2005-CR debería ser diferido y formar parte del conjunto de propuestas y Proyectos de Ley a ser estudiados por los diferentes partidos y movimientos políticos para ser discutido por el Congreso de la República a partir del 28 de julio de 2006.

II. El autor del referido Proyecto de Ley debería precisar qué estudio actuarial confiable sustenta los gastos y costos de la iniciativa legislativa, a fin de evitar que se sigan generando sobrecargas que debiliten aún más a ESSALUD.

Lima, 17 de Agosto de 2005

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Mg. Ruth Seminario Rivas, Arq. Ricardo Shinsato Santos, Mg. Miriam Eslava Jimeno, Lic. Aurora Gavancho

Chávez, Dr. Guillermo Ayala Noriega, Dra. Lilia Huiza Espinoza, Dr. Elías Sifuentes Valverde, Dra. Clarisa Ricci Yaurivilca, Dra. Nelly Gálvez de Llaque, Dr. Eugenio Elizalde Elguera, Dr. Arturo

Gárate Salazar, Dr. José Ormeño Roca, Dr. Adolfo Pinedo Reátegui, Mg. Verónica Sánchez Rojas y Dra. Juana Cohaila Flores.

III. CREACIÓN DEL SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

PROYECTO DE LEY N° 13449/2005-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Oficio N° 027-CSPFPD/CR-2005-2006
Lima, 07 de setiembre de 2005
Señor Presidente de la
Academia Peruana de Salud
Presente

De mi especial consideración:

Previo cordial saludo, me dirijo a usted en mi condición de Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad para remitirle el Proyecto de Ley N° 13449/2005-CR «Que crea el seguro de responsabilidad civil

Oficio N° 325-05-P/APS
Lima, 19 de Octubre de 2005
Señor Doctor
Iván Calderón Castillo
Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República
Ciudad

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirnos a usted a nombre de la Academia Peruana de Salud para expresarle nuestro cordial saludo y, conforme a lo solicitado en su Oficio N° 027-CSPFPD/CR-2005-2006, remitirle adjunto el estudio, análisis y opinión técnica aprobados en la

Los Académicos Titulares que suscriben, con relación al Proyecto de Ley N° 13449/2005-CR, elevan a consideración del Consejo Directivo de la Academia Peruana de Salud la opinión siguiente:

Sumilla: El Proyecto de Ley propone incorporar como inciso j) del artículo 15° de la Ley N° 26842,

médica», con la finalidad de solicitarle tenga a bien formular el estudio, análisis y opinión técnica del mismo.

En tal sentido y de conformidad con lo establecido por el Reglamento del Congreso de la República, esta Comisión deberá formular el dictamen correspondiente sobre la iniciativa legislativa antes mencionada, en el término de treinta días calendario; motivo por el cual resulta de suma importancia contar con la valiosa opinión de vuestra Institución.

Agradezco anticipadamente por la atención que brinde a la presente; haciendo propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de mi especial estima y consideración.

Atentamente, Dr. Iván O. Calderón Castillo, Presidente de la Comisión de Salud, Población Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República.

fecha por nuestro Consejo Directivo sobre el Proyecto de Ley N° 13449/2005-CR que propone incorporar como inciso j) del artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la creación del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Médica.

Hacemos propicia la oportunidad para renovar a usted nuestra consideración más distinguida.

Atentamente, Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Presidente. Mg. Miriam Eslava Jimeno, Secretaria General.

cc. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Colegio Médico del Perú.

Ley General de Salud, la creación del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Médica

Autor: Congresistas Natale Amprimo Pla, Jorge Mera Ramírez y Cecilia Tait Villacorta

Grupo Parlamentario: Alianza Nacional

Fecha de Presentación: 08 de Agosto de 2005

OPINIÓN DE LA ACADEMIA PERUANA DE SALUD

El Proyecto de Ley N° 13449/2005-CR en su artículo 1° propone modificar el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, incorporando el inciso j), con el texto siguiente:

«Artículo 15°.- Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a:

j) Recibir una indemnización por el daño causado, en los casos de error, negligencia, impericia u omisión, que causen lesiones, invalidez temporal o permanente, o muerte. A tal efecto, quienes desempeñan actividades profesionales propias de la medicina deberán contar con un seguro obligatorio por responsabilidad en el ejercicio profesional, de acuerdo a las condiciones que se establezcan por Decreto Supremo».

La iniciativa legislativa busca garantizar el derecho del paciente a obtener una indemnización del profesional de la salud que en el ejercicio de su profesión pudiera haberle causado daños por error, negligencia, impericia u omisión. Por ello considera imprescindible establecer la obligación para los profesionales de la salud de contar con un seguro de riesgo médico.

En el análisis costo beneficio se afirma que la aprobación de la iniciativa no generaría egresos ni gastos al Erario Nacional; y que el beneficio es muy relevante para la sociedad en su conjunto, pues cubriría a las personas que acuden al tratamiento médico de los riesgos que las afectan y se garantizaría el debido respaldo económico al médico asegurado para resarcir los daños corporales.

Como sustento del Proyecto se invoca las normas siguientes:

A. Constitución Política del Perú

Artículo 1°.- La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

Artículo 2°, inciso 1: Reconoce el derecho de toda persona a la integridad psíquica y física.

Artículo 7°.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la

comunidad; así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

B. Ley N° 26842, Ley General de Salud

Título Preliminar, literal I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Literal II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad el Estado regularla, vigilarla y promoverla.

OPINIÓN TÉCNICA

1. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad, vinculados al derecho de toda persona a la protección de su salud, a la integridad psíquica y física, y a la salud como condición indispensable del desarrollo humano y el bienestar individual y colectivo, son componentes sociales, éticos y legales esenciales de los derechos humanos, **que todos debemos apoyar.**

Sin embargo, llama profundamente la atención que se invoque estos fundamentos únicamente para promover un **seguro obligatorio de responsabilidad civil médica** a fin de reparar posibles daños, y **no para sustentar un seguro obligatorio de protección integral de la salud de la persona humana.**

Proteger de manera integral la salud de la persona humana **garantiza el respeto a sus derechos**, tarea mayor que trasciende en importancia al seguro obligatorio de responsabilidad civil médica en el contexto y forma en que se plantea.

2. En ambos seguros **el financiamiento es un tema crucial, que en un país con grandes inequidades y extendida pobreza y pobreza extrema**, necesariamente deberá ser mixto, con regímenes contributivo y subsidiado, este último como responsabilidad del Estado.

3. **La inequidad se expresa en los servicios de salud** por enormes diferencias en infraestructura, equipamiento e insumos, lo que tiene relación directa con los daños que puedan ser causados al usuario, mucho más en los lugares de menor desarrollo. Por ello -salvo que arbitrariamente se pretenda a priori liberar de responsabilidad a los servicios de salud públicos- **resulta absurdo e inadmisibles que se afirme que la aprobación de la iniciativa no generaría egresos ni gastos al erario nacional.**

4. Un **aspecto adicional** a tener en cuenta es el seguro de responsabilidad civil médica **obligaría al médico a solicitar procedimientos diagnósticos adicionales y opiniones de otros profesionales**, con lo que el **gasto público y privado de la atención de salud se incrementaría aún más**.

5. **La inequidad existe también en el campo profesional de la salud**, donde muy pocos tienen adecuadas condiciones laborales y buena capacidad adquisitiva, y muchos muy deficientes, con un elevado porcentaje en situación de subempleo y desempleo, e ingreso bajísimo. Estos profesionales, de ser obligados a pagar el seguro de responsabilidad civil médica para poder ejercer, **quedarían excluidos de dicho ejercicio**. En tales condiciones, imponer un gasto obligatorio **propendería a gestar un grave conflicto laboral**, que el Congreso de la República debe prevenir.

6. El Proyecto de Ley N° 13449/2005-CR introduciría en el contexto de la Ley General de Salud: a) Una negación a priori de la vocación fundamental de las profesiones de la salud, que es **proteger la salud** de las personas; y b) Un elemento generador de potencial desconfianza mutua entre usuarios y prestadores, que aleja a ambos del bienestar.

La iniciativa legislativa presupone una relación de enfrentamiento entre usuarios y prestadores de los servicios de salud y **obvia las alternativas de prevención de conflictos y de mejoramiento de la calidad de la atención**, que pueden lograrse a través de un eficiente **Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias** para los servicios de salud a nivel nacional.

7. De otro lado, la experiencia en otros países demuestra que los seguros privados de responsabilidad civil médica -no exentos de propensión al lucro- pronto se convierten en **motivo de incesante encarecimiento de primas** y, asimismo, en **desincentivadores de actos médicos urgentes y oportunos, pero complejos**, en perjuicio de numerosos usuarios.

Adicionalmente, estos seguros no garantizan el derecho del usuario a obtener una indemnización por daños causados por error, negligencia, impericia u omisión, pues es conocido que el pago

de los mismos **implica frecuentemente inadvertidos procesos contractuales y legales**.

8. **Mucha mayor prioridad** que el seguro obligatorio de responsabilidad civil médica **tiene el aseguramiento universal solidario en salud**, que la Academia Peruana de Salud ha propuesto conjuntamente con otros tres grandes retos de la reforma de salud: sistema nacional de salud descentralizado y eficiente, transformación y desarrollo del primer nivel de atención, y acceso universal a medicamentos esenciales genéricos de calidad.

Se adjunta la propuesta **«Bases para el Programa de Gobierno 2006-2011»**, que aborda estos indispensables cambios y que el Perú puede concretar en el próximo periodo de gobierno para la defensa efectiva de la persona humana y garantizar su derecho a la protección de la salud.

Cabe señalar, finalmente, que el aseguramiento universal solidario en salud podría desarrollarse mejor orientando los esfuerzos nacionales a la construcción de un **Estado de Derecho real**, que no se circunscriba a la interminable búsqueda de aparentes soluciones o iniciativas de emergencia.

CONCLUSIONES

I. La defensa de la persona humana y su vinculación al derecho de toda persona a la protección de su salud, son componentes sociales, éticos y legales esenciales de los derechos humanos, que todos debemos apoyar. Estos fundamentos - más que invocarse parcialmente para promover un seguro obligatorio de responsabilidad civil médica- deben serlo para sustentar un seguro obligatorio de protección integral de la salud, que es uno de los grandes retos de la necesaria reforma de salud.

II. En ambos seguros el financiamiento es un tema crucial, que en un país con grandes inequidades y extendida pobreza y pobreza extrema, debe ser mixto. La inequidad se expresa en los servicios de salud por enormes diferencias en infraestructura, equipamiento e insumos, lo que tiene relación directa con los daños que puedan ser causados al usuario, mucho más en los lugares de menor desarrollo. Por ello, resulta absurdo e inadmisibles que se afirme que la aprobación de la iniciativa no generaría egresos ni gastos al erario nacional.

Hay también inequidad en el campo profesional de la salud, donde muy pocos tienen adecuadas condiciones laborales y buena capacidad adquisitiva, y muchos muy deficientes, con un elevado porcentaje en situación de subempleo y desempleo, e ingreso bajísimo. En tales condiciones, obligar a pagar el seguro de responsabilidad civil para poder ejercer, excluiría a estos profesionales de dicho ejercicio y propendería a gestar un grave conflicto que el Congreso de la República debe prevenir.

III. La experiencia en otros países demuestra que los seguros privados de responsabilidad civil médica -no exentos de propensión al lucro- se convierten en motivo de encarecimiento de primas y, asimismo, en desincentivadores de actos médicos urgentes y oportunos pero complejos, en perjuicio de numerosos usuarios. Adicionalmente, estos seguros no garantizan el derecho del usuario a obtener una indemnización por daños, pues es conocido que el pago de los mismos implica

IV. AL VI. SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD COMUNITARIA - SERMEC

PROYECTO DE LEY N° 13458/2005-CR

OPINIÓN COORDINADA CON LOS PROYECTOS DE LEY N° 11075/2004-CR Y 12200/2004-CR

Oficio N° 248-05-P/APS

Lima, 31 de Agosto de 2005

Señor Doctor

Marcial Ayaipoma Alvarado

Presidente del Congreso de la República

Ciudad

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirnos a usted a nombre de la Academia Peruana de Salud, institución multipro-

Los Académicos Titulares que suscriben, con referencia al Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR y su interrelación con los Proyectos de Ley N° 11075/2004-CR y N° 12200/2004-CR, elevan a consideración del Consejo Directivo de la Academia Peruana de Salud la opinión siguiente:

Sumilla: Propone la «Ley del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria».

frecuentemente inadvertidos procesos contractuales y legales.

IV. Por los motivos expuestos, el Proyecto de Ley N° 13449/2005-CR debería ser diferido y formar parte del conjunto de propuestas y Proyectos de Ley a ser estudiados por los diferentes partidos y movimientos políticos para ser discutido por el Congreso de la República a partir del 28 de julio de 2006.

Lima, 19 de Octubre de 2005

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Arq. Ricardo Shinsato Santos, Dr. Raúl Yauri Ponce, Mg. Miriam Eslava Jimeno, Lic. Aurora Gavancho Chávez, Dr. Guillermo Ayala Noriega, Dr. José Ormeño Roca, Dra. Nelly Gálvez de Llaque, Dr. Rodolfo Sablich Palacios, Dr. Manuel Fernández Ibarquén, Dr. Pedro Pablo Cordero Bravo, Dr. Adolfo Pinedo Reátegui, Dra. Clarisa Ricci Yaurivilca, Dra. Juana Cohaila Flores y Mg. Verónica Sánchez Rojas

fesional de salubristas del país, para saludarlo cordialmente y remitirle adjunta al presente la opinión aprobada en la fecha por nuestro Consejo Directivo sobre el Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR, que propone la «Ley del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria».

Es propicia la oportunidad para renovar a usted nuestra consideración más distinguida.

Atentamente, Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Presidente. Mg. Miriam Eslava Jimeno, Secretaria General.

cc. Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud.

Autor: Congresista Dora Núñez Dávila
Grupo Parlamentario: Unión Parlamentaria Descen-
tralista
Fecha de Presentación: 09 de Agosto de 2005

OPINIÓN DE LA ACADEMIA PERUANA DE SALUD

El Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR «Ley del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria» (SERMEC)

tiene la finalidad de desarrollar y fortalecer el **Primer Nivel de Atención con la estrategia de Atención Primaria de Salud y con recursos humanos de salud profesionales y técnicos calificados**, a fin de contribuir a garantizar el acceso al cuidado integral de salud de toda la población y mejorar la calidad de vida de las personas.

El SERMEC es una estrategia del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y un servicio para el desarrollo y fortalecimiento del primer nivel de atención. Sus principios rectores son la solidaridad, equidad, universalidad, integridad del cuidado de la salud y la participación. Tiene como objetivos desarrollar y fortalecer la organización, prestación, gestión y financiamiento de los servicios de salud del primer nivel, mejorando su capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrarreferencia; y contribuir al proceso de descentralización a través de la prestación de servicios efectivos y de calidad, fomentando la participación ciudadana, la intersectorialidad, la interculturalidad y el desarrollo local. Asimismo, promover el cambio en la formación y capacitación de los recursos humanos profesionales y técnicos para resolver los problemas más frecuentes. Y contribuir al reordenamiento del gasto en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, por ser de menor costo la atención de menor y mediana complejidad del primer nivel.

Entre sus características destacan que el **SERMEC no sería obligatorio para los profesionales y técnicos, y el ingreso se realizaría a través de concurso abierto**. Los equipos regionales de salud serían conformados con aprobación de la Dirección Regional de Salud a propuesta del Consejo Regional o Provincial de Salud y de acuerdo al presupuesto y a la normatividad vigente. **La creación del SERMEC favorecería la atracción y permanencia de profesionales generales bien preparados, especialmente en las zonas de menor desarrollo**, priorizando la Especialidad de Medicina General Integral y su formación mediante evaluación de competencias. De esta manera, para un mejor servicio de calidad, se tendrán allí donde más se necesita los recursos humanos calificados.

Con esta moderna concepción, **el Proyecto de Ley sustituiría y derogaría la Ley N° 23330 «Ley de**

Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud» (SERUMS) y su reglamento. Los profesionales de salud que a la fecha de vigencia de la Ley estuvieran cumpliendo el SERUMS, se regirían hasta su culminación por las mencionadas normas. Y a los profesionales de salud que hubieran cumplido con la prestación del SERUMS, se les seguiría asignando la bonificación establecida en el D.S. N° 005-90-SA, Reglamento de la Ley N° 23330, para ingresar a los programas de segunda especialización, por un periodo adicional.

El Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR no generaría significativos gastos adicionales al tesoro público pues **se sustenta en una reorientación y racionalización del gasto de salud y en una mejor calidad del mismo**. Implicaría la **concertación de las diferentes fuentes de financiamiento, la transferencia de esas fuentes a las Regiones** con los procedimientos que acompañan el proceso de **descentralización** en salud y la adecuada **distribución presupuestal con criterios de equidad y solidaridad**, y con **estrategias de priorización y focalización**. En cuanto a sus **beneficios**, el SERMEC mejoraría significativamente la eficiencia del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

OPINIÓN TÉCNICA

1. La **severa escasez de recursos humanos profesionales y técnicos calificados en el Primer Nivel de Atención** y la consecuente **ineficiencia y desorganización del sistema de salud y de la referencia y contrarreferencia**, son **problemas mayores determinantes de una muy pobre capacidad resolutive**, con alta mortalidad materna, elevada incidencia de enfermedades prevenibles y exclusión o marginación de varios millones de peruanos.

Estos factores fueron decisivos para que en la evaluación realizada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, el Perú ocupara en capacidad de respuesta de los sistemas de salud el lugar 172 entre 191 países. Y podrían seguir siéndolo en los próximos años, impidiendo al país alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud.

2. Para afrontar con éxito esta crítica situación, lo fundamental del **PROYECTO DE LEY N° 13458/2005-CR** es que el Servicio de Medicina y Salud

Comunitaria (SERMEC) **desarrollaría y fortalecería de manera integral el Primer Nivel de Atención como estrategia del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud**, orientada a garantizar el acceso al cuidado integral de salud de toda la población **con recursos humanos de salud profesionales y técnicos calificados**.

Lo señalado implica que **los cambios y acciones a emprender en el Primer Nivel fortalecerían simultánea e integralmente diversas áreas**, como por ejemplo:

- a) La organización descentralizada del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, de sus niveles y redes de atención, y de la referencia y contrarreferencia, con rectoría técnica moderna de las Direcciones Regionales y Sub Regionales de Salud.
- b) La articulación efectiva de los Consejos Regionales, Provinciales y Distritales de Salud.
- c) El desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- d) La administración y cogestión de los servicios primarios de salud.
- e) El mejoramiento gradual de la infraestructura y el equipamiento.
- f) La formación y capacitación de recursos humanos de salud calificados, con prioridad de profesionales y técnicos generalistas.

El SERMEC **sustituiría con múltiples y modernos beneficios al Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) creado por Ley N° 23330**, el cual en los últimos años ha quedado progresivamente desfasado al no poder afrontar las crecientes necesidades de salud, pero también debido al estancamiento de plazas por razones financieras. De otro lado, el explosivo incremento de profesionales graduados ha desnaturalizado el SERUMS, determinando que se sobrecargue la **modalidad denominada «equivalente» en las grandes ciudades y zonas no alejadas**, que es de **medio tiempo no remunerado** y viola disposiciones legales laborales.

3. Habiendo la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad programado la discusión de los **PROYECTOS DE LEY N° 11075/**

2004-CR Y 12200/2004-CR, que **-CON DICTAMEN APROBATORIO-** proponen establecer una Política de Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención - CLAS; y teniendo en consideración que **estos Proyectos de Ley están estrechamente vinculados con el Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR** que asimismo propone cambios en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Ley N° 27813), es indispensable referirse a los mismos. (Anteriormente, en enero del presente año, la Academia Peruana de Salud emitió opinión sobre el Proyecto de Ley N° 12200/2004-CR, que fue remitida al Presidente del Congreso de la República con copia a la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad mediante Oficio N° 001-05-P/APS de 19.01.2005).

El **abordaje integral** descrito en el Punto 2 precedente -que incluye la formación y capacitación de recursos humanos calificados- **no es tomado en cuenta en los Proyectos de Ley N° 11075/2004-CR y 12200/2004-CR sobre las asociaciones CLAS**. Más aún, **en la forma en que han sido presentados, se limitarían casi exclusivamente a la cogestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, dejando de lado aspectos esenciales de este nivel y propendiendo a un desarrollo incompleto de los sistemas regionales y locales de salud, con deficiencias de coordinación e interferencia en el desarrollo del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y sus redes** (Oficio N° 001-05-P/APS de 19.01.2005 antes mencionado).

CONCLUSIONES

I. El Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR **representa una respuesta integral y moderna a las severas deficiencias del Primer Nivel de Atención de Salud en el Perú**, permitirá avanzar en el desarrollo de la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y está llamado a constituirse en uno de los elementos esenciales de la reforma de salud que urge al país, la cual requerirá entre cuatro y cinco años para desarrollarse y consolidarse.

II. Los Proyectos de Ley N° 11075/2004-CR y 12200/2004-CR que proponen establecer una Política de Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención - CLAS:

A. No contienen una solución integral para el primer nivel de atención, y su objeto es dar fuerza de ley a lo que ya existe hace 11 años (creado en 1994 con base en la Constitución de 1993).

B. No favorecen el desarrollo eficiente del sistema nacional de salud, contrariamente a lo que viene promoviendo desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud y hoy priorizan la mayoría de países.

Sin recursos humanos de salud capacitados y calificados, sin organización descentralizada eficiente de los sistemas regionales y locales de salud y de sus niveles coordinados y redes de atención, y sin rectoría técnica moderna de las Direcciones Regionales y Sub Regionales de Salud (**función esencial** en un sistema de salud eficiente), **no será posible el desarrollo del Primer Nivel de Atención ni de la referencia y contrarreferencia.**

III. Habiéndose programado aisladamente la discusión de los Proyectos de Ley N° 11075/2004-CR y 12200/2004-CR, referidos igual que el Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR al Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Ley N° 27813), y con el objeto de contribuir a lograr un verdadero avance en salud en el país, la Academia Peruana de Salud plantea la **PROPUESTA INTEGRAL** siguiente:

El **Proyecto de Ley N° 13458/2005-CR** del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria (SERMEC) y los **Proyectos de Ley N° 11075/2004-CR y 12200/2004-CR** de Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención de Salud (Asociaciones CLAS) **PODRÍAN COINCIDIR EN DIVERSOS ASPECTOS DE FONDO**, como por ejemplo: Derecho a la salud, mayor eficiencia del sistema de salud, prioridad y organización del primer nivel y de las referencias y contrarreferencias con recursos humanos calificados, descentralización, participación, cogestión, equidad, estrategia de Atención Primaria de Salud y mejor calidad del gasto en salud.

En consecuencia, **ES POSIBLE Y FACTIBLE CONCERTAR, PERFECCIONAR, COMPLEMENTAR Y FUSIONAR EN UN SOLO PROYECTO DE LEY LOS TRES PROYECTOS**, con las **DOS (02) PREMISAS** siguientes:

A. Desarrollo y respeto pleno de la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) orientado al fortalecimiento integral y equitativo del Primer Nivel de Atención en todos los sistemas regionales y locales de salud:

A.1. Transformación y desarrollo del Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud **con la estrategia del SERMEC** y el objetivo de garantizar el acceso al cuidado integral de salud de toda la población con recursos humanos de salud profesionales y técnicos calificados.

A.2. Desarrollo de la **cogestión en los establecimientos de salud** del Primer Nivel de Atención en el marco establecido por la Ley N° 27813.

B. Precisión, coordinación y normalización de ámbitos en el SNCDS:

B.1. Los **Consejos Nacional, Regional, Provincial y Distrital de Salud** del SNCDS ejercen sus funciones en sus respectivos **sistemas nacional, regional y local de salud** conforme a lo que establecen la Ley N° 27813 y su Reglamento.

B.2. El **SERMEC**, su estrategia, objetivos y características corresponden al **Primer Nivel de Atención del SNCDS**, y serían normados por la Ley N° 27813 y su Reglamento, y la nueva Ley y su Reglamento.

B.3. Los **CLAS** pertenecen a los **establecimientos del Primer Nivel de Atención del SNCDS** y se regirían por la Ley N° 27813 y su Reglamento, la nueva Ley y su Reglamento, y la normatividad específica.

IV. El Perú requiere de la **unión de esfuerzos** para mejorar integralmente la capacidad resolutive de su sistema de salud y en especial del Primer Nivel de Atención y de la referencia y contrarreferencia, **a fin de reducir drásticamente la alta mortalidad materna, la exclusión, la marginación y la inequidad en salud.**

Esta valiosa oportunidad para impulsar decididamente el desarrollo social y de salud en nuestro país, no debe perderse ni debilitarse en democracia.

Lima, 31 de Agosto de 2005

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Mg. Ruth Seminario Rivas, Arq. Ricardo Shinsato Santos, Mg. Miriam Eslava Jimeno, Lic. Aurora Gavancho Chávez, Dr. Guillermo Ayala Noriega, Dra. Juana

Coahila Flores, Dr. Eugenio Elizalde Elguera, Dr. Manuel Fernández Ibarguen, Dra. Nelly Gálvez de Llaque, Dra. Lilia Huiza Espinoza, Dr. José Ormeño Roca, Dr. Adolfo Pinedo Reátegui y Dr. Elías Sifuentes Valverde

VII. EXCEPCIÓN DE RESERVA DE TODA INFORMACIÓN RELATIVA AL ACTO MÉDICO CUANDO SEA REQUERIDA POR EL MINISTERIO PÚBLICO

PROYECTO DE LEY N° 13473/2005-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Oficio N° 028-CSPFPD/CR-2005-2006
Lima, 07 de setiembre de 2005
Señor Presidente de la
Academia Peruana de Salud
Presente

De mi especial consideración:

Previo cordial saludo, me dirijo a usted en mi condición de Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad para remitirle el Proyecto de Ley N° 13473/2005-CR «Que modifica el artículo 25° de la Ley N° 26842, Ley

General de Salud», con la finalidad de solicitarle tenga a bien formular el estudio, análisis y opinión técnica del mismo.

En tal sentido y de conformidad con lo establecido por el Reglamento del Congreso de la República, esta Comisión deberá formular el dictamen correspondiente sobre la iniciativa legislativa antes mencionada, en el término de treinta días calendario; motivo por el cual resulta de suma importancia contar con la valiosa opinión de vuestra institución.

Agradezco anticipadamente por la atención que brinde a la presente; haciendo propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de mi especial estima y consideración.

Atentamente, Dr. Iván O. Calderón Castillo, Presidente de la Comisión de Salud, Población Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República.

Oficio N° 343-05-P/APS
Lima, 16 de Noviembre de 2005
Señor Doctor
Iván Calderón Castillo
Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República
Ciudad

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirnos a usted a nombre de la Academia Peruana de Salud para expresarle nuestro cordial saludo y, conforme a lo solicitado en su Oficio N° 028-CSPFPD/CR-2005-2006, remitirle adjunto el estudio, análisis y opinión técnica aprobados en la fecha por nuestro Consejo Directivo sobre el Proyecto

de Ley N° 13473/2005-CR que propone modificar el artículo 25°, inciso b) de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, a fin de exceptuar al requerimiento del Ministerio Público de la reserva de la información relativa al acto médico, en la misma forma que en la actualidad dispone dicha Ley para la autoridad judicial competente.

Hacemos propicia la oportunidad para renovar a usted nuestra consideración más distinguida.

Atentamente, Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Presidente. Mg. Miriam Eslava Jimeno, Secretaria General.

cc. Ministerio de Salud. Colegio Médico del Perú.

Los Académicos Titulares que suscriben, con relación al Proyecto de Ley N° 13473/2005-CR, elevan a consideración del Consejo Directivo de la

Academia Peruana de Salud la opinión siguiente:

Sumilla: El Proyecto de Ley propone modificar el artículo 25° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud,

referente a la excepción de reserva de toda información relativa al acto médico cuando sea requerida por el Ministerio Público.

Autor: Congresista Wilmer Rengifo Ruiz

Grupo Parlamentario: Perú Posible

Fecha de Presentación: 10 de Agosto de 2005

OPINIÓN DE LA ACADEMIA PERUANA DE SALUD

El Proyecto de Ley N° 13473/2005-CR propone modificar el artículo 25°, inciso b) de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, a fin de exceptuar al requerimiento del Ministerio Público de la reserva de la información relativa al acto médico, en la misma forma que en la actualidad dispone dicha Ley para la autoridad judicial competente. Se considera que el Fiscal debe de recopilar y adjuntar en la etapa de investigación preliminar una serie de fuentes de prueba contenidas en la historia clínica, a efectos de esclarecer el caso materia de investigación.

OPINIÓN TÉCNICA

Exceptuar de la reserva de información relativa al acto médico al requerimiento del Ministerio

VIII. VIH Y SIDA

PROYECTO DE LEY N° 13494/2005-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Oficio N° 035-CSPFPD/CR-2005-2006

Lima, 07 de setiembre de 2005

Señor Presidente de la

Academia Peruana de Salud

Presente

De mi especial consideración:

Previo cordial saludo, me dirijo a usted en mi condición de Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad para remitirle el Proyecto de Ley N° 13494/2005-CR «Que amplía y modifica las Leyes N° 22626 y 28243 sobre el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual», con la

Oficio N° 358-05-P/APS

Lima, 07 de Diciembre de 2005

Señor Doctor

Iván Calderón Castillo

Público, en la misma forma que en la actualidad dispone la Ley General de Salud N° 26842 para la autoridad judicial competente, va a permitir al Ministerio Público ante un hecho denunciado, tener mejores elementos para investigar la posible existencia o no existencia de prueba de una supuesta comisión de delito y determinar, en su caso, el correspondiente archivamiento, evitando innecesarios procesos judiciales.

CONCLUSIÓN

Por los motivos señalados, se emite opinión favorable a la aprobación del Proyecto de Ley N° 13473/2005-CR.

Lima, 16 de Noviembre de 2005

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Mg. Ruth Seminario Rivas, Dr. Raúl Yauri Ponce, Mg. Miriam Eslava Jimeno, Lic. Aurora Gavancho Chávez, Dr. Pedro Pablo Cordero Bravo, Dr. Guillermo Ayala Noriega, Dr. Rodolfo Sablich Palacios, Dra. Nelly Gálvez de Llaque, Dra. Clarisa Ricci Yaurivilca, Dr. José Ormeño Roca y Dr. Manuel Fernández Ibarguen

finalidad de solicitarle tenga a bien formular el estudio, análisis y opinión técnica del mismo.

En tal sentido y de conformidad con lo establecido por el Reglamento del Congreso de la República, esta Comisión deberá formular el dictamen correspondiente sobre la iniciativa legislativa antes mencionada, en el término de treinta días calendario; motivo por el cual resulta de suma importancia contar con la valiosa opinión de vuestra institución.

Agradezco anticipadamente por la atención que brinde a la presente; haciendo propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de mi especial estima y consideración.

Atentamente, Dr. Iván O. Calderón Castillo, Presidente de la Comisión de Salud, Población Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República.

Presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República.

Ciudad

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirnos a usted a nombre de la Academia Peruana de Salud para expresarle nuestro cordial saludo y, conforme a lo solicitado en su Oficio N° 035-CSPFPD/CR-2005-2006, remitirle adjunto el estudio, análisis y opinión técnica aprobados en la fecha por nuestro Consejo Directivo sobre el Proyecto de Ley N° 13494/2005-CR que propone ampliar y modificar las Leyes N° 26626 y 28243, sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de

Los Académicos Titulares que suscriben, con relación al Proyecto de Ley N° 13494/2005-CR, elevan a consideración del Consejo Directivo de la Academia Peruana de Salud la opinión siguiente:

Sumilla: Propone ampliar y modificar las Leyes N° 26626 y 28243 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual, con la finalidad de crear mecanismos de protección, defensa y promoción de los derechos de personas infectadas.

Autor: Congresista José Luis Risco Montalván
Grupo Parlamentario: Unión Parlamentaria Descendralista

Fecha de Presentación: 16 de Agosto de 2005

OPINIÓN DE LA ACADEMIA PERUANA DE SALUD

El Proyecto de Ley N° 13494/2005-CR tiene por objeto la ampliación del marco jurídico: a) De los derechos y deberes de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), con la finalidad de crear mecanismos de protección, defensa y promoción de sus derechos; y b) Sobre prevención e investigación del VIH/SIDA.

OPINIÓN TÉCNICA

El Proyecto de Ley -que propone ampliar y modificar las Leyes N° 26626 y 28243 sobre VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual- contiene diversas propuestas controvertidas, algunas de las cuales se menciona a continuación:

1. Respeto de los Derechos Constitucionales

Dice: Artículo 4°.- «Las acciones relacionadas con

Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual, con la finalidad de crear mecanismos de protección, defensa y promoción de los derechos de personas infectadas.

Hacemos propicia la oportunidad para renovar a usted nuestra consideración más distinguida.

Atentamente, Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Presidente. Mg. Miriam Eslava Jimeno, Secretaria General.

cc. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Colegio Médico del Perú.

la promoción de la salud, la prevención y la atención del VIH y el SIDA garantizarán el respeto de los derechos fundamentales y constitucionales de las PVVS.»

Opinión: Es evidente que no solamente se debe garantizar los derechos de las PVVS, sino de todas las personas.

2. Pruebas obligatorias de detección del VIH: prematrimoniales, prenatales y en los regímenes de custodia estatal

Dice: Artículo 14°.- «Quedan prohibidas las pruebas pre-matrimoniales obligatorias o las pruebas prenatales obligatorias de detección de la portación del VIH/SIDA.....»

Dice: PRIMERA DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA Y FINAL.- «Artículo 4°.- Modifícase el artículo 2° de la ley N° 28243 con el siguiente texto:

De las pruebas de diagnóstico de VIH y SIDA

Las pruebas para diagnosticar el VIH y SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería obligatoria. Se consideran casos de excepción a la voluntariedad:

a) El de los donantes de sangre y órganos. b) Los demás casos establecidos por leyes específicas.» (El Proyecto de Ley eliminaría la obligatoriedad en gestantes.)

Dice: Artículo 34°.- «Todas las personas que se encuentren en regímenes de Custodia Estatal tienen el derecho de recibir la misma atención integral en salud que el resto de la comunidad, así como las medidas preventivas.

Quedan prohibidas las pruebas masivas y obligatorias sobre el VIH. La prueba voluntaria del VIH deberá

estar disponible y acompañarse de una adecuada consejería antes de la prueba y después de ella.

Quedan prohibidas también las pruebas obligatorias acerca de cualesquiera aspectos de la salud sexual y reproductiva.»

Opinión: No debe eliminarse la obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH prematrimoniales ni prenatales porque ellas garantizan los Derechos Constitucionales de la pareja sana y del niño por nacer, y asimismo permiten adoptar medidas de protección, como por ejemplo la decisión de realizar cesárea y la sustitución de la lactancia materna para proteger al niño, y el tratamiento antirretroviral en beneficio del niño y de la propia gestante. La garantía de los Derechos Constitucionales de todos y las medidas de protección deben darse igualmente en los casos de los regímenes de custodia estatal.

De otro lado, no puede soslayarse que la epidemia sigue avanzando en el Perú y que actualmente hay alrededor de 76 mil personas viviendo con VIH/SIDA, por lo que resulta indispensable reforzar la detección del agente causal conforme a los principios y conceptos epidemiológicos.

3. Seguridad Social en Salud

Dice: Artículo 15º.- «Toda PVVS tiene derecho al acceso a la seguridad social en salud,.....»

Opinión: No solamente las PVVS tienen derecho al acceso a la seguridad social en salud, sino todas las personas. Al respecto, es lamentable que el aseguramiento universal solidario en salud no haya sido abordado ni aprobado en el periodo de gobierno 2001-2006 por el Congreso de la República, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

4. Atención Integral de Salud y Prestación Previsional

La PRIMERA DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA Y FINAL en su Artículo 5º, incisos 2 y 3 establecería el derecho de las PVVS a recibir atención integral de salud continua y permanente por parte del Estado, a través de todos los establecimientos de salud; y a la prestación previsional que el caso requiera.

Opinión: No solamente las PVVS tienen derecho al acceso a la atención integral de salud y a la prestación previsional, sino todas las personas. Al respecto, es lamentable que la reforma de salud no haya sido abordada ni aprobada en el periodo de gobierno 2001-2006 por el Congreso de la República, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

5. CONAMUSA

La PRIMERA DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA Y FINAL en sus Artículos 1º, 2º, 3º y 6º otorga nivel de ley a CONAMUSA (constituida por Decreto Supremo de 2004) con objetivos y funciones de coordinación, promoción y desarrollo de diversas acciones e intervenciones -inclusive de cooperación externa- en los temas de VIH/SIDA, ITS y TBC, así como con prioridad presupuestal en las partidas ministeriales en relación con el VIH/SIDA. A ello se agrega la facultad de coordinación de políticas públicas en los Artículos 31º y 32º del Proyecto de Ley.

Opinión: Estas disposiciones afectarían por duplicación y paralelismo la rectoría del Ministerio de Salud y de las Regiones en Salud.

CONCLUSIONES

I. El Proyecto de Ley N° 13494/2005-CR debería ser diferido y formar parte del conjunto de propuestas y Proyectos de Ley a ser estudiados por los diferentes partidos y movimientos políticos para ser discutido por el Congreso de la República a partir del 28 de julio de 2006.

II. Se debería precisar qué estudios de factibilidad y actuariales confiables sustentan los gastos y costos de la iniciativa legislativa.

Lima, 07 de Diciembre de 2005

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, Dr. Guillermo Ayala Noriega, Dr. Adolfo Pinedo Reátegui, Dr. Manuel Fernández Ibarquén, Dr. Eugenio Elizalde Elguera, Dr. Róger Pacheco Carranza, Arq. Ricardo Shinsato Santos, Dr. Jorge Villena Piérola, Lic. Aurora Gavancho Chávez, Dra. Clarisa Ricci Yaurivilca, Dr. Álvaro Chabés y Suárez, Dra. Gloria Cruz Gonzales, Mg. Miriam Eslava Jimeno, Dra. Juana Cohaila Flores y Mg. Verónica Sánchez Rojas