Proyecto de Ley N° 6196/2020-CR

EDUARDO GEOVANNI ACATE CORONEL

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

"Decenio de la igualdad de las oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la universalización de la salud"

Proyecto de Ley N° 6627/2023-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE Y DIGITALIZACIÓN DE DOCUMENTOS
11 SEP 2020
RECIBIDO
Firma..... Hora 09:40

**LEY QUE ESTABLECE DE NECESIDAD PÚBLICA LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTITUTO DEL NIÑO QUE BRINDARÁ ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA POBLACIÓN DE LA MACRO REGION ORIENTE**

El Grupo Parlamentario Alianza Para el Progreso - APP, a iniciativa del congresista de la República, **EDUARDO GEOVANNI ACATE CORONEL** y el congresista de la República **FERNANDO MELÉNDEZ CELIS**, representantes de la Región Loreto, en uso de las facultades establecidas en el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y artículos 67°, 74° y 75° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente **PROYECTO DE LEY**:

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
12 DIC. 2023
RECIBIDO
Firma: Hora: 11:10

## I. FORMULA LEGAL:

El Congreso de la República
Ha dado la Ley siguiente:

**"LEY QUE ESTABLECE DE NECESIDAD PÚBLICA LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTITUTO DEL NIÑO QUE BRINDARÁ ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA POBLACIÓN DE LA MACRO REGION ORIENTE"**

**Artículo 1.- Objeto de la Ley**
Establecer de necesidad pública e interés nacional la construcción del Instituto del Niño que brindará atención especializada a toda la población de la Macro Región Oriente, categoría III-2, el cual estará ubicado en el distrito de Tarapoto, provincia de San Martin, perteneciente a la Región San Martín.

**Artículo 2.- Entidades involucradas**
El Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud, Gobierno Regional de Loreto, Gobierno Regional de Amazonas, Gobierno Regional de Ucayali, Gobierno Regional de Madre de Dios, Gobierno Regional de San Martín. Este último, será responsable de realizar las gestiones ante el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas para dar cumplimiento a la presente iniciativa legislativa.

**Artículo 3. Implementación de una Comisión Interinstitucional**
Para dar viabilidad a la construcción del Instituto del Niño que brindará atención especializada a toda la población de la Macro Región Oriente, categoría III- 2, se implementará una comisión que planificará y materializará la creación del mismo. Entre los representantes estarán;

- Representante del Ministerio de Salud
- Director Regional de Salud Loreto
- Director Regional de Salud Ucayali
- Director Regional de Salud Madre de Dios
- Director Regional de Salud Amazonas
- Director Regional de Salud San Martin

**Artículo 4. Vigencia**
La Ley tendrá vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario oficial el Peruano.

Firmado digitalmente por:
MELENDEZ CELIS Fernando
FAU 20161749126 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11/09/2020 07:23:06-0500

## DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

**Primera. - Disposición modificatoria**
Dejase sin efecto o modifíquense las normas que se opongan a lo establecido en la presente Ley.

Lima, 03 de Setiembre de 2020.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MELENDEZ CELIS Fernando FAU 20161749126 soft
Motivo: Doy fé
Fecha: 11/09/2020 07:24:25-050

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ACATE CORONEL EDUARDO GEOVANNI FIR 18151793 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/09/2020 16:51:24-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MELENDEZ CELIS Fernando FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/09/2020 07:23:38-050

EDUARDO GEOVANNI ACATE CORONEL
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

FERNANDO MELÉNDEZ CELIS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CARCAUSTO HUANCA Irene FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 13:33:10-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PEREZ ESPIRITU Lusmila FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/09/2020 17:59:19-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: HIDALGO ZAMALLOA Alexander FIR 24991918 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 15:04:54-050

2

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ACUÑA PERALTA Humberto FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 16:47:08-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CONDORI FLORES Julio Fredy FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 14:16:41-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VERDE HEIDINGER MARCO ANTONIO FIR 04338492 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 14:28:30-050

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 14 de SETIEMBRE del 2020

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77º del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición Nº 6196 para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de SALUD Y POBLACIÓN

JAVIER ANGELES ILLMANN
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BENAVIDES GAMDIA Walter FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 21:16:37-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: RIVAS OCEJO Perci FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 18:51:20-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PUÑO LECARNAQUE NAPOLEO FIR 00225904 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 10/09/2020 21:44:44-0500

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **12** de **diciembre** del **2023**

De conformidad con lo acordado por el Consejo Directivo en su sesión realizada el 4 de diciembre de 2023, actualícese el proyecto de ley N° 6196/2020-CR **asignándole el N° 6627/2023-CR.**

GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

# I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

## 1.1 Contenido de la Propuesta

**La ubicación del Instituto del Niño de la Macro Región Oriente se ubicará en el distrito de Tarapoto, Provincia de San Martin, Región San Martín, Perú, el cual beneficiará a la población residente de las regiones de Amazonas, Loreto, San Martín, Ucayali y Madre de Dios.**

Según datos del último censo 2017, la población de Lima representa un tercio de la población total nacional, *y en la población de las otras regiones se concentra la mayor población infantil que además es la más vulnerable y pobre*. Este hecho idealmente, debiera trazar la tendencia en la atención, con una mayor proporción de atención de niños de regiones fuera de la capital.

La Región San Martín se encuentra ubicada entre las Regiones de Amazonas, Loreto y Ucayali, tiene una población estimada de ***813, 381 habitantes[1]***, *es la segunda región con mayor población de la zona oriente y* tiene la segunda tasa más alta de nacimientos anuales (16,074). Asimismo, según datos del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, la Región San Martín cuenta con ***389 IPRESS***, entre los cuales 374 corresponden al Gobierno Regional y 15 al Seguro Social de Essalud; mientras que, según su clasificación, cuenta con 376 IPRESS de nivel I, 10 IPRESS de nivel de atención II y 3 aún sin categoría; *sin embargo, no cuenta con IPRESS de tercer nivel de atención como si lo tiene la Región Loreto*.

Tabla N°1. Población e N° IPRESS por Región

| Región | Habitantes* (INEI 2017) | Nacimientos anuales** (INEI 2015-2020) | Total IPRESS | IPRESS Essalud | IPRESS Gobierno Regional | Nivel I | Nivel II | Nivel III | SC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Loreto | 883,510 | 21,701 | 425 | 12 | 413 | 409 | 4 | 2 | 10 |
| San Martin | 813,381 | 16,074 | 389 | 15 | 374 | 376 | 10 | | 3 |
| Amazonas | 379,384 | 8,376 | 489 | 10 | 479 | 475 | 8 | | 6 |
| Ucayali | 496,459 | 8,872 | 214 | 6 | 208 | 209 | 3 | | 2 |
| Madre de Dios | 141,070 | 2,571 | 96 | 3 | 93 | 92 | 2 | | 2 |
| | 2,713,804 | 57,594 | 1613 | 46 | 1567 | 1561 | 27 | 2 | 23 |

Fuente:

* Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda. Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2017 Lima, junio 2018 Primeros Resultados.

** Indicadores demográficos, por departamento 2015-2020.INEI

El principal medio de transporte de la población de la Amazonía peruana, son los ríos, en el cual se traslada más del 90% de la carga y pasajeros que circulan en la zona. Las condiciones actuales de dicho sistema de transporte, impiden que se cuente con un sistema eficiente y seguro, generando mayores demoras cuando la población necesita trasladarse a otras ciudades del Perú, especialmente cuando se necesita una atención en salud especializada en otras regiones. Estas referencias médicas pueden significar varias horas de viaje hasta llegar a la ciudad más próxima, a lo que se le suma el tiempo de diferimiento para conseguir una cita para una atención especializada, lo que incrementa los tiempos de atención en salud en la población.

[1] Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda. Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2017 Lima, junio 2018 Primeros Resultados

Desde la ciudad de Tarapoto, Región San Martín, el traslado se realiza mediante distintos medios, vía aérea, terrestre o fluvial deacuerdo al destino que se desee llegar. Según tabla N°2, se aprecia el tiempo estimado de traslado para llegar a las diferentes ciudades de las regiones en mención según el medio utilizado.

Tabla N°2. Tiempo estimado (min) para trasladarse desde Tarapoto a otras regiones del oriente

| Región | Yurimaguas - Loreto | Iquitos - Loreto | Chachapollas - Amazonas | Pucallpa - Ucayali | Puerto Maldonado - Madre de Dios | Medio Transporte |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarapoto - San Martín | 15 minutos | 36 minutos | 15 minutos | 25 minutos | 99 minutos | Medio aéreo |
| | 107 minutos | | 416 minutos | 780 minutos | 2700 minutos | Otros Medios (terrestre, fluvial) |
| Yurimaguas - Loreto | | 360 minutos | | | | Otros Medios (terrestre, fluvial) |

Fuente: Elaboración propia

Se recomienda ubicar el Instituto del Niño de la Macro Región Oriente en la ciudad de Tarapoto, capital de San Martín, debido a la región colinda con tres (03) de cuatro (04) regiones, entre las cuales está Loreto, Amazonas y Ucayali; es la segunda región con mayor población y la segunda con mayor tasa de nacimientos por año de la región oriente y en la actualidad no cuenta con una IPRESS de tercer nivel de atención que permitiría atender casos de mayor complejidad, como es el caso de la región Loreto.

### 1.2 Consideraciones generales

Según la Ley General de Salud Nº 26842, la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regular, vigilarla y promoverla, así como velar por la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado el promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública.

El crecimiento económico del país en las últimas dos décadas fue de 4.9%, el Producto Bruto Interno – PBI el año 2008 superó el 9%, un resultado muy superior al de la gran mayoría de países latinoamericanos. Es a partir del año 2014, que la economía peruana bajo el ritmo de crecimiento, aunque continuo destacándose en relación al resto de países latinoamericanos según lo mencionado por British Broadcasting Corporation - BBC News Mundo. Sin embargo, el gasto público en salud, como porcentaje del crecimiento económico, escasamente seguía en menos del 3% al año 2017, uno de los más bajos entre los países de Latinoamérica, según la última estimación registrada por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. Entre los países de Latinoamérica con mayor gasto público al año 2017 (% del PBI), se encuentra Chile (4.9%), Colombia (4.1%), Bolivia (4.4%), Ecuador (4.2%), entre otros más.

Asimismo, en los últimos tres años, la ejecución del presupuesto para proyectos del Ministerio de Salud fue baja. El año 2017, la inversión apenas alcanzó el 44%; 57% en 2018; y en 2019, no superó 68%. Asimismo, la brecha de Recursos Humanos a octubre del 2019 alcanzaba los 16 mil médicos especialistas. Si en Lima, la situación era difícil, en provincia está situación era aún más grave, donde hay mayor precariedad de infraestructura y mayor déficit de profesionales de salud. El Ministerio de salud con documento técnico "***Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector salud***", emitido con Resolución Ministerial N°358-2019-MINSA, indicó que al 2019, hacían falta 281 establecimientos de primer nivel de atención y 112 hospitales en el Perú; asimismo, son un total de 4,833 establecimientos de salud (entre el

primer nivel de atención y hospitales) y 14 institutos especializados los cuales se encontraban con infraestructura inadecuada según el informe en mención[2].

### 1.3 Análisis Situacional de Salud - Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja - INSNSB

El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja - INSNSB y el Instituto de Salud Nacional Niño Breña. El INSN-SB es un centro hospitalario de alta complejidad, de referencia nacional, que brinda atención especializada a niños, niñas y adolescentes, no teniendo población adscrita, atiende la demanda de salud pediátrica de todo el Perú, dando prioridad a los usuarios afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS). En la actualidad, es la única institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) del MINSA que funciona como una Asociación Público Privada (APP).

Según el Análisis Situacional de Salud (ASIS) del Instituto Nacional Salud del Niño San Borja (INSNSB), al 2018[3], fueron 23,390 atendidos, 38,183 no médicas y 128,077 atenciones médicas; según el perfil de atenciones un 70% (90,038) son de la ciudad de Lima y Callao, 17,119 (13%) desde otros departamentos de la costa, 15,485 (12%) de la sierra y 5,435 (4%) de la selva. La distribución de atenciones que provienen de la selva corresponde a la Región San Martín (37%), Loreto (25%), Ucayali (19%), Amazonas (14%) y Madre de Dios (5%).Según la pirámide poblacional de la demanda en consulta externa del INSN-SB, en la que, de un total de 23,390 atendidos, el grupo que más numeroso es el de 1 a 4 años de edad, constituyendo más de la mitad total de atendidos.

Según el ASIS 2018, el INSNSB cuenta con 312 camas disponible u operativas, con un promedio anual de cama ocupada de 236, que representa el 97% del total de camas, llegando incluso a ocuparse el 100% de las camas en el mes de diciembre 2018. Se tuvo un total de 5620 egresos hospitalarios, 3,198 (57%) provenientes de Lima y Callao, 17% de otras regiones de la costa, 1050 (19%) de la sierra y el 407 (7%) de la selva.

Según el ASIS 2018, las atenciones en emergencia ascendieron a 17,426 atenciones (48 atenciones diarias), el 82% de las atenciones realizadas fueron de pacientes procedentes de Lima y Callao, 8% sierra, 7% desde otros departamentos de la costa y 3% de la selva.

Según el ASIS 2018, se tienen 12 salas de operaciones, con un total de 6242 intervenciones, 3,298 (53%) corresponde a Lima y Callao, 1,362 (22%) proceden de la sierra, 1,137 (18%) de otros departamentos de la costa y 445 (7%) de la selva. Aquí se nota que los pacientes procedentes de sierra y selva representan casi un tercio de los pacientes intervenidos.

### 1.4 Análisis Situacional de Salud - Instituto Nacional de Salud del Niño Breña (INSNB)

Según el ASIS 2018, del INSNB[4], fueron 690,686 atenciones por consulta externa, dividido en consulta médica de 336,446 y no médica de 354,240 atenciones. Asimismo, fueron 187,297 atendidos, en promedio se tienen 1919 atenciones diarias. En relación a la demanda de atenciones y atendidos registró una mayor demanda en el grupo etario de 1 a 4 años, seguido del grupo etario de 5 a 9 años. Durante el año 2018 del

---

[2] Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector salud, aprobado con Resolución Ministerial 358-2019/Minsa el 16 de abril del 2019.

[3] Análisis de la situación de salud hospitalaria del Instituto del Niño San Borja 2018.
file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/cancer/ASISHO%20INSNSB%20-%202018.pdf

[4] Análisis Situacional de los Servicios de Salud del Instituto Nacional de salud del Niño - 2018.
file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/NI%C3%91O%20BRE%C3%91A%20ASIS%202018_Tomo-I.pdf

total de atenciones por consulta Médica, el 82% tuvo como mayor procedencia de Lima Metropolitana, Callao y otras provincias de Lima y 61,551 atenciones (18%) de regiones del interior del país

Asimismo, al 2018 se registraron 10,225 egresos hospitalarios, la cual se concentra principalmente en el grupo de 1 a 4 años (31.0%), seguida del grupo de edad de 5 a 9 años (25.6%), de 10 a 14 años (17.9%), de 1 a 11 meses (16.8%), de 15 a 18 años (6.4%) y menor de 1 mes (2.2%). Del total de egresos hospitalarios, 7703 (74%) fueron de Lima y Callao; mientras que 2522 (24.7%) de regiones del interior del país, 411 fueron de las regiones de San Martin, Loreto, Amazonas, Ucayali y Madre de Dios.

Durante el año 2018 se registraron 8,834 intervenciones quirúrgicas (Int.Qx), el grupo etario que demandó mayor número de intervenciones quirúrgicas (Int.Qx) fue el grupo de 1 a 4 años de edad con 3,522 Int.Qx (39.9%), seguida del grupo de edad de 5 a 9 años con 2,452 Int.qx (27.8%).

Durante el año 2018 el servicio de Emergencia registró 62,582 atenciones, el grupo etario de mayor demanda es de 1 a 4 años con 27,735 que representa el (44%), grupo de edad de mayor riesgo, seguidamente de los grupos de edad de 5 a 9 años (24 %), de 1 a 11 meses con (17%). Un 92.2% tienen procedencia de Lima y Callao y el 7.8% del interior del país.

Según datos del último censo 2017, la población de Lima representa un tercio de la población total nacional, *y en la población de las otras regiones se concentra la mayor población infantil que además es la más vulnerable y pobre*. Este hecho idealmente, debiera trazar la tendencia en la atención, con una mayor proporción de atención de niños de regiones fuera de la capital; sin embargo, en la consulta externa dada la accesibilidad, son los niños de Lima y Callao los que mayormente son atendidos, aunque esta tendencia mejora en hospitalización e intervenciones quirúrgicas en favor de los niños del resto del país[5].

*El centralismo del recurso hospitalario especializado para el tratamiento de casos complejos en niños, (14 de 21 hospitales MINSA nivel III están ubicados en la capital)*. La brecha de atención de los niños de las otras regiones del país, principalmente de las zonas más pobres como sierra y selva, indica que se requiere tomar acciones para la descentralización de los recursos hospitalarios especializados, así como implementar medidas de fortalecimiento del sistema de referencias en los primeros niveles de atención para el reconocimiento temprano de patologías complejas, así como el tratamiento oportuno.

### 1.3 Características de la población de la Macro Región Oriente

Según datos del censo del INEI al 2017[6], se contaba con una población de 29,381,884 en el Perú, de los cuales el 36% estaba concentrada en Lima y Callao. El 64% (18,901,985) de la población se distribuye en las demás 24 regiones. Son 5 departamentos que componen la Macro Región Oriente, entre los cuales se encuentra Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali**, la cual tiene un total de población de 2,713,804**, lo que representa un 13% del total de la población de las regiones (exceptuando Lima y Callao).

[5] Análisis de la situación de salud hospitalaria del Instituto del Niño San Borja 2018. file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/cancer/ASISHO%20INSNSB%20-%202018.pdf

[6] Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional. Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

Tabla N° 3. Población Censada 2007 – 2017

| Departamento | Población Censada | |
|---|---|---|
| | 2007 a/ | 2017 |
| **Total** | **27 412 157** | **29 381 884** |
| **Subtotal** | **2 538 247** | **2 713 804** |
| Amazonas | 375 993 | 379 384 |
| Loreto 1/ | 891 732 | 883 510 |
| Madre de Dios | 109 555 | 141 070 |
| San Martin | 728 808 | 813 381 |
| Ucayali 1/ | 432 159 | 496 459 |

1/ Reconstruidos de acuerdo a la División Político Administrativa de 2007, considerando los cambios ocurridos en cada uno de los departamentos en los periodos correspondientes.
a/ No incluye la población del distrito de Carmen Alto, provincia Huamanga, departamento Ayacucho. Autoridades locales no permitieron la ejecución de los Censos
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007 y 2017.

En el Censo 2017 se determinó que hay un total de 10'176,529 niños a nivel nacional, cifra que corresponde casi a la tercera parte del total nacional y con ligera mayoría porcentual de hombres con respecto de mujeres (51% Vs 49%), distribuidos en proporciones similares en los quinquenios. Ver tabla Nº 04.

Tabla Nº 04 Perú: Censo 2017 según grupos de edad

| Grupos de Edad | Hombre | Mujer | Total | % |
|---|---|---|---|---|
| 15 a 19 años | 1,217,519 | 1,204,959 | 2,422,478 | 24% |
| 10 a 14 años | 1,324,118 | 1,289,309 | 2,613,427 | 26% |
| 5 a 9 años | 1,344,405 | 1,301,919 | 2,646,324 | 26% |
| 1 a 4 años | 1,037,553 | 1,000,387 | 2,037,940 | 20% |
| < 1 año | 232,336 | 224,024 | 456,360 | 4% |
| Total | 5,155,931 | 5,020,598 | 10,176,529 | 100 |
| % | 50.7 | 49.3 | | |

Fuente: INEI – Censos nacionales de población y vivienda 2007 y 2017

La población pediátrica en los departamentos que componen la Macro Región oriente asciende a un total de 1,240,717 según el Censos Nacionales 2017. Lo que representa el 16% del total de población pediátrica entre las edades 0-14 años. Ver Tabla Nº 05.

Tabla Nº 05. Perú: Censo 2017 según grupos de edad

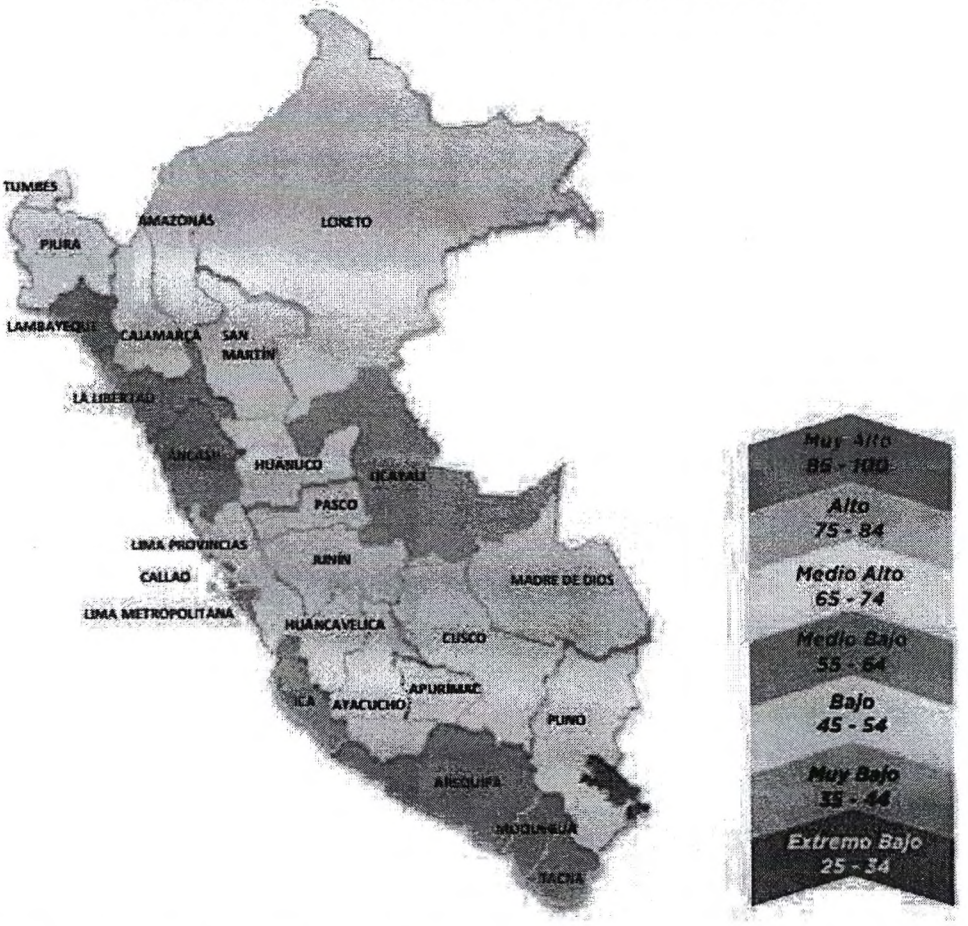
| Regiones | 0 a 14 años |
|---|---|
| Ucayali | 496,459 |
| Loreto | 323,712 |
| San Martin | 254,749 |
| Amazonas | 122,307 |
| Madre de Dios | 43,490 |
| Total | 1,240,717 |

Fuente: INEI – Censos nacionales de población y vivienda 2007 y 2017

El Índice del Progreso Social Mundial (IPS), busca cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos en la agenda al 2030, y busca que dichos objetivos sean alcanzados en cada una de las regiones del Perú. Este índice analiza tres dimensiones; a.) Dimensión Necesidades Básicas Humanas, b.) Fundamentos del Bienestar y c.) Oportunidades; los cuales, a su vez, analizan 12 componentes y 51 indicadores.

Según los resultados obtenidos al 2019, el ranking lo lideraba la región de Moquegua con un IPSR de 62.6; entre tanto, los departamentos que componen la Macro Región Oriente, se encontraron en su mayoria en los últimos puestos, Amazonas (puesto 19), Loreto (puesto 25), Madre de Dios (puesto 24), San Martín (puesto 15) y Ucayali (puesto 26), los cuales se encuentran según el ranking de evaluación en niveles bajo y muy bajo. En el Grafico N°1, se observa los resultados generales obtenidos en la evaluación[7].

Gráfico N°01, Resultados Generales de IPSR en el Perú – 2019.

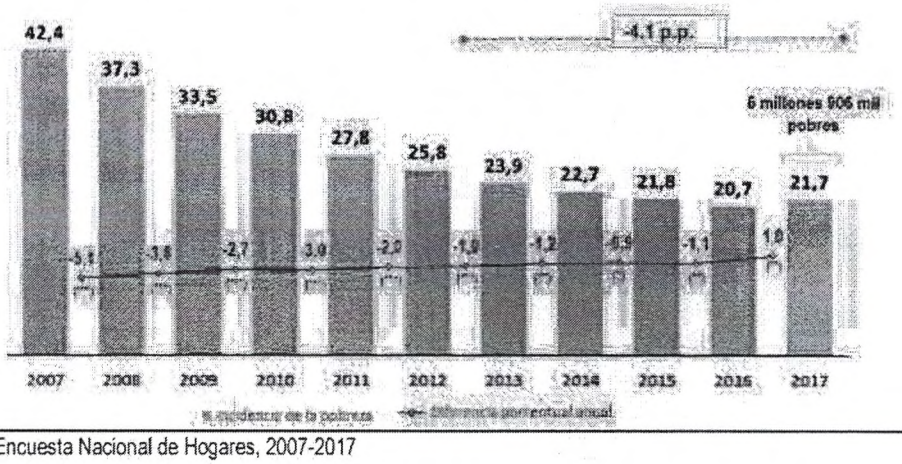



Fuente: Índice de Progreso Social Regional al 2019 – Centrum Católica del Perú

[7] Resultados del Índice del Progreso Social Regional del Perú 2019.
file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/%C3%8Dndice%20del%20Progreso%20Social%20de%20Regional%20del%20Per%C3%BA%202019%20(1)%20(1).pdf

Mientras que el Informe del INEI sobre el Mapa de pobreza provincial y distrital 2018[8] publicado en febrero 2020, muestra la situación monetaria de los distritos de la región, en el cual toma en cuenta el enfoque monetario de la pobreza, considerando como pobres monetarios a aquellos individuos que residen en hogares cuyo gasto per cápita mensual está por debajo del valor de una canasta de productos (líneas de pobreza) que permite satisfacer las necesidades mínimas. Es decir, **por debajo de los S/. 344.00 per cápita mensual.**

Gráfico N°02. Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria 2007-2017 (porcentaje)




Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares, 2007-2017

Según el análisis por dominio geográfico se evidencia que incrementaron los niveles de pobreza monetaria en Sierra, Centro, Sierra Sur y Selva del Perú del año 2013 al 2018. (ver Gráfico N°3). Dentro de la Selva, el distrito de Loreto tiene 53 distritos y 39 de ellos se encuentran en condición de pobreza ALTA; mientras que en el nivel MEDIO solo se localizan 13 distritos entre los cuales se destaca a Yurimaguas, Belén, San Juan Bautista y Punchana todos ellos tienen poblaciones importantes y se encuentran interactuando en una zona con mayor acceso a los servicios públicos y una mejor dotación de infraestructura. Mientras que el departamento de Amazonas, tiene 84 distritos, y 20 de ellos se encuentran en condición de pobreza ALTA, entre los cuales;

- La provincia de Luya alberga a 11 de los distritos más pobres de Amazonas, siendo el distrito de Santa Catalina el segundo más pobre del departamento después de El Cenepa.
- La provincia de Condorcanqui alberga 03 distritos pobres dentro de los 20, dentro de ellos está El Cenepa, el distrito más pobre de Amazonas.
- La provincia de Chachapoyas alberga 03 distritos pobres dentro de estos 20, siendo Sonche su distrito más pobre y ubicado entre los 7 más pobres de Amazonas.

  Y; en condición de pobreza MEDIO ALTA se localizan 45 distritos.

[8] Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital al 2018.
file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/mapa%20de%20pobraza%202018.pdf

Gráfico N°03 Cambios en las tasas de pobreza monetaria total por dominio geográfico 2013 y 2018

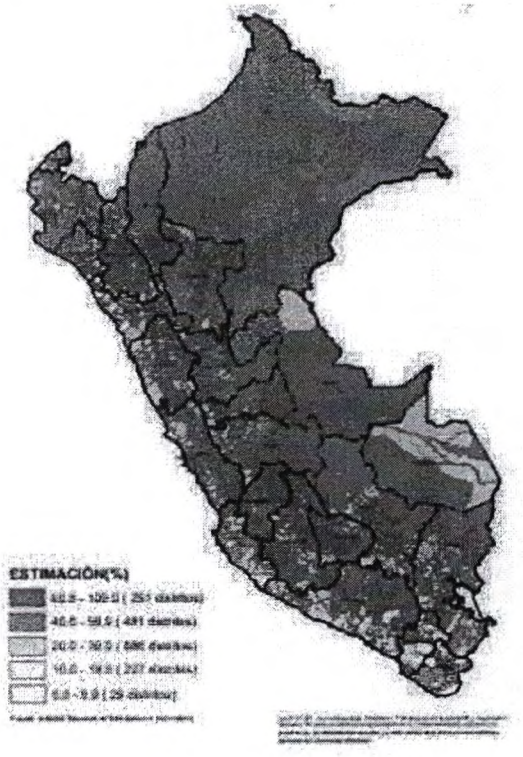
Fuente: Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013 y 2018

Asimismo, el mismo informe también brinda un análisis sobre la medición de pobreza obtenida a través de la construcción de indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBIs), en los cuales se considera a un conjunto de indicadores relacionados con necesidades básicas estructurales (vivienda, educación, infraestructura, etc.). Según los resultados, el año 2017, un total de 251 tenían una incidencia del 60% de pobreza. De un total de 1874 distritos a nivel nacional, 732 distritos presentan una incidencia de pobreza mayor al 40%. Según el mapa de necesidades básicas insatisfechas del Grafico N°04, se observa que la mayoría de distritos con incidencia de pobreza mayores al 60%, se encuentran en la Selva.

Asimismo, Según el informe "Perú: Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), 1993, 2007 y 2017"[9], del INEI, se presenta la comparabilidad del indicador en los tres últimos censos de población y vivienda realizados en el país. Dentro de este documento, se observa mayor incidencia de las necesidades básicas insatisfechas en los departamentos de la Selva. El Censo de 2017 revela que el 54,8% de la población de Loreto, el 51,1% de Ucayali, el 45,8% de Amazonas y el 44,2% de San Martín padecen de al menos una NBI. En tanto, los departamentos de Ica (23,4%), Moquegua (22,0%), Lambayeque (20,5%), La Libertad (19,1%), Arequipa (16,7%), Tacna (16,0%), Lima (15,7%) y Provincia Constitucional del Callao (14,1%) presentan una menor incidencia de las necesidades básicas insatisfechas.

[9] Perú: Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), 1993, 2007 y 2017.

Gráfico N°04. Necesidades Básicas Insatisfechas, según distrito 2017




Fuente: Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013 y 2018

## 1.4 Tasa de mortalidad infantil

Según la publicación "Mortalidad en la niñez, una Base de datos de América Latina desde 1960"[10], documento preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), mencionan que la mortalidad infantil está estrechamente vinculada a la pobreza; debido a ello, los avances en la supervivencia de bebés y niños han sido más lentos en la población de los países pobres y en la población más pobre de los países con más recursos. Es preciso mejorar los servicios públicos de salud, brindar acceso a agua potable, un mejor saneamiento y la instrucción, especialmente para las niñas y las madres, esto puede salvar la vida de muchos niños.

Dentro del informe Global Burden of Disease (Carga Global de las Enfermedades), publicado en la revista Nature, se menciona que las desigualdades son causa de múltiples variables, entre las cuales están las asociadas a medidas de salud pública, entre una de ellas la disponibilidad de servicios de salud.

[10] Mortalidad en la niñez: Una base de datos de América Latina desde 1960. Autor: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, CELADE, UNICEF.
file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/S201185_es.pdf

Según el informe publicado, "*En América Latina aproximadamente 27,5 niños por cada mil nacidos vivos mueren antes de los cinco años, situación que es factible de modificar sensiblemente, si se compara con los países desarrollados, en donde mueren cerca de 6 niños por cada mil nacimientos antes de los cinco años. Es por ello que una de las prioridades del mundo de hoy se refiere a la protección y desarrollo del niño*".

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, la tasa promedio de mortalidad infantil (TMI) en el Perú, que comprende a los años 2017 y 2018, asciende a 17 por cada 1,000 niños vivos y la tasa promedio de mortalidad en la niñez (TMN) entre los años 2017 y 108, asciende a 21 por cada 1000 niños vivos. (ver Tabla N°06)

Tabla N°06 Tasa de mortalidad infantil y en la niñez según departamento entre 2017 -2018.
(Por cada 1 000 nacidos vivos)
(Estimaciones realizadas con información de los diez años anteriores a la encuesta)

| Departamento | Tasa de Mortalidad Infantil 2017-2018 d/ | Tasa de Mortalidad en la Niñez 2017-2018 d/ |
|---|---|---|
| Amazonas | 18 | 24 |
| Áncash | 19 | 23 |
| Apurímac | 18 | 24 |
| Arequipa | 11 | 13 |
| Ayacucho | 18 | 24 |
| Cajamarca | 19 | 23 |
| Callao | 11 | 13 |
| Cusco | 18 | 24 |
| Huancavelica | 18 | 24 |
| Huánuco | 21 | 27 |
| Ica | 11 | 13 |
| Junín | 21 | 27 |
| La Libertad | 11 | 13 |
| Lambayeque | 11 | 13 |
| Lima | 11 | 13 |
| Provincia de Lima 1/ | - | - |
| Región Lima 2/ | - | - |
| Loreto | 21 | 27 |
| Madre de Dios | 19 | 23 |
| Moquegua | 11 | 13 |
| Pasco | 21 | 27 |
| Piura | 19 | 23 |
| Puno | 18 | 24 |
| San Martín | 21 | 27 |
| Tacna | 19 | 23 |
| Tumbes | 19 | 23 |
| Ucayali | 18 | 24 |

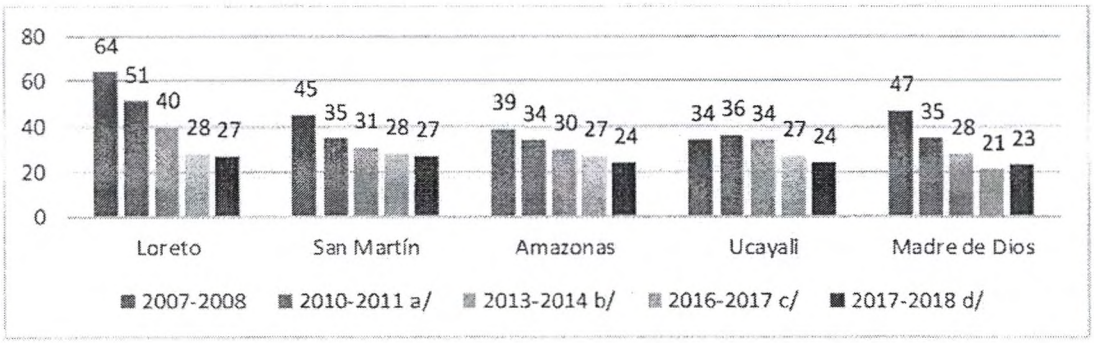
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI

Según el informe Global Burden of Disease, se presenta de manera inédita los registros de muertes en la niñez en 99 países de ingresos medios, entre ellos Perú, desde 2000 a 2017. En el mismo se indicaba, que la mortalidad infantil en el Perú ***era cuatro veces mayor en la Amazonía que en Lima,*** un niño nacido en Perú de menos de 5 años tiene cuatro veces más probabilidades de morir si nació en las provincias de la Amazonía que en las zonas urbanas como Lima y el Callao. Asimismo, dicho estudio indica que la mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años se encuentra en la provincia amazónica Mariscal Ramón Castilla, ubicada en la región de Loreto, donde en 2017, hubo 39,8 muertes por cada mil niños nacidos vivos.[11]

[11] La mortalidad infantil en Perú es cuatro veces mayor en la Amazonía que en Lima. Fecha 22 octubre 2019.
https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-mortalidad-infantil-en-peru-es-cuatro-veces-mayor-amazonia-que-lima/20000013-4093035.

Según datos obtenidos del INEI, se observa que la tasa de mortalidad en la niñez en la región oriente del Perú, si bien se muestra el decrecimiento, las tasas de mortalidad se encuentran en 25 por cada 1000 niños vivos, los cuales son muy superiores al promedio nacional. Ver Gráfico N°5

Gráfico N°05. Tasa Mortalidad en la niñez según departamento - 2017




Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI

Según INEI, en su nota de prensa N°123, del 11 de julio del 2019, indican que la tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en el quinquenio 2015-2020 será de 13 defunciones por cada mil nacidos vivos y entre los años 2030-2035, de 12 defunciones logrando en el último quinquenio a 11 defunciones por cada mil nacidos vivos; sin embargo, no es la realidad. La región oriente del Perú, tiene valores muy superiores.

Según el II Censo de comunidades indígenas de la Amazonía Peruana 2007, el 74.8% de las comunidades indígenas se encuentran en los departamentos de Amazonas, Madre de Dios, Loreto, San Martín y Ucayali. En total son 1,336 comunidades que se encuentran en las regiones del oriente. Según Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNICEF TACRO), la mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que la de los no indígenas: 48 por mil nacidos vivos comparado con 30 por mil, respectivamente; la brecha es aún mayor respecto de la probabilidad de morir antes de los 5 años de vida, con una sobre mortalidad del 70%.

### 1.5 Asignación presupuestal en salud en la Región Oriente

El presupuesto del sector **Salud para el año 2019 ascendió a S/ 18,217,115,676, el cual aumento en un 13.7%** respecto a los recursos del 2018. Este dinero asignado al sector Salud representa el **10.8% del presupuesto público para el 2019[12].**

Según Reporte de Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas al 2019, el Presupuesto Inicial de Apertura – PIA, transferido a los gobiernos regionales fue de 29,915,914,285.00, siendo un total de 14,487,481,234 (48%) destinado a programas presupuestales en salud. Solo el 169,562,217 (1.17%) estuvo destinado al programa de Prevención y Control de Cáncer. Mientras que el PIA al 2020, ascendió a 31,906,686,108, y 14,917,469,576 (46%) estuvo destinado al sector salud, del mismo modo se destinó

[12] Radio Programas del Perú. Cómo se distribuye y ejecuta el presupuesto del sector salud. https://rpp.pe/economia/economia/como-se-distribuye-y-ejecuta-el-presupuesto-del-sector-salud-noticia-1217627?ref=rpp

165,876,683 (1.1%) a programas de Prevención y Control de Cáncer. El presupuesto para este fin se redujo del 2020 al 2019, en 2.17%.

El Presupuesto modificado para la Región Amazonas el 2019 fue de 1,126,138,048, siendo el presupuesto destinado a salud S/. 391,868,335 (34%) y para prevención y control de cáncer el 0.38%. El Presupuesto de modificado para la Región Loreto el 2019 fue de 2,120,189,747, siendo el presupuesto destinado a salud S/. 994,403,069 (46%) y para prevención y control de cáncer 0.004%. ver Tabla N° 07 y 08 respectivamente.

Tabla Nº 07. Programas presupuestales en Salud para la Región Amazonas - 2019

| Categoria Presupuestal | PIA | PIM |
|---|---|---|
| 0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 102,627,965 | 110,141,429 |
| 0002: SALUD MATERNO NEONATAL | 24,850,476 | 37,462,905 |
| 0016: TBC-VIH/SIDA | 3,868,575 | 4,120,506 |
| 0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS | 6,897,530 | 7,230,099 |
| 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | 9,972,866 | 14,414,832 |
| 0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER | 1,159,694 | 1,525,325 |
| 0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES | 8,565,324 | 8,215,965 |
| 0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS | 3,376,457 | 4,764,451 |
| 0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 207,086 | 209,076 |
| 0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL | 1,870,489 | 5,204,641 |
| 9001: ACCIONES CENTRALES | 48,905,402 | 58,973,082 |
| 9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS | 98,908,145 | 139,606,024 |
| TOTAL | **311,210,009** | **391,868,335** |

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2019

Tabla Nº 08. Programas presupuestales en Salud para la Región Loreto 2019

| Categoria Presupuestal | PIA | PIM |
|---|---|---|
| 0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 47,417,446 | 71,999,648 |
| 0002: SALUD MATERNO NEONATAL | 34,745,635 | 55,832,521 |
| 0016: TBC-VIH/SIDA | 12,462,885 | 17,398,624 |
| 0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS | 20,039,587 | 29,997,928 |
| 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | 11,977,726 | 22,734,192 |
| 0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER | 3,493,090 | 4,170,056 |
| 0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES | 5,462,633 | 6,102,219 |
| 0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS | 8,420,293 | 12,978,659 |
| 0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 447,737 | 445,977 |
| 0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL | 1,985,860 | 6,502,151 |
| 9001: ACCIONES CENTRALES | 215,891,707 | 246,525,398 |
| 9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS | 369,812,386 | 519,715,696 |
| | **732,156,985** | **994,403,069** |

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2019

El Presupuesto de modificado para la Región Madre de Dios el 2019 fue de 495,428,155 siendo el presupuesto destinado a salud S/. 198,403,711 (40%). El Presupuesto de modificado para la Región Ucayali

el 2019 fue de 1,264,161,425 siendo el presupuesto destinado a salud S/. 599,955,722 (47%). Ver tabla N°09 y N°10 respectivamente.
El Presupuesto de modificado para la Región San Martín el 2019 fue de 1,559,891,831 siendo el presupuesto destinado a salud S/. 694,007,137 (44%). Ver tabla N°11.

Tabla Nº 09. Programas presupuestales en salud para la Región Madre de Dios - 2019

| Categoría Presupuestal | PIA | PIM |
|---|---|---|
| 0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 11,135,316 | 18,341,148 |
| 0002: SALUD MATERNO NEONATAL | 8,729,990 | 14,584,264 |
| 0016: TBC-VIH/SIDA | 6,917,309 | 8,640,098 |
| 0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS | 6,279,818 | 8,691,667 |
| 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | 2,830,124 | 4,666,464 |
| 0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER | 1,315,518 | 1,620,403 |
| 0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES | 3,087,887 | 3,872,448 |
| 0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS | 2,134,924 | 3,366,609 |
| 0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 479,620 | 460,668 |
| 0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL | 2,259,584 | 3,913,279 |
| 9001: ACCIONES CENTRALES | 40,053,065 | 47,047,763 |
| 9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS | 68,561,093 | 83,198,900 |
| **TOTAL** | **153,784,248** | **198,403,711** |

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2019

Tabla Nº 10. Programas presupuestales en Salud para la Región Ucayali - 2019

| Categoría Presupuestal | PIA | PIM |
|---|---|---|
| 0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 47,202,340 | 62,130,625 |
| 0002: SALUD MATERNO NEONATAL | 31,456,762 | 43,101,566 |
| 0016: TBC-VIH/SIDA | 7,253,280 | 7,930,850 |
| 0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS | 9,753,404 | 10,892,481 |
| 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | 3,487,285 | 6,323,904 |
| 0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER | 2,239,923 | 2,467,776 |
| 0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES | 3,946,166 | 4,445,508 |
| 0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS | 5,986,281 | 7,732,631 |
| 0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 181,123 | 187,096 |
| 0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL | 1,960,658 | 4,596,179 |
| 9001: ACCIONES CENTRALES | 77,192,828 | 96,977,603 |
| 9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS | 234,908,383 | 353,169,503 |
| **TOTAL** | **425,568,433** | **599,955,722** |

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2019

Tabla Nº 11. Programas presupuestales en Salud para la Región San Martin - 2019

| Categoria Presupuestal | PIA | PIM |
|---|---|---|
| 0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 41,634,086 | 61,711,077 |
| 0002: SALUD MATERNO NEONATAL | 39,225,180 | 52,686,091 |
| 0016: TBC-VIH/SIDA | 12,458,489 | 14,123,207 |
| 0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS | 9,370,328 | 10,224,454 |
| 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | 8,781,266 | 16,752,085 |
| 0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER | 5,036,981 | 6,047,155 |
| 0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES | 4,605,298 | 5,364,497 |
| 0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS | 14,277,466 | 8,633,192 |
| 0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 1,065,941 | 1,638,207 |
| 0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL | 2,435,524 | 6,125,942 |
| 9001: ACCIONES CENTRALES | 131,927,860 | 163,367,189 |
| 9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS | 218,568,755 | 347,334,041 |
| **TOTAL** | **489,387,174** | **694,007,137** |

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2019

Aun cuando el sistema público de seguro de salud fue diseñado para hacer presupuestos basados en resultados, en la práctica, la asignación de gastos de salud parece basarse todavía en los presupuestos históricos[13]. En resumen, el presupuesto total al 2019, destinado para las cinco regiones fue de S/. 6,565,809,206 (21%) de un total de S/. 29,915,914,285 destinado a las 26 regiones. Asimismo, del total de presupuesto destinado a salud S/. 14,487,481,234 para todos los gobiernos regionales, el total destinado a las 5 regiones ascendió a 2,878,637,974 (19%).

Respecto al presupuesto asignado el año 2019 para proyectos de inversión pública en el sector salud, la Macro Región Oriente solo ejecutó S/.362.8 millones (73.2%) de su presupuesto asignado para este tipo de proyectos, el año 2018, ejecutó 78% del presupuesto informe del Centro de Investigación Empresarial (CIE) de PERUCÁMARAS. El total de presupuesto destinado para dichos proyectos, se distribuía de la siguiente manera; 71,8% correspondió a fortalecimiento de los servicios (S/ 349.6 millones), 25,6% a construcción y equipamiento (S/ 124.5 millones), 2,3% a ampliaciones y remodelaciones (S/ 11.1 millones) y 0,3% a estudios de preinversión (S/ 1.6 millones)[14]. Entre las regiones con mayor ejecución presupuestal estuvieron Ucayali (91,2%) y San Martín (81,6%), más atrás se ubicaron Loreto (63%) y por último Amazonas (20,8%).

## 1.6 Infraestructura Hospitalaria

Según el documento técnico "***Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector salud***", emitido con Resolución Ministerial N°358-2019-MINSA, menciona lo siguiente;

- N°establecimientos de salud de nivel I con capacidad instalada inadecuada: 4,645
- N°nuevos establecimientos de salud de nivel I por implementar: 281.
- N°hospitales con capacidad instalada inadecuada:188
- N°nuevos hospitales por implementar:172.

[13] Perú Revisión del Gasto Público. Banco Mundial. 16 de junio de 2017. http://documents1.worldbank.org/curated/es/554021521229272108/pdf/Peru-Revision-del-Gasto-Publico-2018-final.pdf

[14] Según diario el Economista América. 02 de marzo del 2020. Macro región Oriente ejecutó el 73.2% de presupuesto para inversión pública en salud. https://www.economiahoy.mx/economia-eAm-peru/noticias/10390797/03/20/Macro-Region-Oriente-ejecuto-732-de-presupuesto-para-inversion-publica-en-Salud.html

En los departamentos de Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali, aproximadamente el 50% (728) del total de establecimientos de salud de nivel I (1,608) se encuentran con una capacidad instalada inadecuada. En el mismo sentido, de un total de 28 hospitales ubicados en las regiones mencionadas en líneas precedentes, un total de 27 cuentan con una capacidad instalada inadecuada. Eso evidencia la gran necesidad de servicios de salud adecuados a nivel nacional y en la región oriente del Perú.

En el Perú, se tienen 14 institutos especializados de categoría III-2, 10 de ellos se encuentran en Lima, 1 en Piura, 1 en Arequipa y 2 en La Libertad. Dentro del informe técnico se indica los 14 institutos cuentan con una infraestructura instalada inadecuada, debido a que ninguno cumple con las normas técnicas de salud y de infraestructura y equipamiento, lo cual incide en la limitada calidad de atención.

Según el Plan Nacional de Infraestructura para la competitividad aprobado con Decreto Supremo N°238-2019-EF, el sector tiene una brecha de inversión en infraestructura de 18,944 millones de dólares a mediano plazo, para el periodo del 2016 – 2025. Asimismo, según el plan en mención, en el corto plazo (cinco años), existe una brecha de infraestructura de acceso básico de 117,183 millones de soles, el (31 %) de la brecha se concentra en el sector transportes, seguido de los sectores saneamiento (25 %), salud (24 %) y telecomunicaciones (10 %). Esto significa que se necesita un monto de 27,545 millones de soles para cubrir la brecha en el sector salud.

Mientras que en el largo plazo (veinte años), se obtuvo una brecha de infraestructura de acceso básico de 363,452 millones de soles. Es decir, se requiere este monto de inversión para alcanzar los niveles de acceso básico de infraestructura de grupos de países más desarrollados, como la OCDE, el (44 %) de la brecha se concentra en el sector transportes, seguido de los sectores saneamiento (20 %), salud (16 %) y agua (7 %). La inversión necesaria en el sector salud equivale a 58,727 millones de soles.

### 1.7 Índice de Seguridad Hospitalaria - ISH

En el año 2010, mediante Decreto Supremo N° 009-2010-SA se aprobó la Política Nacional de Hospitales Seguros Frente a los Desastres, la cual ha servido como marco de trabajo para las acciones a nivel nacional y regional en materia de mejoramiento de las condiciones de seguridad de las edificaciones de salud.

La finalidad de los programas de hospitales seguros frente a los desastres es velar no solo porque los establecimientos de salud sigan en pie en caso de emergencias y desastres, sino que continúen funcionando eficazmente y sin interrupción. Las emergencias y desastres exigen aumentar la capacidad de tratamiento, de modo que el hospital tiene que estar preparado para utilizar óptimamente sus recursos. El hospital ha de procurar que haya personal capacitado que proporcione un tratamiento de gran calidad, compasivo y equitativo a las víctimas y los supervivientes de emergencias, desastres y otras crisis[15].

Es a través del índice de seguridad hospitalaria – ISH, elaborado por la OPS y la OMS, que se evalúa la seguridad y los puntos vulnerables de un hospital, formula recomendaciones acerca de las medidas necesarias y promueve medidas de bajo costo y gran repercusión para mejorar la seguridad y fortalecer la preparación frente a emergencias. Una vez evaluado el establecimiento de salud, se clasifican los resultados en tres categorías y se establecen recomendaciones de intervención según calificación. (ver Tabla N°12)

[15] Índice de Seguridad Hospitalaria guía para evaluadores. https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2662-ish-guia-de-evaluadores-segunda-edicion&category_slug=hospital-safety-index-1&Itemid=1179&lang=en

Tabla N°12: Recomendaciones generales de intervención

| Índice de seguridad | Clasificación | ¿Qué debe hacerse? |
|---|---|---|
| 0 – 0.35 | C | Se necesita realizar intervenciones urgentes. No es probable que el hospital pueda funcionar durante ni después de emergencias y desastres, y los niveles actuales de seguridad y de capacidad de gestión de emergencias y desastres son insuficientes para proteger la vida de los pacientes y del personal en dichas circunstancias. |
| 0.36 – 0.65 | B | Se necesita realizar intervenciones a corto plazo. Los niveles actuales de seguridad y gestión de emergencias y desastres ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y del personal del hospital, así como la capacidad de éste para funcionar durante y después de emergencias y desastres. |
| 0.66 – 1 | A | Es probable que el hospital funcione en caso de emergencias y desastres. Sin embargo, se recomienda que el establecimiento continúe aplicando las medidas para mejorar la capacidad de gestión de emergencias y desastres y ponga en práctica medidas a plazo corto y mediano para mejorar el nivel de seguridad en casos de emergencias y desastres. |

Fuente: Política nacional de hospitales seguros frente a los desastres.

Según el Informe de Evaluación del Plan de Acción de Hospitales Seguros ante Desastres 2010 – 2015[16], de 7,979 establecimientos de salud que tiene el Ministerio de salud, 175 son hospitales y 7,804 son centros de primer nivel de atención. De este total, se evaluaron 292, encontrándose el 61.9 % en categoría "C". (ver Tabla N° 13)

Tabla N°13: Ipress evaluadas mediante ISH al 2015

| Evaluación de IPRESS mediante el ISH según prestador y niveles de atención. Perú al 2015 Institución prestadora | Total | Categoría A | Categoría B | Categoría C | Total de existentes |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ministerio de Salud** | **292** | **25** | **86** | **181** | **7979** |
| Hospitales | 162 | 14 | 50 | 98 | 175 |
| | 100% | 9% | 31% | 60% | |
| Primer nivel | 130 | 11 | 36 | 83 | 7804 |
| | 100% | 9% | 27% | 63% | |

Fuente: Política nacional de hospitales seguros frente a los desastres 2017

Del total de IPRESS de ESSALUD (395), con 276 establecimientos fueron evaluadas hasta el mes de agosto del año 2017 (lo que representa un 70% del total) (ver Tabla N°14). De los evaluados, 90 IPRESS tienen categoría "C" (54%), 143 establecimientos tienen categoría "B" y 33 en tienen categoría "A". Asimismo, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 417-PE-EsSalud-2017, se aprueba el Plan de Mejora de las Condiciones de Seguridad en IPRESS Priorizadas de EsSalud, en el cual se detallan las 18 IPRESS priorizadas que tienen una categoría de ISH "C" y los cuales deberían de ser intervenidas de manera inmediata. Asimismo, detalla que son 51 IPRESS con ISH "B" que deben ser priorizadas[17].

[16] Política nacional de hospitales seguros frente a los desastres 2017. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4325.pdf
[17] Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 417-PE-EsSalud-2017

Tabla N°14: Resumen de Ipress evaluadas mediante ISH al 2017

| E.E.S.S según niveles de atención | Nº de E.E.S.S Totales | Nº DE EE.SS. Evaluados | % EE.SS. Evaluados |
|---|---|---|---|
| NIVEL I (CAP, CM y PM) | 291 | 179 | 60.07% |
| NIVEL II (H I, II, III ,IV y Salud Renal) | 81 | 80 | 98.78% |
| NIVEL III (HN e Inst. Espec.) | 8 | 8 | 90.00% |
| Institutos | 2 | 1 | 50% |
| Anexos | 6 | 3 | 50% |
| Centros | 7 | 5 | 71.41% |
| TOTAL | 395 | 276 | 70% |

Fuente: Oficina de Defensa Nacional – Essalud 2017

Al año 2019, se han evaluado 39 IPRESS de las Redes Asistenciales de Essalud perteneciente a la Región Macro Oriente. Entre las Redes Asistenciales (R.A) se encuentran la R.A Amazonas, R.A Loreto, R.A Madre de Dios, R.A Tarapoto, R.A Ucayali y la R.A Moyobamba. De las 39 IPRESS de la lista, 9 se encuentran en categoría "C", 21 en categoría "B", 5 en categoría "A" y 4 en pendiente. (Ver Tabla N°15)

Tabla N°15: Ipress de Redes Asistenciales de la Región Macro Oriente evaluadas – al 2019.

| Red Asistencial | CENTRO ASISTENCIAL | Nivel | Categoria | ISH |
|---|---|---|---|---|
| Amazonas | El Buen Samaritano | II | H - I | C |
| Amazonas | Héroes del Cenepa | II | H - I | B |
| Amazonas | Higos Urco | II | H - I | B |
| Amazonas | Imaza | I | CAP I | B |
| Amazonas | Lamud | I | CAP I | B |
| Amazonas | Lonya Grande | I | CAP I | B |
| Amazonas | Ocalli | I | CAP I | B |
| Amazonas | Pedro Ruiz Gallo | I | CAP I | B |
| Amazonas | Rodriguez de Mendoza | I | CAP II | B |
| Amazonas | Santa Maria Nieva | I | CAP II | C |
| Loreto | Caballococha | I | CAP II | C |
| Loreto | Iquitos | II | H - III | C |
| Loreto | Metropolitano - Iquitos | I | CAP III | C |
| Loreto | Nauta | I | CAP II | A |
| Loreto | Punchana | I | CAP III | A |
| Loreto | Requena | I | CAP II | Pendiente |
| Loreto | San Juan Bautista | I | CAP II | B |
| Loreto | Yurimaguas | II | H - I | C |
| Loreto | San Antonio el Estrecho | I | CAP I | C |
| Madre de Dios | Iberia | I | PM | A |
| Madre de Dios | Mazuko | I | PM | B |
| Madre de Dios | Víctor Alfredo Lazo Peralta | II | H - I | B |
| Tarapoto | Bellavista | I | PM | B |
| Tarapoto | Juanjui | II | H - I | B |
| Tarapoto | Lamas | I | PM | B |
| Tarapoto | Saposoa | I | PM | B |
| Tarapoto | Tarapoto | II | H - II | B |
| Tarapoto | Morales | I | CM | B |
| Tarapoto | Metropolitano | I | CAP III | B |
| Ucayali | Aguaytía | I | PM | B |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ucayali | Alamedas | I | PM | A |
| Ucayali | Atalaya | I | PM | Pendiente |
| Ucayali | Campo Verde | I | CAP I | Pendiente |
| Ucayali | Contamana (Loreto) | I | PM | B |
| Ucayali | Manantay | I | CAP I | Pendiente |
| Ucayali | Pucallpa | II | H - II | B |
| Moyobamba | Alto Mayo (Moyobamba) | II | H - I | A |
| Moyobamba | Nueva Cajamarca | I | CAP I | C |
| Moyobamba | Rioja | II | H - I | C |

Fuente: Essalud Oficina Defensa Nacional 2019.

Las IPRESS que se encuentran con categoría ISH "C" son establecimientos en los cuales se necesitan tomar medidas inmediatas ya que los niveles de seguridad son insuficientes para proteger la vida de los pacientes y personal durante y después de un desastre o emergencia[18]. Cabe resaltar que este instrumento, evalúa tres dimensiones, la estructural, no estructural y funcional. Dentro de estas dimensiones se encuentran;

- **Seguridad Estructural**; tipo de estructura, materiales y antecedentes de exposición a amenazas naturales y de otro tipo y si la estructura física cumple con las normas: tipo de diseño, estructura, materiales de construcción y elementos de la estructura considerados críticos.
- **Seguridad No Estructural**; No implican peligro para la estabilidad del edificio, pero pueden poner en peligro la vida o la integridad de las personas dentro del edificio. Se evalúan (zonas estructurales estratégicas: soportes, anclajes y depósito seguro, capacidad de los equipos de continuar, reserva y válvulas de seguridad, conexiones alternas, otros, ***líneas vitales***, los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado en áreas críticas, los equipos médicos de diagnóstico y tratamiento, revestimiento del edificio, puertas, ventanas y voladizos, penetración de agua, impacto de objetos volantes, vías de acceso, iluminación, protección contra incendios, falsos techos y otros).
- **Seguridad Funcional**; La organización técnica y administrativa de su personal para responder a dichas situaciones: organización general del cuerpo directivo, la implementación de planes y programas, la disponibilidad de recursos, el grado de desarrollo y la preparación de su personal, plan hospitalario para casos de desastre.

Según la política de hospitales seguros los establecimientos deberían de tener planes de contingencia frente a eventos de emergencias y mejorar en cada evaluación el resultado de su ISH. Se evidencia que aún se cuenta con una brecha muy alta de hospitales sin evaluar y que muchos de estos establecimientos se encuentran en categoría "C", los cuales frente a la pandemia Covid 19, han evidenciado que no se encuentran preparados para este tipo de emergencias.

### 1.8 Cáncer en niños en la Macro Región Oriente

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes en todo el mundo. En los países de ingresos altos, más del 80% de los niños afectados de cáncer se curan, pero en muchos países de ingresos medianos y bajos la tasa de curación es de aproximadamente el 20%[19,20]. Según la

[18] Índice de Seguridad Hospitalaria guía para evaluadores.https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2662-ish-guia-de-evaluadores-segunda-edicion&category_slug=hospital-safety-index-1&Itemid=1179&lang=en
[19] Gupta S, Howard SC, Hunger SP, et al. Treating Childhood Cancer in Low- and Middle-Income Countries. In: Disease Control Priorities, volume 3. http://dcp-3.org/chapter/900/treating-childhood-cancers-low-and-middle-income-countries
[20] Howard SC, Zaidi A, Cao X, et al. The My Child Matters programme: effect of public-private partnerships on pediatric cancer care in low-income and middle-income countries. Lancet Oncol. 2018;19(5): e252-e266

Organización Mundial de la salud, el cáncer en los niños no se puede prevenir, la estrategia más eficaz para reducir su carga consiste en centrarse en el diagnóstico precoz y correcto, seguido de una terapia eficaz[21].

Según el Informe Diagnóstico Temprano de Cáncer en la Niñez elaborado por la organización Panamericana de la Salud el 2014, la demora en la remisión de un paciente con cáncer y la iniciación tardía o suspensión del tratamiento pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte. "*La demora no debe generarse en los servicios de salud y ése es nuestro compromiso con los niños*"[22]. Según el referido informe la información sobre cánceres más frecuentes en niños según grupos de edad se encuentra en el Gráfico Nº 6.

Gráfico Nº 06. Cánceres más frecuentes en niños según grupos de edad

| Cánceres más frecuentes | | |
|---|---|---|
| Menores de 5 años | 5 a 10 años | Mayores de 10 años |
| Leucemias | Leucemias | Leucemias |
| Neuroblastoma | Linfoma no Hodgkin | Linfoma no Hodgkin |
| Tumor de Wilms | Linfoma Hodgkin | Linfoma Hodgkin |
| Tumores testiculares (saco vitelino) | Tumores del SNC | Tumores del SNC |
| Retinoblastoma | Sarcoma partes blandas | Tumor de células germinales (ovario, extragonadales) |

Fuente: Informe Diagnóstico Temprano en la niñez – Organización Mundial de la Salud 2014

Según el Plan Nacional para Atención Integral de la Leucemia Linfática Aguda en pacientes 1 a 21 años – Plan Salvador 2017 -2021[23], emitido por el Ministerio de Salud, el año 2017, entre las leucemias más frecuentes, la Leucemia Linfática Aguda (LLA), constituye la neoplasia más frecuente en la niñez y adolescencia, representando el 80% del total de leucemias agudas. Es preciso indicar que el 90% de pacientes residentes en países desarrollados alcanzan la curación; sin embargo, en países como el nuestro, solamente entre el 35% a 45% de pacientes con LLA, que inician tratamiento, puede llegar a curarse

Según el Plan en mención, de acuerdo al registro de Cáncer de Lima Metropolitana, la incidencia de cáncer en el periodo 2010 – 2012 fue de 162,9 casos por millón de niños y 142 casos por millón de niñas entre los 0 – 14 años de edad. Entre los canceres más frecuentes en niños se encontraron las neoplasias

[21] Según Organización Panamericana de la Salud. El cáncer infantil. Fecha 28.09.2018. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children#:~:text=El%20problema-El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20de%20las%20principales%20causas%20de%20mortalidad,%25%20%5B2%2D3%5D.

[22] Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. Washington, D.C. 2014. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34851/9789275318461-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[23] Plan Nacional para Atención Integral de la Leucemia Linfática Aguda en pacientes 1 a 21 años – Plan Salvador 2017 -2021, emitido con Resolución Ministerial M 383 -2017 Minsa file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/cancer/Plan%20Nacional%20para%20atenci%C3%B2n%20Integral%20de%20la%20Leucemia%20Linfatica%20aguda%20en%20pacientes%201%20a%2021%20a%C3%B1os.pdf

hematológicas (leucemias) y los tumores del sistema nervioso (SNC), seguido de los linfomas. Asimismo, el promedio anual de casos del periodo 2010-2012 fue superior en 10% al periodo 2004-2005, más de un tercio de todas las neoplasias malignas en los niños fueron leucemias (62,2 casos por millón), cifras mayores respecto al periodo 2004-2005 (56,1 casos por millón).

En febrero del año 2017, la Agencia Internacional para la Investigación del cáncer (IARC) publicó la "Incidencia Internacional de Cáncer Infantil en su volumen III", el cual indicaba que las neoplasias oncológicas pediátricas del país son básicamente tratadas en el MINSA por el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), mientras que el Instituto Nacional del Niño de Especialidades (INSN - San Borja), básicamente recibe algunas leucemias agudas, sobre todo para el tratamiento con trasplante de médula ósea. En tanto Essalud, cuenta con varios centros con especialización en el tratamiento de LLA, básicamente en Hospitales Nacionales en Lima Metropolitana, Arequipa y Chiclayo; en lo que corresponde a los Hospitales de las Fuerzas Armadas y del Hospital de la Policía Nacional del Perú, estos envían sus pacientes con LLA al INEN.

Según el informe, la carga de pacientes pediátricos con problemas oncológicos, en ese año, desbordó la capacidad del INEN; respecto al INSN – San Borja, mencionan que, en un periodo de 3 años, solo en casos de LLA, recibieron 105 casos, un promedio de 35 casos por año; sin embargo, solo cuentan con 10 a 12 camas para la atención de este tipo de pacientes. En ambas instituciones de cada de cada 3 pacientes 2 vinieron de provincias

Según el Boletín epidemiológico del Perú, para el período comprendido entre enero y diciembre de 2017, se registró 10,650 casos de cáncer; de los cuales, 7 537 correspondieron a casos nuevos (70,8 %); mientras que, para el período comprendido entre enero y diciembre del año 2018, se registraron 11,836 casos de cáncer; de los cuales, 7,627 correspondieron a casos nuevos (64,4 %), los casos procedían de 46 establecimientos notificantes a nivel nacional. Del total de casos registrados en ambos años de evidencia, 358 pacientes fueron niños y adolescentes menores a 19 años.[24,25]

Respecto a los casos de cáncer registrados en esos mismos años, del boletín epidemiológico se pueden analizar datos y en los departamentos de Ucayali, Loreto, Madre de Dios y Amazonas los casos de cáncer ascendieron a 427, 208, 32 y 6 respectivamente, lo que da un total de 673 casos en total. Cabe mencionar que el cáncer fue detectado en mayor frecuencia cuando los pacientes acudieron a un establecimiento de salud por los síntomas ocasionados por el cáncer (Presentación clínica con síntomas) que representó el 63,9 % de los casos; esto indica que el diagnóstico se realiza tardíamente.

Las causas de las menores tasas de supervivencia en los países de ingresos medianos y bajos son la incapacidad de obtener un diagnóstico preciso, la inaccesibilidad de los tratamientos, el abandono del tratamiento, la muerte por toxicidad (efectos secundarios) y el exceso de recidivas, en parte debidas a la falta de acceso a medicamentos y tecnologías esenciales; dar respuesta a estas deficiencias aumenta la supervivencia y puede ser altamente costo eficaz.

Es preciso acercar el tratamiento a las distintas áreas geográficas del país y conseguir que nuestra curva de supervivencia se acerque progresivamente al ideal alcanzado en los países desarrollados, disminuyendo drásticamente los abandonos por cualquier causa, lo cual conlleva a un esfuerzo mucho mayor que solamente consistiría en tratar pacientes, es necesario educar, informar, hacer seguimiento cercano, ya que los abandonos o toxicidad prohibitiva significan más dinero para gastar y menos resultados para obtener.

---

[24] Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 27 - SE 52. Semana Epidemiológica (del 23 al 29 de diciembre de 2018. file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/cancer%202018.pdf

[25] Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 27 - SE 31. Semana Epidemiológica (del 29 al 04 de agosto de 2018) file:///E:/Congreso/Proyectos%20de%20Ley%20anterior%20parlamento/Ley%20Instituto%20del%20Ni%C3%B1o/cancer%202017.pdf

Una de las razones más importantes en la disminución de la supervivencia de pacientes con LLA es el alto porcentaje de abandono del tratamiento. Las causas son diversas, comenzando porque la mayoría viene de provincias y no cuentan con recursos para permanecer mucho tiempo en Lima Metropolitana, falta de acceso a servicios de salud especializados cercanos a su domicilio, elementos psicológicos, sociales, culturales y económicos, etc.[26]

## II.- ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

**Constitución Política del Perú, promulgada el año 1993**

**Capítulo II: De los Derechos Sociales y Económicos**

- artículo Nº 7, "Todos tienen derecho a la protección de la salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; asimismo,
- artículo Nº 9, "El estado determina la política de salud de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud.
- artículo Nº 10, "El estado debe de reconocer el derecho universal y progresiva de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

**Ley General de Salud Nº 26842**

- Numerales II y VI: La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regular la, vigilarla y promoverla, así como la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado el promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública.

**Ley que aprueba el nuevo código de los niños y adolescentes Nº 27337,**

- artículo Nº 21, "El niño y el adolescente tienen derecho a una atención integral, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas"

## III.- LEGISLACIÓN COMPARADA

### Argentina

- Decreto Nacional N°598 de fecha 20 de abril de 1987, mediante el cual se crea el ente "Hospital de Pediatría-Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad".

**"Anexo II**
**Estatuto del Hospital de Pediatría – Servicio de Atención Médica Integral.**
**Capítulo I**
**De la Denominación, Objeto y Domicilio**
Artículo 1° Créase la entidad sin fines de lucro, que se denominará: Hospital de Pediatría – Servicio de Atención Médica Integral para la comunidad, que se regirá por las disposiciones del presente Estatuto del Convenio que le dio origen de la Ley N° 17.102 y Decreto Reglamentario N° 8,248|1968,

[26] Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. Washington, D.C. 2014. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34851/9789275318461-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(...).

**Capítulo II**

Artículo 4°, El Establecimiento ajustará su desarrollo a los lineamientos que en materia de atención de la salud se fijen para el área, integrando la red de servicios de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, como Hospital General de niños y adolescentes, comportándose además como Hospital de referencia para el Área Metropolitana y Centro de Derivación de patologías complejas para el resto del país. Asimismo, deberá resolver la emergencia que surja de la demanda espontánea y toda aquella que requiera de compleja estructura, podrá brindar servicios de diagnóstico y tratamiento a otros grupos etáreos, de acuerdo a su capacidad operativa."

- Ley 14.649, creación del "Hospital de niños Ricardo Gutiérrez", dada en el año 1946.[27]
  Este hospital pediátrico de alta complejidad, funciona como referente principal de la región, tanto en Argentina como para los países limítrofes. Desde su creación marcó el rumbo en el devenir de la Pediatría a nivel nacional y se desarrollaron en su seno todas las especialidades pediátricas.

## Ecuador

- Decreto N°3022, mediante el cual se crea el Hospital del Niño de la ciudad de Guayaquil, provincia de Guayas, denominándolo "Doctor Francisco de Icaza Bustamante".[28]
  El Hospital "Francisco de Icaza Bustamante" abre sus puertas en el año 1982 y es calificado como de tercer nivel, pertenece al Ministerio de Salud Pública y ofrece atención a los niños comprendidos entre los cero días de nacidos hasta los quince años, en todas las especialidades pediátricas.

## Panamá

- Decreto Ley N°17, de fecha 23 de agosto 1958, mediante el cual se crea el Hospital del Niño de Panamá.
  "Artículo 1°. - Establece una Institución de Asistencia Infantil que se denominará Hospital del Niño, la cual tendrá patrimonio propio, personería jurídica y autonomía en su régimen administrativo, funcionará en la ciudad de Panamá y tendrá los siguientes objetivos:
  1.- Prestar atención médica a los niños, en todos los servicios que tengan establecidos o que se establezcan especialmente a los más necesitados económicamente.
  2.- Propagar por todos los medios posibles la enseñanza de la Pediatría, a médicos y estudiantes de medicina, enfermeras, estudiantes de enfermería y personal auxiliar.
  3.- Fomentar la investigación científica y los estudios de problemas médico-sociales de la niñez.
  (...)[29]
- Ley 18, de fecha 30 de septiembre del 2014, mediante el cual se denomina al Hospital del Niño de Panamá, como hospital del niño "Doctor José Renán Esquivel"[30]

## Uruguay

- Ley N°15977, de fecha 14 de setiembre de 1988, mediante cual se crea el Instituto Nacional del Menor, Niño y Adolescente de Uruguay, Reglamentada por el Decreto N° 877/988 de fecha 27 de diciembre de 1988.
  "Artículo 1°. - Créase el Instituto Nacional del Menor, servicio descentralizado con personería jurídica y domicilio legal en Montevideo. El Instituto Nacional del Menor sucederá al Consejo del Niño y

---

[27] http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Revista-Ni%C3%B1os-257-4-5.pdf
[28] Registro Oficial. Órgano del Gobierno de Ecuador. 19 de diciembre de 1985 http://hfib.gob.ec/images/transparencia/2015/normas-creaci%C3%B3n-legal.pdf
[29] Decreto Ley N°17. República de Panamá. Asamblea Legislativa Legispan. 08 de septiembre de 1958 https://docs.panama.justia.com/federales/decretos-leyes/17-de-1958-sep-8-1958.pdf
[30] Ley 18 que denomina al hospital del niño doctor José Renán Esquivel al Hospital del Niño .30 de septiembre 2014. https://hn.sld.pa/transparencia/ley-18_nombre_hn_48307/

funcionará de acuerdo con las normas pertinentes de la Constitución de la República y de esta ley. (...)"[31]

## IV.- EFECTOS DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

El presente Proyecto de Ley, permite al Estado proteger los derechos fundamentales de todo ser humano, que es el derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar, además, el Concebido es sujeto de derecho en todo en cuanto le favorece. Cabe mencionar, que, al establecer el Instituto del Niño en la Macro Región Oriente, ayudará a mitigar las falencias del Estado en las zonas más alejadas del Perú. Con ésta institución impulsará la salud, el bienestar y más aún la esperanza vida de muchos niños de bajos recursos.

Finalmente, el Instituto del Niño en la Macro Región Oriente, ayudará en la descentralización de la atención de salud a los niños, que por años está ubicado en la ciudad de Lima, ayudando a disminuir la carga focalizada en la capital.

## V.- ANALISIS COSTO BENEFICIO

El presente Proyecto de Ley no genera gasto al erario nacional ya que tiene como objetivo normar la publicidad estatal, reduciendo en gran medida los gastos en los que las entidades estatales puedan incurrir al no tener una norma de carácter regulatoria como la presente.

## VI.- VINCULACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La presente Ley Legislativa va en concordancia con las políticas del Acuerdo Nacional, según la política N°13: "Acceso Universal a los Servicios de Salud y la Seguridad Social", la cual se compromete en asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Asimismo, el compromiso es el de promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

En ese sentido, el estado con ese objetivo en mención, ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados.

[31] Ley N° 15.977. Instituto Nacional del Menor. Se crea al Instituto Nacional del menor que sucederá al Consejo del Niño y se le fijan sus cometidos. http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/695/1483-Ley%20N15977%20Creacion%20INAU.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23/11/2023

Lima, 22 de noviembre del 2023

**OFICIO Nº 476 -2023-2024/STQB-CR**

Señor
**ALEJANDRO SOTO REYES**
**Presidente del Congreso de la República**
**Mesa Directiva 2023-2024**
Presente

**ASUNTO:** Solicito el desarchivamiento del Proyecto de Ley 6196/2020-CR

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente, y al mismo tiempo, hacer de su conocimiento que el **Proyecto de Ley 6196/2020-CR - Proyecto de Ley que establece de necesidad pública la construcción del Instituto del Niño que brindará atención especializada a la población de la Macro Región Oriente**, presentado por el ex Congresista de la República, Eduardo Geovanni Acate Coronel en el periodo legislativo 2020-2021, el cual desde el 17 de agosto del 2021, se encuentra en el archivo del Congreso de la República.

Firmado digitalmente por: TELLO MONTES Nivardo Edgar FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/11/2023 10:22:08-0500

En tal sentido, haciendo mía esta propuesta, solicito a vuestro despacho, en su calidad de Presidente del Consejo Directivo del Congreso de la República, disponga el desarchivamiento y actualización del mencionado Proyecto de Ley, de manera que se pueda materializar este anhelo de la población del distrito de Tarapoto, provincia de San Martín, Región San Martín.

Agradeciendo anticipadamente la atención brindada al presente requerimiento, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Atentamente,

Firmado digitalmente por: MEDINA HERMOSILLA Elizabeth Sara FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/11/2023 12:44:44-0500

Firmado digitalmente por: QUIROZ BARBOZA Segundo Teodomiro FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/11/2023 10:29:07-0500

Firmado digitalmente por: MEDINA HERMOSILLA Elizabeth Sara FAU 20161749126 s
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/11/2023 12:46:09-0500

**DR. SEGUNDO T. QUIROZ BARBOZA**
**Congresista de la República**

Firmado digitalmente por: TACURI VALDIVIA German Adolfo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/11/2023 15:36:17-0500

Firmado digitalmente por: GUTIERREZ TICONA Paul Silvio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/11/2023 16:23:27-0500

Firmado digitalmente por: PAREDES GONZALES Alex Antonio FAU 20161749126 sof
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/11/2023 17:51:02-0

CONSEJO DIRECTIVO DEL
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 4 de diciembre de 2023

Con acuerdo del Consejo Directivo,

se actualiza el Proyecto de Ley

6196/2020-CR. —

GIOVANNI PORNO FLOREZ
Oficial Mayor
Director General Parlamentario (e)
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 5 de diciembre de 2023

**Oficio 239-2023-2024-ADP-CD/CR**

Señora congresista
**ELIZABETH SARA MEDINA HERMOSILLA**
Portavoz del Grupo Parlamentario Bloque Magisterial
de Concertación Nacional

Tengo el agrado de dirigirme a usted, por especial encargo del señor Presidente del Congreso de la República, para hacer de su conocimiento que el Consejo Directivo del Congreso, en su sesión realizada el 4 de diciembre de 2023 y con la dispensa del trámite de sanción del acta, acordó actualizar el Proyecto de Ley 6196/2020-CR, por el que se propone establecer de necesidad pública la construcción del Instituto del Niño, que brindará atención especializada a la población de la macrorregión oriente, en atención a la petición formulada con el Oficio 476-2023-2024/STQB-CR.

Con esta oportunidad reitero a usted, señora congresista, la expresión de mi especial consideración.

Atentamente,

**GIOVANNI FORNO FLÓREZ**
Oficial Mayor del Congreso de la República

JVCH/gsh/cvd.

c.c. Área de Trámite Documentario

1351947