



PROYECTO DE LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA LA ADQUISICIÓN DE AMBULANCIAS TIPO I, II Y III PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL SECTOR SALUD

Los congresistas de la República quienes suscriben, miembros de la Bancada Parlamentaria **PERÚ LIBRE**, de conformidad con lo señalado en el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, así como de los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presentan la siguiente fórmula legal.

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República

Ha dado la ley siguiente:

LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA LA ADQUISICIÓN DE AMBULANCIAS TIPO I, II Y III PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL SECTOR SALUD

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto fortalecer de manera prioritaria y progresiva la atención prehospitalaria y el sistema de referencia y contrarreferencia de las instituciones prestadoras de salud (IPRESS) urbanas y rurales que están cargo del Ministerio de Salud, mediante la dotación de ambulancias tipo I, II y III, durante la emergencia sanitaria por Covid-19 y sus variantes.

Artículo 2.- Declaratoria de interés nacional

Declárase de interés nacional y necesidad pública la adquisición de ambulancias tipo I, II y III para fortalecer la atención prehospitalaria y el sistema de referencia y contrarreferencia en el sector salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

PRIMERA. - De los responsables y funciones

Encárguese al Ministerio de Salud y sus respectivas unidades ejecutoras descentralizadas, realizar los procedimientos y acciones pertinentes para la adquisición de ambulancias tipo I,



GRUPO PARLAMENTARIO - PERÚ LIBRE

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

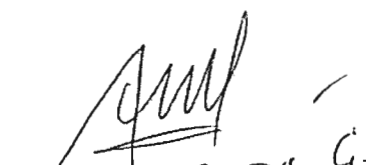
II y III para fines previstos en la presente ley.

Segunda. – Sobre el presupuesto y gastos al erario del estado a la presente ley.

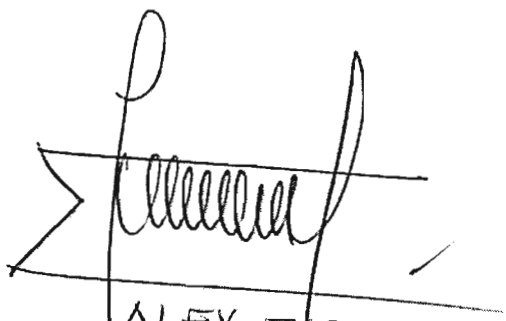
La implementación de la presente ley, se ejecutará de manera progresiva, conforme al presupuesto del sector Salud, de sus unidades ejecutoras descentralizadas y/o priorización de los recursos determinados a cargo del Ministerio de Economía Finanzas.

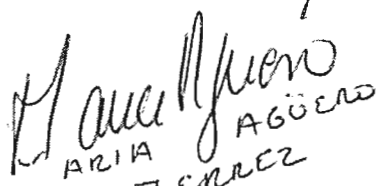

Kelly Portatoburo


Vicens


Américo Gonzales


Quirós Beltrán


ALEX FLORES.


MARÍA AGÜERO
GUTIÉRREZ


Silvana Robles.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **31** de **agosto** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 2913-2022-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

- 1. SALUD Y POBLACIÓN.**
- 2. PRESUPUESTO Y CUENTA GENERAL DE LA REPÚBLICA.**



.....
JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

1.1. Identificación del problema

La Convención Americana sobre los derechos humanos establece en el Protocolo adicional de San Salvador que *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”* (Derecho a la Salud, artículo 10°). Asimismo, la Constitución Política de Perú ampara el derecho a la salud, conforme al artículo 7, *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”*, esta protección del derecho constitucional, se proyecta en su conservación y restablecimiento, doble aspecto que se orienta a posibilitar un estado pleno de salud.

Según el Tribunal Constitucional afirma que *“la conservación del estado de salud en cuanto contenido del derecho constitucional a la salud comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. La conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes. Por esto, el acceso y el goce de las prestaciones de salud también están comprendidos en cuanto ámbitos de protección o contenidos del derecho a la salud. En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una restricción arbitraria de la prestación, una perturbación en el goce de la misma o, finalmente, {una exclusión o separación arbitraria o ilegal de la prestación, constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud”*.¹

La prestación de servicios de salud en el país, requiere ser mejorada, tanto en su organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención.

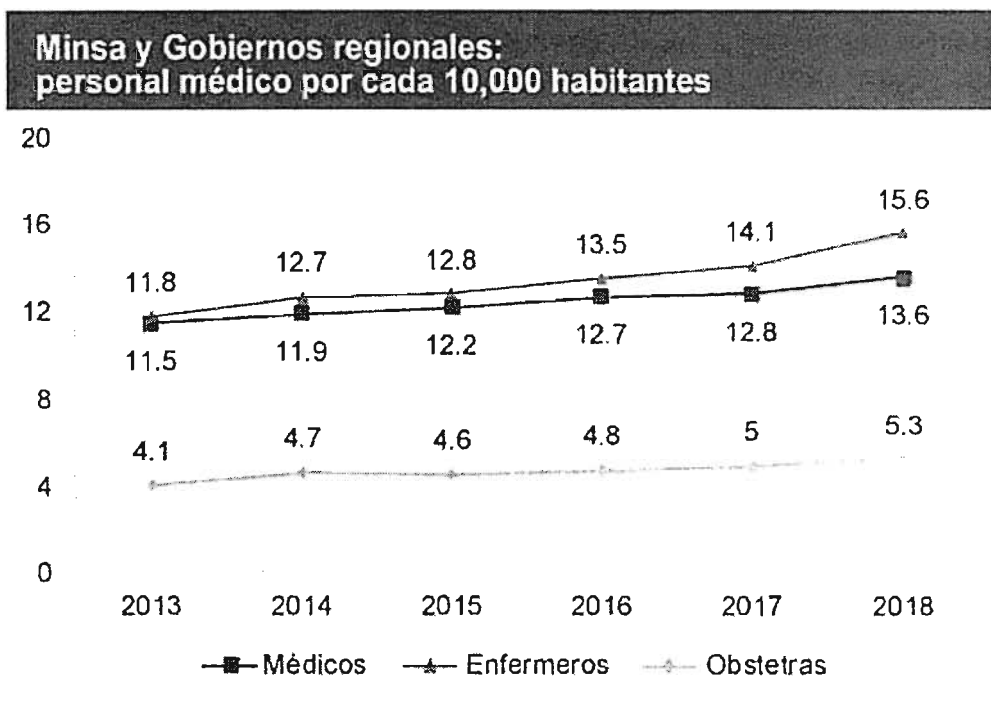
En ese sentido, urge la mejora de la atención prehospitalaria (APH), que permita celeridad, calidad, calidez en la atención de los pacientes e interacción oportuna entre establecimientos de salud de cualquier nivel de atención, según sea la complejidad requerida, salvaguardando el derecho fundamental a la vida de las personas, más aún de las poblaciones vulnerables (zonas rurales) o aquellas que difícilmente acceden a un servicio médico. Con un sistema integral de referencia y contrarreferencia, que circunscriba la atención oportuna de emergencia,

¹ Sentencia del Tribunal Constitucional, EXP. 7231-2005-PA/TC

hospitalización y atención ambulatoria, al igual los exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes entre los diferentes sub sistemas de sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere un mínimo de 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes para garantizar una prestación de salud apropiada. Según el índice de competitividad por regiones (INCORE), respecto a la cobertura del personal médico en el país, se puede apreciar que el Perú cuenta con 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes, 9.4 menos que lo recomendado por la OMS.

Gráfico Nro. 01: Cobertura de personal médico



Fuente: Minsa. Elaboración: ComexPerú.

Al término del 2019, el Ministerio de Salud (Minsa) publicó el reporte de información de recursos humanos de sector salud, Perú 2013-2018, en el mismo, se puede observar que regiones como Cajamarca y Huánuco, llegan a 7 médicos; Piura, Puno y Loreto con 7.2, y San Martín con 8.4; a pesar de que se ha incrementado con respecto al 2017 y con tendencia de mejora al presente año. Sin embargo, las regiones mejor posicionadas en relación al número de profesionales de salud que recomienda la OMS, son Callao (22.5) y Lima (20.5), y los más distantes ubicadas en la sierra y selva.



GRUPO PARLAMENTARIO - PERÚ LIBRE

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Gráfico Nro. 02: Ratio de personal de salud por departamentos

Personal médico por cada 10,000 habitantes, 2018			
Departamento	Médicos	Enfermeros	Obstetras
Amazonas	9.1	17.6	8.8
Áncash	8.4	13.6	6.9
Apurímac	12.3	25.6	11
Arequipa	17.8	18.2	6.7
Ayacucho	8.5	19.1	12
Cajamarca	6.5	12.6	6.2
Callao	22.5	24	3.6
Cusco	10	15	6
Huancavelica	9.1	19.3	11.8
Huánuco	6.6	15.4	10.1
Ica	15.3	16.8	4.8
Junín	8.4	14.3	6.4
La Libertad	11.7	11.7	4.3
Lambayeque	11.6	14.8	4.8
Lima	20.5	17.5	3.4
Loreto	7.2	10.3	4.6
Madre de Dios	11	20.6	9.4
Moquegua	15.2	22.8	9.2
Pasco	10.6	15.8	9.1
Piura	7.2	9.3	4.9
Puno	7.2	12.9	5.5
San Martín	7.6	8.4	5.8
Tarma	16.2	20.8	7.3
Tumbes	12.6	14.1	6.9
Ucayali	8.3	13.3	6.4
Nacional	13.6	16.6	5.3
Benchmark OMS	23	23	23

Fuente: Minsa (Elaboración: ConesPerú)

Con la declaratoria de interés nacional y necesidad pública la adquisición de ambulancias tipo I, II y III, se fortalece la atención prehospitalaria y el sistema de referencia y contrarreferencia en el sector salud, mejora significativa en todos los niveles de atención de salud. Permitirá optimizar, mejorar los procesos productivos y rendimientos, reduciendo tiempos y costos del servicio de APH y SRC, prioritariamente en los sectores rurales, evitando, por ejemplo, muertes maternas, de gestantes y puérperas, con inmediatez en caso de emergencias y otros escenarios clínicos. Ampliación de servicio y mejora de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Finalmente, la rehabilitación y reposición de las unidades de transporte (ambulancias) a nivel nacional.

De acuerdo, a los datos obtenidos del Análisis situacional de salud 2019, se puede observar en el Cuadro Nro. 01, sobre las razones (porcentaje) por las que la población no acude a realizar consulta en una IPRESS según el quintil de ingreso se tiene, que 30.6% de la población más pobre no acude a un establecimiento de salud por falta de dinero, del mismo (quintil I) el 29.1% señala



porque queda lejos; estos mismos sólo acudirían en caso de complejidad o complicación severa a un establecimiento de salud y recurren a remedios caseros o automedicación el mismo que asciende a un 24%.

Cuadro Nro. 01: Sobre las razones (porcentaje) por las que la población no acude a realizar consulta en una IPRESS según el quintil de ingreso

Quintil de ingresos	Falta de dinero	Queda lejos/Falta de confianza/Demoran	Remedios caseros o automedicación	No fue necesario	Otras
I (más pobre)	30,6	29,1	24,0	16,0	16,8
II	29,5	22,9	20,4	18,6	18,5
III	21,4	18,8	19,0	21,4	20,2
IV	13,2	17,4	18,3	22,4	21,4
V (más rico)	5,3	11,9	18,3	21,6	23,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente. Cetrángolo O y col. El Sistema de Salud del Perú. OIT, 2013.

Finalmente, según reportes de la defensoría² del pueblo en alerta que en departamentos como Huancavelica, requirió con celeridad garantizar la operatividad de sus ambulancias y unidades móviles, indispensables para la atención de situaciones de emergencia, sobre todo ante la posibilidad de que se presente una segunda ola de contagios del COVID-19. Ampliar la cobertura de personal especialista a favor de la población de bajos recursos mediante un sistema integrado de atención móvil. El cierre de brechas progresivo para el acceso de la población a médicos especialistas.

Cuadro Nro. 02: Brecha de médicos especialistas

MÉDICO ESPECIALISTA	TOTAL
Médico Cirujano	1671
Medicina Familiar y Comunitaria	370
Medicina Oncológica	100
Anatomía Patológica	133
Medicina Interna	1316
Medicina Física y Rehabilitación	145
Patología Clínica	385
Radiología	495
Psiquiatría	101
Pediatría	1430
Cardiología	234
Neurología	83
Rummatología	55
Neumología	164
Medicina Intensiva	291
Gastroenterología	89
Medicina De Emergencias y Desastres	142
Hematología	54
Medicina Nuclear	23
Radioterapia	45
Nefrología	116
Neonatología	360
Endocrinología	40
Geriatría	33
Dermatología	40
Medicina De Enfermedades Infecciosas y Tropicales	41
Ginecología y Obstetricia	1824
Cirugía General	1764
Cirugía De Cabeza y Cuello	71
Cirugía De Tórax	159
Cirugía Oncológica	28
Cirugía Pediátrica	60
Cirugía Plástica y Reconstructiva	69
Neurocirugía	120
Urología	99
Otorrinolaringología	97
Oftalmología	102
Ortopedia y Traumatología	357
Anestesiología	1142
TOTAL	15272

² <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-establecimientos-y-redes-de-salud-de-huancavelica-deben-garantizar-operatividad-de-ambulancias/>



Finalmente, la presente iniciativa legislativa, encarga al Ministerio de Salud, como ente rector del sector, pueda garantizar que la adquisición de ambulancias sea adecuada para la atención de la población de la zona rural y urbana. Las especificaciones técnicas de los vehículos (ambulancias) sean concordantes con lo requerido por la población, con las necesidades de atención, con la complejidad de los territorios, con la geografía del lugar, entre otros factores; además de verificar el cumplimiento de la normatividad correspondiente respecto a las características mínimas y equipamiento de las ambulancias, la configuración mecánica para zonas rurales y urbanas. Es decir, que la adquisición de ambulancias cumpla con los fines de ampliar la cobertura de atención en salud en el territorio nacional.

1.2. Delimitación conceptual

a. Atención prehospitalaria (APH)

La atención prehospitalaria, es el proceso de atención de emergencias y urgencias médicas, brindado por un servicio médico de apoyo debidamente organizado y registrado para ello, que comprende todos los servicios de comunicación del evento que amenaza la salud, atención médica y transporte asistido de pacientes fuera de un establecimiento de salud, con la finalidad de evitar la muerte o cualquier discapacidad. La atención pre – hospitalaria concluye cuando el paciente es entregado a un establecimiento de salud, o queda estable en su domicilio³.

b. Sistema de referencia y contrarreferencia (SRC)

El sistema de referencia y contrarreferencia (SRC), es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.⁴

c. Ambulancia⁵

Vehículo con equipos apropiados para el transporte asistido de pacientes. De acuerdo al lugar donde prestan el servicio pueden ser ambulancias rurales y urbanas.

d. Ambulancia tipo I

³ NTS N° 186- MINSA/DIGTEL-2022, Norma técnica de salud de la atención pre- hospitalaria y transporte asistido de pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19

⁴ NT N°018-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud

⁵ NTS N° 051- MINSA/OGDN- V.01, Norma técnica de salud para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre.



Utilizadas para el transporte asistido de pacientes estables, excepto en lugares donde no haya otro medio de transporte de mayor complejidad disponible.

e. Ambulancia tipo II

Para el transporte asistido de paciente, en estado crítico, cuenta con capacidad de asistencia médica.

f. Ambulancia tipo III

Transporte asistido de pacientes en estado crítico inestables que requieren asistencia médica especializada durante el traslado.

g. Características mínimas y equipamiento de ambulancias

De acuerdo al contexto, acceso y factores geográficos se deben requerir las ambulancias (Tipo I, II y III), especificaciones técnicas adecuadas y pertinentes para cada zona, sea rural y/o urbana.

II. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN NUESTRA LEGISLACIÓN

El proyecto de ley presentado no vulnera o infringe ninguna norma de nuestro ordenamiento constitucional y marco jurídico nacional vigente, por el contrario, reconoce el derecho constitucional de la salud, tal como refiere el:

“Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.”⁶

De aprobar la presente iniciativa legislativa se disminuirá la brecha de cobertura de atenciones prehospitalarias y mejora del sistema de referencia y contrarreferencia en las diversas Instituciones prestadoras de salud (IPRES) del Ministerio de Salud y respectivas unidades descentralizadas.

III. ANALISIS COSTO-BENEFICIO

El presente proyecto no genera gasto público, ni contraviene el principio de equilibrio presupuestario, y la prohibición de iniciativa de gasto legislativa contemplados en los artículos 78 y 79 de la Constitución Política del Perú, porque el presupuesto del Ministerio de Salud y las unidades ejecutoras descentralizadas, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) son de carácter autónomo, el mismo que debe

⁶ Constitución Política del Perú



orientarse a mejorar los objetivos institucionales del sector y políticas de estados en beneficio de la población.

La propuesta es declarativa, debido a que exhorta al ejecutivo fortalecer el sistema de atención en el sector salud en beneficio de la población tanto del ámbito rural y urbano, mediante la dotación de ambulancias tipo I, II y III, garantizado adecuada cobertura y acceso al servicio de salud, según lo establecido en el artículo 9 de la Constitución Política del Perú que a la letra dice:

“Artículo 9. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.”⁷

Permitirá mejora en la atención de salud, tanto en condición prehospitalaria, como en tratativa de referencias y contrarreferencia, siendo estas oportunas y pertinentes. Se puede obtener ahorros de presupuesto con el abordaje integral de los pacientes, haciendo más fluida la atención de emergencias.

IV. CONCORDANCIA CON EL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa legislativa concuerda el acuerdo nacional, en su décimo tercera política de estado **“Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”**, que a la letra dice:

“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 Estado⁸: “(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; (...) (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”.

⁷ Ídem 4

⁸ <http://www.redsaludchepen.gob.pe/wp-content/uploads/2017/02/POLITICAS-DE-ESTADO.pdf>



V. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO DE LA AGENDA LEGISLATIVA

El proyecto de ley coincide con la agenda legislativa 2021-2022, aprobada con Resolución legislativa del Congreso 002-2021-2022-CR, **Objetivo:** Equidad y justicia social. **Política de estado:** 13. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. **Tema:** 31. Leyes que contribuyan con la superación de la pandemia del Covid-19.