



WALDEMAR JOSÉ CERRÓN ROJAS

Congresista de la República

*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía
peruana"*



PROYECTO DE LEY QUE DECLARA EL 15 DE MARZO DE CADA AÑO, COMO EL "DÍA NACIONAL DEL HÉROE DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERÚ".

El señor Congresista de la República que suscribe, **WALDEMAR JOSÉ CERRÓN ROJAS**, integrante del **Grupo Parlamentario PERÚ LIBRE**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Estado y conforme lo establecen los artículos 22, 75 Y 76 del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente proyecto de ley.

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE DECLARA EL 15 DE MARZO DE CADA AÑO, COMO EL "DÍA NACIONAL DEL HÉROE DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERÚ".

Artículo Único. Declaratoria.

Declárase el **15 de marzo de cada año** como el **"Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19 en el Perú"**, en reconocimiento a los ciudadanos peruanos que, con entrega, valor y vocación de servicio, contribuyeron de manera significativa a la protección de la vida, la salud y el bienestar de la población durante la emergencia sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES.

Única. Acciones de implementación

Las entidades de la Administración Pública, en sus distintos niveles de gobierno, así como las organizaciones de la sociedad civil, están facultadas para desarrollar

actividades de **difusión, sensibilización y reconocimiento público** relacionadas con la conmemoración del **"Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19"**, orientadas a preservar la memoria y legado de quienes se destacaron por su labor humanitaria y profesional durante la pandemia.

Lima, octubre de 2025.

Waldemar Cerrón

MAURICIO AGÜERO
GUTIERREZ

P. Cruz M.

SEGUNDO T.
MONTALVO C.

FLAVIO CRUZ MAMANI
VOCERO

Kelly Portalatino Avalos

Isaac Mita
Alanoca

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

1.1. LA PANDEMIA EN EL PERÚ:

El **31 de diciembre de 2019**, las autoridades sanitarias de la República Popular China informaron a la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** sobre varios casos de neumonía de origen desconocido en la ciudad de **Wuhan**, provincia de Hubei. Pocos días después se identificó un nuevo tipo de coronavirus, posteriormente denominado **SARS-CoV-2**, responsable de una enfermedad respiratoria altamente contagiosa. El **30 de enero de 2020**, el Comité de Emergencia de la OMS declaró el brote como una **Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional**, marcando el inicio de una crisis sanitaria global sin precedentes¹.

Ante la inminente amenaza de la expansión del virus, el **Ministerio de Salud (MINSA)** del Perú aprobó el **Documento Técnico "Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV"**, mediante **Resolución Ministerial N.º 039-2020-MINSA del 31 de enero de 2020**. Este plan tuvo como objetivo fortalecer la vigilancia epidemiológica y reducir el impacto sanitario, social y económico ante la potencial llegada del virus al territorio nacional².

El **6 de marzo de 2020**, el presidente de la República **Martín Vizcarra** anunció el **primer caso confirmado de COVID-19 en el Perú**, correspondiente a un ciudadano de 25 años con antecedentes de viaje a España, Francia y la República Checa. Desde Palacio de Gobierno, el

¹<https://www.gob.pe/institucion/presidencia/noticias/86976-presidente-vizcarra-dio-a-conocer-primer-caso-de-infeccion-por-coronavirus-en-el-peru-e-hizo-un-llamado-a-la-poblacion-a-mantener-la-calma>

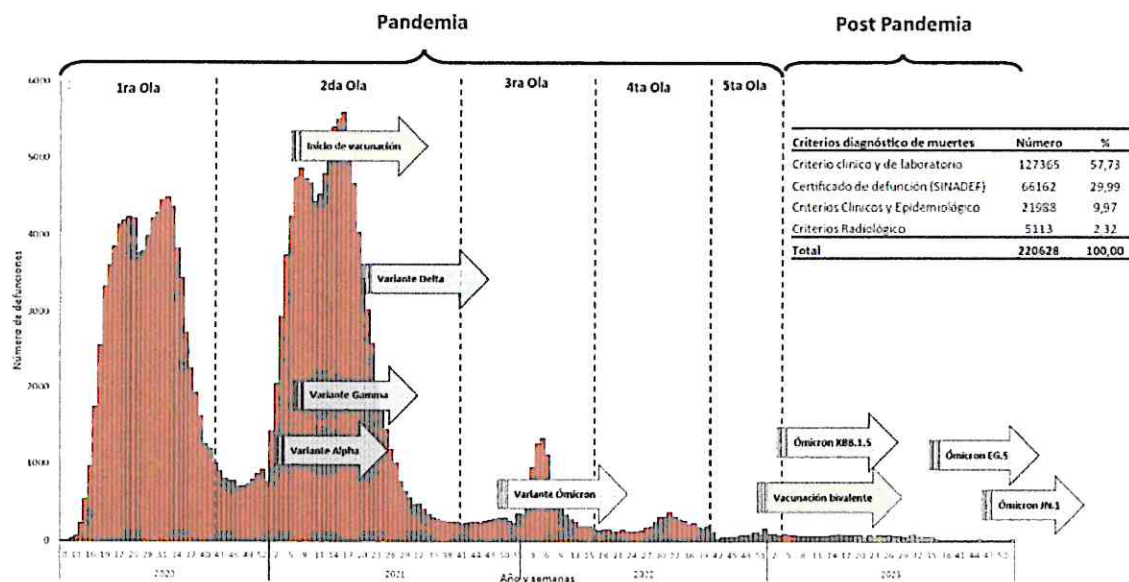
²<https://www.gob.pe/8662-ministerio-de-salud-coronavirus-en-el-peru>

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

mandatario garantizó la implementación de medidas preventivas y reiteró el compromiso estatal de proteger la salud de todos los peruanos. A partir de esa fecha, se activaron los protocolos de emergencia sanitaria, con control en aeropuertos, terminales y espacios de alta afluencia, así como la instalación de hospitales móviles y la capacitación del personal de salud³.

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró oficialmente la **pandemia mundial por COVID-19**, tras la rápida propagación del virus a más de cien países. En respuesta, el 15 de marzo de 2020, el Poder Ejecutivo, mediante el **Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM**, declaró el **Estado de Emergencia Nacional** por un periodo inicial de 15 días, disponiendo el **aislamiento social obligatorio, la inmovilización ciudadana y el cierre de fronteras**. Cuatro días después, el 19 de marzo, el Ministerio de Salud confirmó la **primera víctima mortal** del coronavirus en el país⁴.

Figura 1. Pandemia del covid-19 en el Perú



³<https://www.gob.pe/8662-ministerio-de-salud-coronavirus-en-el-peru>

⁴<https://www.gob.pe/8662-ministerio-de-salud-coronavirus-en-el-peru>

En **2021**, ante la llegada de una **segunda ola de contagios**, el Ejecutivo decretó nuevas cuarentenas regionales e inició la **campana de vacunación nacional**. El **7 de febrero** llegaron las primeras **vacunas del laboratorio Sinopharm**, y el proceso de inmunización del personal de salud comenzó el **9 de febrero**. Con el avance de la vacunación, las cifras de mortalidad y hospitalización comenzaron a disminuir gradualmente, aunque persistían desafíos logísticos y desigualdades regionales en el acceso a los servicios sanitarios⁵.

Posteriormente, el **7 de julio de 2021**, mediante la **Resolución Ministerial N.º 835-2021-MINSA**, se aprobó el **Plan de respuesta ante la segunda ola y posible tercera ola pandémica por COVID-19**, destinado a proteger la vida y reducir los daños a la salud de la población. En **2022**, el **Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-MINSA)** estimó que una **tercera ola** podría extenderse hasta nueve meses, alcanzando entre **457 mil y 1.4 millones de casos**, dependiendo del escenario epidemiológico. Frente a ello, se aprobó el **Documento Técnico "Plan frente a la pandemia por COVID-19, año 2022"**, mediante **Resolución Ministerial N.º 095-2022-MINSA**, que articuló la respuesta institucional del MINSA y del Instituto Nacional de Salud⁶.

Hacia fines de **2022**, el país inició una **reactivación progresiva**: se levantaron restricciones, se reanudaron los vuelos internacionales y se reabrieron actividades económicas. Sin embargo, las secuelas sociales y humanas de la pandemia fueron profundas. Según el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, más de **200 mil peruanos perdieron la vida** a causa del virus, entre ellos miles de **médicos, enfermeras, policías,**

⁵<https://www.infobae.com/peru/2023/05/05/cuando-se-inicio-la-pandemia-del-covid-19-en-el-peru-cronologia-de-tres-anos-del-virus/>

⁶<https://www.infobae.com/peru/2023/05/05/cuando-se-inicio-la-pandemia-del-covid-19-en-el-peru-cronologia-de-tres-anos-del-virus/>

docentes, serenos y trabajadores esenciales que cumplieron su deber en condiciones adversas.

El 5 de mayo de 2023, la **Organización Mundial de la Salud** levantó la **emergencia sanitaria internacional**, reconociendo una etapa de control y vigilancia nacional. No obstante, los brotes persistieron en algunas regiones del país, y la memoria de los años más difíciles quedó grabada en la historia nacional como un periodo de sacrificio colectivo y resiliencia social. El reconocimiento de aquellos que, con valentía y entrega, se convirtieron en pilares durante la crisis sanitaria, constituye un acto de justicia y gratitud que el Estado peruano debe institucionalizar⁷.

II. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA.

Durante el periodo **2020–2023**, el Perú registró un total de **220 628 muertes asociadas a la COVID-19**, de las cuales **219 374 (99,43 %)** ocurrieron durante la pandemia y **1 254 (0,57 %)** en la etapa pospandémica. La **tasa bruta de mortalidad acumulada nacional** alcanzó **6,76 muertes por cada 1 000 habitantes**, consolidando al país como uno de los más afectados a nivel mundial. La magnitud de estas cifras revela el severo impacto del virus en la población peruana y la fragilidad del sistema sanitario frente a emergencias de gran escala⁸.

Las **tasas más elevadas de mortalidad acumulada** se registraron en los departamentos del **Callao (9,70)**, **Ica (9,36)** y **Lima (9,16)** muertes por cada 1 000 habitantes, todas superiores al promedio nacional. En contraste, las tasas más bajas correspondieron a **Huancavelica (3,56)**, **Amazonas (3,30)** y **Cajamarca (3,19)**. Estos valores evidencian una clara desigualdad geográfica y estructural: las regiones costeras, más densamente pobladas y

⁷<https://www.gob.pe/8662-ministerio-de-salud-coronavirus-en-el-peru>

⁸http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832024000300004

urbanizadas, concentraron el mayor número de decesos, mientras que las regiones altoandinas presentaron tasas menores pero con limitado acceso a servicios de salud especializados⁹.

Al aplicar el método indirecto de **razón estandarizada de mortalidad (REM)**, se identificó que **ocho departamentos superaron el promedio nacional**. Las más elevadas correspondieron a **Ica (145,83 %)**, **Callao (117,16 %)** y **Tumbes (116,45 %)**, reflejando un exceso de mortalidad significativamente superior al esperado. Por otro lado, la **REM más baja** fue observada en **Puno (62,7 %)**, lo que sugiere una menor afectación relativa tras ajustar por estructura poblacional. Este indicador muestra que la pandemia tuvo efectos desproporcionados dependiendo de factores como la densidad poblacional, el desarrollo urbano y el acceso a infraestructura hospitalaria.

El **diagnóstico de las muertes** fue determinado principalmente por el **Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-MINSA)**. En **127 635 casos (57,73 %)**, la clasificación se basó en criterios **clínicos, epidemiológicos y de laboratorio**, mientras que **66 162 casos (29,99 %)** se sustentaron en **certificados de defunción** emitidos por el **Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF)**. Este enfoque permitió identificar muertes asociadas al virus incluso sin confirmación de laboratorio, reduciendo el subregistro frente a otros países de la región¹⁰.

La **curva epidemiológica** evidenció **cinco olas sucesivas de contagios y mortalidad** entre 2020 y 2023. Las dos primeras fueron las más letales: la **segunda ola** alcanzó la mayor tasa de mortalidad, seguida por la primera. La **tasa más alta del periodo** se registró en **2021 (3,27 muertes por 1 000 habitantes)**, mientras que en **2020 fue de 2,92**, descendiendo progresivamente en los años siguientes gracias al avance del proceso de

⁹http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-558320240003000004

¹⁰http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-558320240003000004

vacunación, la mejora en el manejo clínico y la inmunidad adquirida por exposición¹¹.

El análisis por **sexo y edad** muestra que la pandemia afectó de manera desproporcionada a los **hombres**, con una razón de tasas **hombre/mujer de 1,78**. En términos etarios, los **adultos mayores representaron el 69,77 % de los fallecimientos**, seguidos por los adultos con 28,11 %. En conjunto, ambos grupos concentraron **el 97,89 % de las muertes**, con tasas de mortalidad acumulada de **37,18 y 4,96 muertes por 1 000 habitantes**, respectivamente. Las diferencias biológicas e inmunológicas entre sexos, junto con la prevalencia de comorbilidades en la población anciana, explican esta marcada desigualdad en la mortalidad¹².

Desde el punto de vista territorial, las **provincias de la costa** concentraron la mayor mortalidad con una **razón de tasas costa/sierra de 2,09**. La **macrorregión de Lima Metropolitana y Callao** presentó la tasa más elevada con **9,36 muertes por 1 000 habitantes**, mientras que la región de **Oriente** mostró la menor con **4,24**. Estas diferencias reflejan la relación directa entre la densidad poblacional y la propagación del virus: las zonas urbanas con mayor movilidad e interacción social presentaron mayor riesgo de contagio y saturación hospitalaria¹³.

En cuanto a los **indicadores socioeconómicos**, las provincias pertenecientes a los **quintiles de menor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI)** presentaron mayores tasas de mortalidad acumulada. La **razón entre el quintil con menor NBI y el de mayor NBI fue 2,43**, mientras que la **razón del quintil de mayor índice de desarrollo humano (IDH)** respecto al de menor IDH alcanzó **3,69**. Esto sugiere que la mortalidad se concentró en zonas con mejor infraestructura y capacidad diagnóstica, donde la detección fue más eficiente, lo que eleva los registros frente a regiones con sub-notificación.

¹¹http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832024000300004

¹²http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832024000300004

¹³http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832024000300004

Durante los años 2020 y 2021, **todas las provincias del país reportaron muertes por COVID-19**. La mediana anual de tasas provinciales fue de **1,05 en 2020 y 1,90 en 2021**, y en el periodo completo **2020-2023**, el 50 % de las provincias registraron una tasa superior a **3,73 muertes por 1 000 habitantes**, con valores extremos de **1,24 a 12,03**. En **2022**, 194 provincias (98,98 %) reportaron defunciones, mientras que en **2023** la cifra descendió a 148 (75,51 %), reflejando la estabilización progresiva de la crisis sanitaria¹⁴. Finalmente, la evidencia numérica demuestra que la **pandemia de COVID-19 en el Perú** produjo un impacto devastador en términos humanos, sociales y territoriales. La concentración de muertes en regiones costeras, en hombres y en adultos mayores, junto con la elevada densidad urbana de Lima y Callao, configuran un panorama de vulnerabilidad estructural. Estos datos no solo explican la magnitud de la tragedia nacional, sino que también sustentan la necesidad de **institucionalizar el reconocimiento público** a quienes enfrentaron la pandemia desde la primera línea

2.1. JUSTIFICACIÓN MORAL Y SOCIAL:

En medio de ese escenario adverso emergió una generación de **héroes sin capa**, hombres y mujeres que, movidos por el deber y la vocación de servicio, arriesgaron sus vidas para salvar a otros. Ellos son los verdaderos **mártires de la pandemia**, cuya entrega y sacrificio constituyen un ejemplo imperecedero de humanidad y compromiso con la Nación¹⁵.

Entre los más destacados se encuentran los **profesionales de la salud** — médicos, enfermeras, técnicos y personal asistencial—, quienes enfrentaron el virus en condiciones de extrema vulnerabilidad, muchas veces sin equipos de protección adecuados. Según el **Colegio Médico del Perú**, **581 médicos perdieron la vida** cumpliendo su deber, mientras que el **Colegio de Enfermeros del Perú** registró **178 enfermeras fallecidas** durante la emergencia sanitaria. Estas cifras no son meros datos, sino símbolos de un

¹⁴http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-558320240003000004

¹⁵<https://peru21.pe/peru/los-martires-de-la-pestes-covid-19-pandemia/>

sacrificio silencioso y heroico. Su legado encarna los valores del juramento hipocrático y la convicción de que el cuidado de la vida está por encima de cualquier temor personal.

El tributo también alcanza a los **efectivos de la Policía Nacional del Perú y de las Fuerzas Armadas**, quienes, además de garantizar el orden interno, protegieron a la población en los momentos más críticos del confinamiento. Hasta **julio de 2021**, la PNP había registrado **50 616 efectivos contagiados y 787 fallecidos**, convirtiéndose en la institución pública más golpeada por el virus. A su lado, las Fuerzas Armadas desplegaron más de **2 000 efectivos contagiados y 117 fallecidos**, cumpliendo labores de control, transporte de medicinas, distribución de alimentos y apoyo humanitario. Estas fuerzas uniformadas demostraron que el deber patriótico se ejerce no solo en el campo de batalla, sino también en la defensa de la vida frente a un enemigo invisible¹⁶.

Asimismo, los **bomberos voluntarios del Perú** y los **trabajadores de limpieza pública** fueron protagonistas indispensables en esta lucha. Los primeros atendieron **tres veces más emergencias médicas que incendios** durante 2021, y **55 de sus miembros perdieron la vida** en acto de servicio. Los segundos, encargados de la recolección de residuos, desinfección de espacios públicos y saneamiento urbano, actuaron en silencio para evitar una catástrofe mayor. Sin ellos, las consecuencias del contagio habrían sido aún más devastadoras. Su participación demuestra que el heroísmo no se mide por el rango ni por el uniforme, sino por el compromiso con el bienestar común¹⁷.

Recordar a los **mártires de la pandemia** no es solo un acto de gratitud, sino una obligación moral del Estado y de la sociedad. Cada vida perdida en esa batalla representa una historia de entrega, una familia enlutada y una lección de humanidad. Por ello, establecer el **"Día Nacional del Héroe de la**

¹⁶<https://peru21.pe/peru/los-martires-de-la-pest-codiv-19-pandemia/>

¹⁷<https://peru21.pe/peru/los-martires-de-la-pest-codiv-19-pandemia/>

Pandemia del COVID-19 en el Perú significa perpetuar su memoria y educar a las futuras generaciones en valores como la solidaridad, la empatía y la responsabilidad social. Este reconocimiento no tiene costo económico, pero sí un **inmenso valor simbólico**, pues devuelve a los héroes anónimos el lugar que merecen en la historia de la República: el de quienes defendieron la vida cuando el país más los necesitaba.

2.2. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL Y LEGAL:

Desde el punto de vista constitucional, esta norma descansa sobre principios y derechos fundamentales consagrados en la Carta Magna:

- El **Artículo 1°** establece que "la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado".
- El **Artículo 7°** reconoce el derecho de todas las personas a la protección de su salud, obligando al Estado a promover las condiciones que garanticen su ejercicio.
- El **Artículo 44°** impone al Estado el deber primordial de proteger a la población frente a amenazas que atenten contra su seguridad y bienestar general. En el ámbito legal, la **Ley General de Salud (Ley N.º 26842)** consagra que la protección de la salud es de interés público y responsabilidad del Estado, regulando la prestación de servicios sanitarios, la calidad de atención y los derechos de los usuarios.

La finalidad esencial de esta norma es institucionalizar una fecha conmemorativa oficial que preserve, de forma estable en el tiempo, la memoria de quienes ofrendaron su vida o arriesgaron su integridad durante la crisis sanitaria. A través del "Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19" se busca mantener viva la memoria colectiva, honrar públicamente a los protagonistas y cimentar un símbolo nacional de reconocimiento social. Asimismo, la norma aspira a estimular una cultura de solidaridad ciudadana y conciencia sanitaria, recordando que la salud pública es un bien común que nos concierne a todos.

III. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pandemia de la COVID-19 no solo constituyó una crisis sanitaria global, sino que también expuso con crudeza las **debilidades estructurales** del Estado peruano en materia de salud pública, gestión de riesgos y respuesta humanitaria. **El colapso de hospitales, la escasez de insumos médicos y la limitada capacidad de las instituciones** para atender la magnitud de la emergencia demostraron que el país no contaba con un sistema sanitario resiliente ni con políticas preventivas sostenibles. Esta fragilidad se tradujo en un altísimo costo humano: cientos de miles de vidas perdidas, entre ellas las de quienes enfrentaron el peligro desde la primera línea. La ausencia de una estrategia integral de reconocimiento y memoria para estas víctimas revela una deuda moral y política pendiente del Estado con sus ciudadanos.

Durante los años 2020 y 2021, el país enfrentó un escenario sin precedentes: el número de contagios crecía exponencialmente mientras el número de camas hospitalarias y unidades de cuidados intensivos resultaba insuficiente. La **crisis del oxígeno medicinal** se convirtió en uno de los símbolos más dramáticos del desamparo estatal, obligando a familias enteras a buscar este recurso vital en el mercado informal a precios exorbitantes. Paralelamente, el **personal sanitario**, sin la debida protección y expuesto a condiciones de alto riesgo, se vio afectado por contagios masivos y por una de las tasas de mortalidad médica más altas del mundo. Estos hechos revelaron la precariedad de la infraestructura hospitalaria, la falta de planificación en la adquisición de insumos estratégicos y la débil articulación interinstitucional en momentos de emergencia.

El impacto de la pandemia fue más allá de los indicadores de salud. Las **desigualdades históricas** entre las regiones urbanas y rurales se profundizaron, dejando en evidencia una brecha estructural en el acceso a

servicios médicos y a mecanismos de protección social. En las zonas más alejadas del país, la carencia de profesionales, equipamiento y conectividad impidió que miles de peruanos recibieran atención oportuna. A esto se sumó el impacto **psicosocial y económico** en las familias de los trabajadores fallecidos, quienes enfrentaron la pérdida del sustento principal y, en muchos casos, la indiferencia institucional. Este conjunto de factores contribuyó a consolidar una sensación de desamparo y olvido en sectores que fueron esenciales para la supervivencia del país.

Cinco años después del inicio de la crisis, **el Perú aún carece de una política pública de memoria y reconocimiento nacional** hacia quienes dieron su vida en el cumplimiento del deber. Si bien algunos gremios, universidades y entidades estatales han desarrollado actos conmemorativos parciales, estos esfuerzos han sido aislados y carecen de carácter institucional. La falta de una fecha oficial impide consolidar un homenaje unitario, sostenido en el tiempo, que preserve la memoria de los mártires de la pandemia y eduque a las futuras generaciones sobre el valor del servicio, la solidaridad y la responsabilidad social frente a la adversidad.

En consecuencia, el problema identificado no se limita al impacto sanitario de la pandemia, sino a la **ausencia de una política de reconocimiento nacional** que dignifique el sacrificio de los trabajadores de la salud, las fuerzas del orden y los servidores públicos que cumplieron funciones esenciales en condiciones de extremo riesgo. Instituir el "Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19" responde a esta necesidad: dotar al país de un símbolo colectivo que honre la entrega de sus hijos, fortalezca la memoria histórica y sirva como recordatorio permanente de la obligación del Estado de proteger la vida, la salud y la dignidad de todos los peruanos.

IV. LA NECESIDAD Y LA JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA.

La presente iniciativa legislativa encuentra su fundamento en la necesidad de otorgar **reconocimiento oficial y permanente** a los ciudadanos que, con entrega, valor y vocación de servicio, enfrentaron la pandemia del COVID-19 en condiciones de alto riesgo. La norma propuesta, contenida en la fórmula legal que declara el **15 de marzo de cada año como el "Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19 en el Perú"**, busca institucionalizar un homenaje que trascienda los actos simbólicos y se consolide como parte de la memoria histórica de la Nación. La elección de esta fecha rememora el momento en que el Estado peruano decretó el **Estado de Emergencia Nacional** mediante el **Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM**, marcando el inicio de la lucha colectiva contra el virus y el sacrificio de miles de compatriotas.

La necesidad de esta ley se justifica en la **ausencia de un reconocimiento nacional unificado** hacia los trabajadores y servidores públicos que desempeñaron funciones esenciales durante la crisis sanitaria. Aunque distintas entidades —como los colegios profesionales, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y los gobiernos locales— han realizado homenajes aislados, el país carece de una disposición legal que otorgue carácter oficial a dicho tributo. Este vacío normativo impide consolidar una política pública de memoria y gratitud hacia quienes, desde la primera línea, protegieron la vida y el bienestar del pueblo peruano. En este sentido, la iniciativa legislativa no solo satisface una demanda moral y social, sino que también contribuye al fortalecimiento de la identidad nacional y del principio constitucional de respeto a la dignidad humana.

Asimismo, la propuesta de ley contempla en su **Disposición Complementaria Final** la facultad para que las entidades públicas y organizaciones de la sociedad civil desarrollen **actividades de difusión, sensibilización y reconocimiento público** vinculadas a esta conmemoración. De esta manera, la norma no impone obligaciones de carácter financiero ni genera gastos adicionales al erario nacional, sino que

promueve acciones voluntarias y coordinadas que pueden realizarse dentro de los recursos y capacidades institucionales existentes. Ello reafirma su carácter de iniciativa de **bajo costo y alto impacto social**, con efectos positivos en la formación ciudadana, la educación cívica y la cultura del reconocimiento colectivo.

En síntesis, esta iniciativa legislativa responde a un **imperativo ético y social**: preservar la memoria de los héroes de la pandemia y consolidar un día de reflexión nacional que honre su sacrificio. Al declarar el **15 de marzo como el "Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19 en el Perú"**, el Estado no solo rinde homenaje a los mártires que ofrendaron su vida, sino que reafirma su compromiso con los valores de solidaridad, servicio y protección de la vida. Este reconocimiento oficial fortalecerá la conciencia colectiva sobre la importancia del trabajo público y sanitario, asegurando que las generaciones futuras mantengan viva la memoria de quienes defendieron al país en uno de los episodios más difíciles de su historia contemporánea.

V. MARCO NORMATIVO.

➤ **Constitución Política del Perú**

Artículo 1°: Reconoce a la persona humana como el fin supremo de la sociedad y del Estado, fundamento que sustenta la obligación de proteger la vida y la dignidad de toda persona.

Artículo 2°, inciso 1: Garantiza el derecho fundamental a la vida, principio esencial que orienta toda política pública en materia de salud y seguridad humana.

Artículo 7°: Establece el derecho a la protección de la salud, tanto individual como colectiva, disponiendo que es deber del Estado promover las condiciones que garanticen su ejercicio.

Artículo 44°: Define como deber primordial del Estado la defensa de la soberanía nacional y la protección de la población, así como la promoción del bienestar general y la garantía del pleno ejercicio de los derechos humanos.

➤ **Ley N. 26842, Ley General de Salud:**

Declara que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover su cumplimiento. Reconoce además que toda persona tiene derecho a recibir atención de salud en condiciones dignas y de seguridad, así como a acceder a los servicios sanitarios cuando su integridad o vida estén en riesgo.

➤ **Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM:**

Norma mediante la cual el Poder Ejecutivo declaró el Estado de Emergencia Nacional el 15 de marzo de 2020 a consecuencia del brote del COVID-19, disponiendo el aislamiento social obligatorio y la suspensión de actividades presenciales. Este decreto marcó el inicio de la respuesta estatal frente a la pandemia y constituye el antecedente directo de la fecha propuesta para la conmemoración.

➤ **Resoluciones Ministeriales del Ministerio de Salud (MINSA)**

Diversas resoluciones —como la R.M. N.º 835-2021-MINSA y la R.M. N.º 095-2022-MINSA— aprobaron los Planes Nacionales de Respuesta y Control frente al COVID-19, los cuales fortalecieron la vigilancia epidemiológica, la atención sanitaria y el reconocimiento al personal de salud. Estas normas complementan el marco legal que respalda la presente iniciativa legislativa.

VI. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente propuesta legislativa **no contraviene la Constitución Política del Perú ni afecta el marco jurídico vigente**, dado que su objeto se circunscribe al reconocimiento simbólico y conmemorativo de los ciudadanos que enfrentaron la pandemia del COVID-19 en la primera línea. La

declaratoria del "Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19 en el Perú" no crea nuevas obligaciones financieras ni modifica competencias institucionales, sino que **complementa las políticas públicas de salud, memoria y ciudadanía**, promoviendo valores de solidaridad, responsabilidad y respeto a la vida humana, en armonía con los principios constitucionales y legales del ordenamiento nacional.

VII. ANALISIS COSTO – BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa **no genera gasto adicional al erario nacional**, en tanto su aplicación se limita al ámbito simbólico y conmemorativo. La ejecución de actividades alusivas al "Día Nacional del Héroe de la Pandemia del COVID-19 en el Perú" será asumida por las entidades públicas dentro de sus **presupuestos institucionales vigentes**, conforme a sus competencias y capacidades administrativas. De esta manera, la propuesta cumple con lo dispuesto en el inciso a), numeral 2.3, del artículo 76 del **Reglamento del Congreso de la República**, que prohíbe la creación o incremento de gasto público en las iniciativas legislativas de origen parlamentario.

El **impacto económico directo** de la norma es nulo, pues no implica la creación de nuevos programas, oficinas o estructuras administrativas. Las actividades que se promuevan —como ceremonias, jornadas educativas o campañas de sensibilización— podrán realizarse con los recursos logísticos, humanos y financieros ya disponibles en los ministerios, gobiernos regionales, locales e instituciones de la sociedad civil. En este sentido, el costo de implementación será mínimo y manejable dentro de la programación presupuestal ordinaria del sector público.

En contrapartida, los **beneficios sociales, culturales y educativos** derivados de la vigencia de la norma superan ampliamente cualquier gasto operativo asociado. El establecimiento de una fecha oficial fortalece la

identidad nacional, fomenta la cultura de la memoria y la gratitud, y promueve valores ciudadanos como la solidaridad, la responsabilidad social y el respeto por la vida. Asimismo, contribuye a consolidar la imagen del Estado como garante de la dignidad humana y de la protección de quienes sirven al país en circunstancias críticas.

Por tanto, el **balance costo–beneficio resulta ampliamente favorable**. Con una inversión económica prácticamente nula, se obtiene un alto impacto en la cohesión social, en la educación cívica de las nuevas generaciones y en la revalorización del servicio público. La ley propuesta no solo representa un homenaje merecido a los héroes de la pandemia, sino que también constituye una herramienta simbólica de unidad nacional, que refuerza la confianza en las instituciones y en el papel del Estado como protector de la salud y de la vida de todos los peruanos.

VIII. VINCULACIÓN AL ACUERDO NACIONAL Y LA AGENDA LEGISLATIVA.

La presente iniciativa legislativa **se alinea con los objetivos y prioridades establecidos en la Agenda Legislativa 2024–2025 del Congreso de la República**, aprobada mediante la **Resolución Legislativa N.º 006-2024-2025-CR**, publicada el 2 de noviembre de 2024. En particular, se inscribe dentro del **Eje I: Democracia y Estado de Derecho**, específicamente en el **Numeral 6**, que contempla las **políticas orientadas a la protección y promoción de los derechos humanos, la salud y la seguridad ciudadana**.