



VARAS MELÉNDEZ ELÍAS MARCIAL

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

PROYECTO QUE LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA LA CREACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE SALUD CATEGORÍA I – 4 EN CADA DISTRITO DEL PERÚ.

Los Congresistas de la República que suscriben, miembros del Grupo Parlamentario **"Perú Bicentenario"**, a iniciativa del Congresista **Elías Marcial Varas Meléndez**, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y el literal c) del artículo 22°, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presentan la siguiente iniciativa legislativa.

El Congreso de la República:

Ha dado la Ley siguiente

FORMULA LEGAL

"LEY QUE DECLARA DE INTERES NACIONAL Y NECESIDAD PUBLICA LA CREACION DE UN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE SALUD CATEGORIA I - 4 EN CADA DISTRITO DEL PERU "

Artículo 1° . - Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto, garantizar la implementación de un establecimiento de salud de primer nivel categoría de I- 4, con la finalidad de dar respuesta efectiva y oportuna a favor de los pacientes de cada Distrito a nivel nacional.

Artículo 2° . - Declaración de necesidad pública y preferente interés nacional.

Declarase de necesidad publica y preferente interés nacional, la implementación de establecimientos de salud de primer, nivel, categoría I -4, en todos los distritos a nivel nacional que permitan satisfacer los servicios públicos en beneficio de la población y con capacidad de dar respuesta a emergencias sanitarias, tales como el dengue, covid, y atención materno infantil entre otros

Artículo 3° . - servicios obligatorios

Los hospitales del primer nivel de atención en cada capital de región, provincia o distrito, además de los servicios que le sean propias de su nivel, contarán con el servicio de telemedicina y médicos especialistas que se constituyan a lugares alejados

DISPOSICIONES FINALES

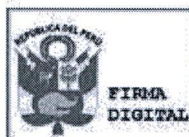
Primera. - Los recursos económicos que demande la creación de los hospitales del primer nivel, categoría I-4, en cada Región, Provincia o Distrito, será con cargo a su presupuesto institucional.

Segunda. - La presente ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Tercera. - Deróguese o modifíquese, según sea el caso, todas las normas que se opongan a la presente ley.



Firmado digitalmente por: **Lima, 30 de mayo del 2022**
VARAS MELÉNDEZ Elías
Marcial FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 10/06/2022 10:51:19-0500



Firmado digitalmente por:
MARTICORENA MENDOZA JORGE
ALFONSO FIR 21460255 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 14/06/2022 18:06:53-0500



Firmado digitalmente por:
CUTIPA CCAWA Víctor Raul
FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 10/06/2022 17:31:29-0500



Firmado digitalmente por:
COAYLA JUAREZ Jorge
Samuel FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 10/06/2022 15:43:59-0500



Firmado digitalmente por:
BALCAZAR ZELADA Jose
Maria FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 14/06/2022 14:33:13-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **20** de **junio** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N°2344-2021-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. SALUD Y POBLACIÓN.

JAVIER ÁNGELES ILLMANN
DIRECTOR GENERAL PARLAMENTARIO
Encargado de la Oficialía Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICION DE MOTIVOS

La pandemia de la COVID-19 reconfirmó lo mostrado por las cifras previas respecto de las serias limitaciones del sistema de salud para atender la demanda ciudadana: siete de cada diez peruanos que se sienten enfermos no acuden a atenderse en un centro médico, puesto de salud u hospital (y no por falta de dinero).

Además, 4 de cada 10 soles destinados a la inversión pública en salud no son ejecutados por los niveles de gobierno central, regional ni local. Asimismo, existe una brecha de seis profesionales de salud (medicina, enfermería, obstetricia) para alcanzar cuarenta y cuatro requeridos por cada diez mil habitantes¹.

El informe de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, señaló de manera concluyente: "La exclusión en salud en la Región aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (cultural, racial, social y de género) y la estigmatización que sufren los enfermos mentales y las personas con necesidades especiales. El idioma, el empleo en el sector informal, el desempleo y subempleo, el aislamiento geográfico, el bajo nivel de escolaridad y la reducida información sobre los sistemas de salud, son factores importantes para la exclusión en salud

El Perú ha experimentado un importante desarrollo económico, sin embargo, todavía persisten brechas en distintos sectores de la sociedad, que generan injusticias e inequidades. Ejemplo de ello es que cerca del 30 % de la población no tiene acceso a agua potable. El Estado Peruano invierte menos del 4 % del PBI en salud, siendo uno de los presupuestos más bajos en Sudamérica. Tenemos altas tasas de mortalidad materna; mientras que en Lima muere una mujer por causas relacionadas con su embarazo, parto o puerperio; ocho fallecen en Cajamarca, principalmente en las zonas rurales donde está concentrada la pobreza, altas tasas de mortalidad infantil y elevada prevalencia de malaria, dengue, Leishmaniosis y hepatitis B. Han emergido y reemergido nuevas enfermedades, como la peste neumónica en la región La Libertad (2010) y, últimamente, la enfermedad pulmonar por hantavirus (julio 2011) en la región Loreto.

De manera especial preocupa la tuberculosis (TBC). Esta ancestral enfermedad nos pone entre los nueve países con mayor incidencia a nivel mundial y segunda en tuberculosis multidrogo resistente en Latinoamérica, constituyéndose en una emergencia sanitaria. Además, tenemos altos índices de desnutrición infantil, incremento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, incremento de accidentes y violencia, entre otros. El Ministerio de Salud de Perú (MINSA) ha realizado algunos esfuerzos importantes, como la mejora sostenida de la cobertura de vacunación, acciones integradas de control del cólera, TBC, influenza, etc., pero no es suficiente.

¹ Juan Rodríguez Abad esan busines 16. Noviembre 2021. 2021

El sistema de salud es segmentado y fragmentado. Cerca del 20 % de la población no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria. El seguro social cubre solo al 25 % de la población, especialmente la empleocracia pública y privada; el 5 % tiene seguros privados de salud y el 50 % tiene asistencia sanitaria estatal (3). El sistema de salud posee un insuficiente y limitado aseguramiento en salud. Las diferentes medidas políticas implementadas hacen más de una década (Seguro Integral de Salud-SIS y recientemente el Aseguramiento Universal en Salud- AUS) son soluciones parciales e incompletas que no van al fondo del problema y, por el contrario, en muchos casos, perpetúan la segmentación del sistema. La descentralización de salud no ha resuelto las expectativas de las poblaciones afectadas ya que existe una inadecuada oferta de servicios, ello se evidencia en que de 6074 médicos especialistas registrados en el Perú, el 70 % (5251) se encuentran laborando en Lima ciudad, Lima provincias y Callao y solo 1823 (30 %) en otras regiones. La brecha deficitaria se amplía en Loreto, Piura, Puno y Madre de Dios (4), existiendo un déficit de 6398 médicos especialistas, según el estudio realizado por el Colegio Médico del Perú (CMP)

Un gran reto es atender las necesidades de los jóvenes, quienes representan la quinta parte de la población peruana, con grandes carencias en educación y salud, alta prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, precariedad laboral (70,7 % trabaja sin contrato), sin ningún tipo de seguro de salud (74,2 %) y alto índice de migración. Más de la quinta parte de los que emigran cuenta con formación profesional, implicando grandes pérdidas económicas para el país

El desarrollo de investigación científica, postergada por diversos gobiernos, debe ser impulsado a todo nivel en forma real y sostenida. Ningún país ha salido del subdesarrollo sin inversión en investigación científica y tecnológica. El Perú compite, en Latinoamérica, por el último lugar en cuanto al presupuesto que se le asigna a investigación y desarrollo (0,12 % del PBI).

Según cifras oficiales del MINSA, la ejecución de los proyectos de inversión en salud por los gobiernos regionales es muy bajo, Lambayeque ha ejecutado 65,5 %, Huancavelica 38,0 %, Cajamarca 37,4 %, La Libertad 23,8 %. Incluso, en otros departamentos este porcentaje es menor (Cusco 3,9 %, Puno 0,1 % y Ayacucho 1,5 %). Deficiente financiamiento, acceso y disponibilidad de medicamentos e insuficiente atención a poblaciones excluidas y dispersas. Desde hace 42 años el CMP, representante máximo de la orden médica, ha hecho llegar a las autoridades políticas y de salud de los diferentes gobiernos, importantes propuestas de solución a la problemática de salud, algunas de las cuales hoy son leyes vigentes, mientras que otras no fueron tomadas en cuenta.

Debemos recordar que a mediados de 1800, el Dr. Rudolph Virchow, médico alemán y gran científico, fundador de la anatomía patológica macro y microscópica, y muy comprometido con la política de su tiempo y de su país, postuló La medicina es una ciencia social, refiriéndose al hecho que las causas de las enfermedades no solo son físicas, sino también sociales y económicas. Así, la situación de Salud no está ajena

al desarrollo económico de los países; se requiere una auténtica inversión por parte del Estado en los sectores de educación y salud, una reforma sanitaria sustantiva, que promueva la construcción de un sistema nacional de salud descentralizado y participativo más solidario, equitativo, humano e inclusivo que, a su vez, sea capaz de lograr objetivos fundamentales como mejorar la salud de la población (siendo la prioridad la pobre y excluida, especialmente la madre, el niño, el joven y el adulto mayor), responder a las expectativas de las personas y brindar una adecuada y sostenida protección financiera. Revista peruana de medicina experimental y salud pública²

Fundamentos de la Iniciativa

El acceso al mejor estándar accesible de salud física y mental es un derecho humano fundamental y un imperativo moral para las naciones. Un sistema de salud de calidad y equitativo involucra el fortalecimiento del nivel básico de atención y garantiza que los enfermos que requieren atenciones de mayor complejidad puedan acceder a una atención hospitalaria. Si bien es crucial brindar un especial énfasis a las acciones de prevención, las cuales no sólo involucran al sector salud, sino especialmente al sector educativo (pues es en los niños en quienes se desarrollan los comportamientos y hábitos saludables), la labor esencial de los hospitales es la recuperación de la salud. Para ello es esencial contar con recursos humanos, equipamiento y capacidad de resolver los problemas que aquejan a nuestros pacientes. Esto es especialmente relevante para los establecimientos de mayor nivel de atención, particularmente los hospitales de referencia nacional correspondientes al tercer nivel de atención. Estos hospitales de referencia atienden a pacientes con patologías complejas que muchas veces no pueden ser resueltas por la escasez de recursos con los que deberían contar. Es inadmisibles, pero es una realidad cotidiana, que los hospitales de tercer nivel no cuenten con la capacidad de realizar estudios de resonancia magnética, medicina nuclear, angiografías, inmunohistoquímica, estudios de biología molecular o estudios genéticos. Desafortunadamente, las voces de protesta ante tamañas limitaciones son escasas.

La calidad de atención en los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) es percibida como baja. El problema no es exclusivo del Perú. La calidad de atención en países de recurso bajos y medianos a nivel mundial es inadecuada pese a que su optimización podría salvar más de ocho millones de vidas anualmente. Las muertes por enfermedad cardiovascular tienen la mayor letalidad por la pobre calidad de atención en países de recursos bajos y medios. Y es justamente en esas patologías de creciente incidencia, en donde los estudios diagnósticos y las intervenciones terapéuticas tienen usualmente enormes limitaciones.

² Ciro Maguiña. Revista peruana de medicina experimental y salud pública

Establecimiento del Primer de atención del Nivel de atención al Sector Público

Categoría del establecimiento de salud

Institución Responsable	I-1	I-2	I-3	I-4	Total	Porcentaje
Essalud	1	1164	121	23	309	3.52%
Gobierno Regional	4303	2028	1091	274	7696	87.62
INPE	14	31	8		53	0.60
MINSA	4	152	195	35	386	4.39
Muni, Distrital	3	13	12		28	0.32
Muni Provincial		1	37		38	0.43
Sanidad Fuerza Aérea	3	14	7	2	26	0.30
Sanidad Marina de Guerra	11	23	3	2	39	0.44
Sanidad PNP	6	37	32	3	78	0.39
Sanidad Ejército	27	84	10	9	130	1.48
Total	4372	2547	1516	348	8783	100.00%
porcentaje	49.78%	29.00%	17.26%	3.96%	100.00%	

Tabla 5. Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada por Circunscripción Departamental 2021

Departamento	Total de establecimientos de salud (ES)	Valor Proyectado de ESI *		Valor Logrado de ESI	
		ESI Nominal	ESI Porcentual	ESI Nominal	ESI Porcentual
AMAZONAS	490	481	98%	480	97.96%
ANCASH	424	400	94%	413	97.41%
APURIMAC	397	367	92%	383	96.47%
AREQUIPA	293	287	98%	290	98.98%
AYACUCHO	413	330	80%	361	87.41%
CAJAMARCA	874	849	97%	865	98.97%
CALLAO	84	83	99%	84	100.00%
CUSCO	375	349	93%	355	94.67%
HUANCAVELICA	417	398	95%	406	97.36%
HUANUCO	338	323	96%	328	97.04%
ICA	165	164	99%	165	100.00%
JUNIN	536	526	98%	531	99.07%
LA LIBERTAD	332	314	95%	318	95.78%
LAMBAYEQUE	199	198	99%	199	100.00%
LIMA	851	842	99%	846	99.41%
LORETO	458	449	98%	456	99.56%
MADRE DE DIOS	99	97	98%	99	100.00%
MOQUEGUA	70	69	99%	69	98.57%
PASCO	269	265	99%	267	99.26%
PIURA	448	431	96%	436	97.32%
PUNO	487	459	94%	471	96.71%
SAN MARTIN	390	370	95%	383	98.21%
TACNA	98	98	100%	98	100.00%
TUMBES	56	52	93%	54	96.43%
UCAYALI	220	220	100%	220	100.00%
TOTAL	8783	8421	96%	8577	97.65%

Fuente: RENIPRESS, noviembre 2021. Banco de Inversiones.

Elaboración: OPMI-MINSA.

* ESI: Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada

Tabla 8. Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada por Departamento 2021

Departamento	Cantidad total de hospitales (HOS)	Valor Proyectado de HOSI *		Valor Logrado de HOSI	
		HOSI Nominal	HOSI Porcentual	HOSI Nominal	HOSI Porcentual
AMAZONAS	8	8	100%	8	100.00%
ANCASH	12	11	92%	12	100.00%
APURIMAC	6	6	100%	6	100.00%
AREQUIPA	11	11	100%	11	100.00%
AYACUCHO	10	9	90%	10	100.00%
CAJAMARCA	11	11	100%	11	100.00%
CALLAO	7	7	100%	7	100.00%
CUSCO	10	10	100%	10	100.00%
HUANCAVELICA	5	5	100%	5	100.00%
HUANUCO	5	5	100%	5	100.00%
ICA	9	8	89%	8	88.89%
JUNIN	13	12	92%	12	92.31%
LA LIBERTAD	28	27	96%	27	96.43%
LAMBAYEQUE	6	6	100%	6	100.00%
LIMA	47	47	100%	47	100.00%
LORETO	7	6	86%	6	85.71%
MADRE DE DIOS	2	2	100%	2	100.00%
MOQUEGUA	4	3	75%	4	100.00%
PASCO	6	6	100%	6	100.00%
PIURA	7	7	100%	7	100.00%
PUNO	15	14	93%	15	100.00%
SAN MARTIN	10	6	60%	8	80.00%
TACNA	2	2	100%	2	100.00%
TUMBES	3	2	67%	3	100.00%
UCAYALI	3	3	100%	3	100.00%
TOTAL	247	234	95%	241	97.57%

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2021. Banco de Inversiones.

Elaboración: OPMI-MINSA.

* HOSI: Hospitales con capacidad instalada inadecuada

Tabla 9: Indicadores: Porcentaje de Establecimientos de Salud por implementar

INDICADOR	VALOR AÑO 2021
Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar	44%
Nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar	1791
Cantidad óptima de establecimientos de salud del primer nivel de atención	4041
Porcentaje de Nuevos Hospitales por implementar	41%
Cantidad de nuevos hospitales por implementar	156
Cantidad óptima de hospitales	383

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS diciembre 2020.

Tabla 10: Indicador Porcentaje de Institutos Nacionales Inadecuados

INDICADOR	VALOR AÑO 2021
Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad instalada inadecuada	77%
Institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	10
Total de institutos especializados	13

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS diciembre 2020.

Tabla 11. Indicador Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS) con capacidad instalada inadecuada

INDICADOR	VALOR AÑO 2021
Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad instalada inadecuada	96%
Laboratorios Inadecuados	39
Total de Laboratorios de Salud	41

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS diciembre 2020.

Tabla 13. Indicador Porcentaje de Centros Promoción y Vigilancia Comunitaria requeridos

INDICADOR	VALOR AÑO 2021
Porcentaje de Centros Promoción y Vigilancia Comunitaria requeridos	69%
CPVC por implementar	1393
Óptimo Total de CPVC a nivel nacional	2018

FUENTE: OPMI-MINSA

Actualmente, el 23% de municipalidades cuentan con al menos un CPVC en funcionamiento, según la data del MINSA. Se considera como criterio para cubrir la brecha de infraestructura y equipamiento a nivel nacional de CPVC a implementar, al menos 01 por gobierno local.

Tabla 14. Centros de Promoción y Vigilancia Comunal 2021

DEPARTAMENTO	CPVC Implementados
Amazonas	22
Ancash	34
Apurímac	67
Arequipa	13
Ayacucho	0
Cajamarca	79
Callao	0
Cusco	65
Huancavelica	19
Huánuco	74
Ica	17
Junín	14
La Libertad	17
Lambayeque	8
Lima	63
Loreto	12
Madre De Dios	9
Moquegua	6
Pasco	37
Piura	3
Puno	43
San Martín	17
Tacna	2
Tumbes	4
Ucayali	0
TOTAL	625

Fuente: Dirección General de Promoción de la Salud- MINSA

Tabla 15. Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud 2021

Indicador de Brecha	Valor Proyectado		Valor Logrado	
	Nominal	Porcentaje	Nominal	Porcentaje
1. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	8421	96%	8577	97.65%
2. Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar	1791	44%	1788	44.25%
3. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada	234	95%	241	97.57%
4. Porcentaje de nuevos hospitales por implementar	156	41%	156	40.73%
5. Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	10	77%	10	77%
6. Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada	39	95%	39	95%
7. Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada	23	96%	23	96%
8. Porcentaje de centros de promoción y vigilancia comunal requeridos	1393	69%	1393	69%
9. Porcentaje de sedes administrativas con inadecuado índice de ocupación	898	79%	898	79%
10. Porcentaje de sistemas de información de salud que no funcionan adecuadamente	159	76%	159	76%

Fuente: RENIPRESS, Banco de Inversiones. Elaboración: OPMI-MINSA.

Tabla 16
Proyección de la Brecha de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada

DEPARTAMENTO	ES (Total de establecimientos de salud)	BRECHA AÑO 2023		BRECHA AÑO 2024		BRECHA AÑO 2025	
		ESI	%ESI	ESI	%ESI	ESI	%ESI
AMAZONAS	490	472	96.33%	452	92.24%	448	91.43%
ANCASH	424	402	94.81%	393	92.69%	392	92.45%
APURIMAC	397	366	92.19%	349	87.91%	345	86.90%
AREQUIPA	293	279	95.22%	269	91.81%	267	91.13%
AYACUCHO	413	332	80.39%	317	76.76%	313	75.79%
CAJAMARCA	874	840	96.11%	815	93.25%	799	91.42%
CALLAO	84	80	95.24%	79	94.05%	77	91.67%
CUSCO	375	342	91.20%	324	86.40%	324	86.40%
HUANCAVELICA	417	376	90.17%	358	85.85%	351	84.17%
HUANUCO	338	319	94.38%	307	90.83%	298	88.17%
ICA	165	163	98.79%	161	97.58%	161	97.58%
JUNIN	536	519	96.83%	499	93.10%	491	91.60%
LA LIBERTAD	332	299	90.06%	291	87.65%	289	87.05%
LAMBAYEQUE	199	195	97.99%	191	95.98%	189	94.97%
LIMA	851	830	97.53%	818	96.12%	818	96.12%
LORETO	458	438	95.63%	414	90.39%	409	89.30%
MADRE DE DIOS	99	99	100.00%	96	96.97%	93	93.94%
MOQUEGUA	70	67	95.71%	62	88.57%	60	85.71%
PASCO	269	258	95.91%	257	95.54%	257	95.54%
PIURA	448	422	94.20%	418	93.30%	414	92.41%
PUNO	487	455	93.43%	434	89.12%	433	88.91%
SAN MARTIN	390	375	96.15%	364	93.33%	361	92.56%
TACNA	98	94	95.92%	93	94.90%	90	91.84%
TUMBES	56	50	89.29%	47	83.93%	47	83.93%
UCAYALI	220	214	97.27%	212	96.36%	211	95.91%
TOTAL PERÚ	8783	8286	94.34%	8020	91.31%	7937	90.37%

Fuente: Consulta de Cartera de PMI. Elaboración: OPMI-MINSA.

Tabla 17
Proyección de la Brecha de Nuevos Establecimientos de Salud
del Primer Nivel de Atención por Implementar

DEPARTAMENTO	OP (Cantidad óptima de ES del PNA)	BRECHA AÑO 2023		BRECHA AÑO 2024		BRECHA AÑO 2025	
		NES	%NES	NES	%NES	NES	%NES
AMAZONAS	44	9	20.45%	9	20.45%	9	20.45%
ANCASH	126	59	46.83%	59	46.83%	59	46.83%
APURIMAC	46	6	13.04%	6	13.04%	6	13.04%
AREQUIPA	186	68	36.56%	67	36.02%	66	35.48%
AYACUCHO	63	18	28.57%	18	28.57%	18	28.57%
CAJAMARCA	172	51	29.65%	50	29.07%	50	29.07%
CALLAO	150	77	51.33%	77	51.33%	77	51.33%
CUSCO	161	53	32.92%	53	32.92%	53	32.92%
HUANCAVELICA	29	6	20.69%	6	20.69%	6	20.69%
HUANUCO	84	27	32.14%	27	32.14%	26	30.95%
ICA	129	51	39.53%	51	39.53%	51	39.53%
JUNIN	160	52	32.50%	52	32.50%	51	31.88%
LA LIBERTAD	250	110	44.00%	109	43.60%	109	43.60%
LAMBAYEQUE	176	91	51.70%	90	51.14%	90	51.14%
LIMA	1,399	835	59.69%	834	59.61%	832	59.47%
LORETO	127	34	26.77%	33	25.98%	33	25.98%
MADRE DE DIOS	23	6	26.09%	6	26.09%	6	26.09%
MOQUEGUA	21	5	23.81%	5	23.81%	5	23.81%
PASCO	32	5	15.63%	5	15.63%	5	15.63%
PIURA	263	97	36.88%	96	36.50%	95	36.12%
PUNO	140	40	28.57%	40	28.57%	40	28.57%
SAN MARTIN	108	46	42.59%	46	42.59%	46	42.59%
TACNA	44	16	36.36%	16	36.36%	16	36.36%
TUMBES	32	8	25.00%	7	21.88%	7	21.88%
UCAYALI	76	21	27.63%	21	27.63%	21	27.63%
TOTAL PERÚ	4041	1783	44.12%	1777	43.97%	1772	43.85%

Fuente: Consulta de Cartera de PMI. Elaboración: OPMI-MINSA.

Tabla 18. Proyección de la Brecha de Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada

DEPARTAMENTO	HOS (Cantidad total de hospitales)	BRECHA AÑO 2023		BRECHA AÑO 2024		BRECHA AÑO 2025	
		HOSI	%HOSI	HOSI	%HOSI	HOSI	%HOSI
AMAZONAS	8	8	100.00%	8	100.00%	8	100.00%
ANCASH	12	11	91.67%	11	91.67%	10	83.33%
APURIMAC	6	6	100.00%	6	100.00%	5	83.33%
AREQUIPA	11	10	90.91%	10	90.91%	10	90.91%
AYACUCHO	10	8	80.00%	8	80.00%	8	80.00%
CAJAMARCA	11	9	81.82%	9	81.82%	9	81.82%
CALLAO	7	7	100.00%	7	100.00%	7	100.00%
CUSCO	10	8	80.00%	8	80.00%	8	80.00%
HUANCAVELICA	5	5	100.00%	5	100.00%	4	80.00%
HUANUCO	5	3	60.00%	3	60.00%	3	60.00%
ICA	9	4	44.44%	4	44.44%	4	44.44%
JUNIN	13	9	69.23%	6	46.15%	5	38.46%
LA LIBERTAD	28	26	92.86%	25	89.29%	20	71.43%
LAMBAYEQUE	6	6	100.00%	6	100.00%	6	100.00%
LIMA	47	46	97.87%	46	97.87%	46	97.87%
LORETO	7	5	71.43%	5	71.43%	5	71.43%
MADRE DE DIOS	2	2	100.00%	2	100.00%	2	100.00%
MOQUEGUA	4	2	50.00%	2	50.00%	2	50.00%
PASCO	6	5	83.33%	5	83.33%	5	83.33%
PIURA	7	6	85.71%	6	85.71%	6	85.71%
PUNO	15	13	86.67%	13	86.67%	11	73.33%
SAN MARTIN	10	5	50.00%	5	50.00%	4	40.00%
TACNA	2	2	100.00%	2	100.00%	2	100.00%
TUMBES	3	2	66.67%	2	66.67%	2	66.67%
UCAYALI	3	3	100.00%	3	100.00%	3	100.00%
TOTAL	247	211	85.43%	207	83.81%	195	78.95%

Fuente: Consulta de Cartera de PMI.

Elaboración: OPMI-MINSA.

Marco Legal

Constitución Política, artículos 9° y 10ª

Constitución Política artículo 192°, numeral 7)

Ley N° 26842, Ley General de Salud

Ley N° 30895 Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud

Ley N°27783 Ley de Bases de Descentralización

Efectos de la vigencia de la norma en la legislación nacional

El propósito de la norma propuesta tiene como finalidad, el llevar a los distritos más alejados, la posibilidad de contar en cada una de ellos con un establecimiento de salud de categoría I-4 y garantizar acceso a la salud, que la propia constitución política establece como un derecho universal, en adición a lo señalado y de conformidad con el artículo 192^a del citado cuerpo legal, los Gobiernos Regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, Industria,, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, comunicaciones, educación, **salud** y medio ambiente conforme a ley.

A mayor abundamiento de razones, se pretende ampliar la cobertura de salud de la población mejorando la salud mediante acciones que reduzcan la mortalidad materna e infantil reduciendo la desnutrición y la anemia, así como reducir las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Costo – Beneficio

La implementación del presente proyecto generará un gasto en tanto se lleve a cabo tanto la remodelación o construcción de infraestructura hospitalaria, pero el beneficio a favor de la población será mayor.

De otro lado permitirá el acceso de los ciudadanos de los distritos y centros poblados a una salud digna, cerrando de este modo la brecha de infraestructura y equipamiento, la misma que se llevará a cabo de forma progresiva de acuerdo al planeamiento de inversiones de las diferentes instancias y niveles de gobierno.

Vinculación con el Acuerdo Nacional

Objetivos del Acuerdo Nacional

2.- Desarrollo con equidad y justicia social.

II Equidad y Justicia Social

13. Acceso Universal a los servicios de Salud y Seguridad Social

"Nos comprometemos a 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. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo

con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; (h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social³.

Vinculación con la Agenda Legislativa

La presente iniciativa legislativa, se enmarca en el tema de "equidad y Justicia Social", desarrollando del punto 31 al 34 los temas que se abordaran en el Congreso con el propósito de facilitar el acceso a todos los ciudadanos a una salud oportuna.

13. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

30. Leyes de reforma y modernización del sistema de salud	
	31. Leyes que contribuyan con la superación de la pandemia del covid-19
II. EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL	32. Leyes para atender la situación de los profesionales de la salud
	33. Leyes sobre infraestructura de salud
	34. Reforma de las leyes que regulan los regímenes de pensiones

³ Acuerdo Nacional Políticas de Estado.