

CONGRESO DE LA REPUBLICA  
COMISION DE SALUD Y POBLACION  
18 ABR 2017  
**RECIBIDO**  
Firma: Hora: 10:03 a.m.

**PROYECTO DE LEY QUE DECLARA DE INTERES Y DE NECESIDAD PUBLICA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.**

El Grupo Parlamentario Fuerza Popular, por iniciativa del Congresista de la República **OSIAS RAMÍREZ GAMARRA**, ejerciendo las facultades de iniciativa legislativa que le confieren el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

**FORMULA LEGAL**

**LEY QUE DECLARA DE INTERES Y DE NECESIDAD PUBLICA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.**

**Artículo 1°.- Objeto de la Ley.**

Declárese de interés y necesidad pública la descentralización de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Salud del Niño, a través de Servicios o Sedes Macrorregionales ubicadas estratégicamente en determinadas circunscripciones territoriales de pobreza extrema, a fin de desarrollar servicios de atención altamente especializados, de investigación, métodos y tecnología para el mejoramiento de la salud de los niños y adolescentes de las zonas más alejadas de nuestro país.

**Artículo 2°.- De las sedes macrorregionales**

Las sedes macro regionales del Instituto Nacional de Salud del Niño, será en un número no menor de cuatro (04) sedes, siendo las siguientes:

- 2.1 Instituto Regional de Salud del Niño - Nor Oriente.
- 2.2 Instituto Regional de Salud del Niño - Sur Oriente.
- 2.3 Instituto Regional de Salud del Niño – Centro.
- 2.4 Instituto Regional de Salud del Niño – Oriente.

Se determinará teniendo en cuenta el área demográfica y la ubicación que sea de fácil acceso a los usuarios, la estadísticas y epidemiológica de las patologías más comunes y frecuentes en cada región.

DISPOSICION COMPLEMENTARIA FINAL



UNICA.- Encárguese al Ministerio de Salud para que ejecute las acciones pertinentes y de cumplimiento a la presente Ley.

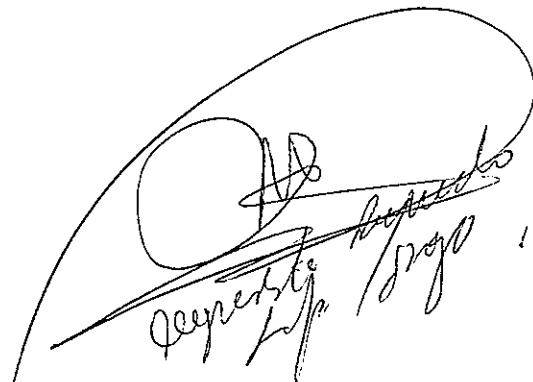
Lima, Abril de 2017.

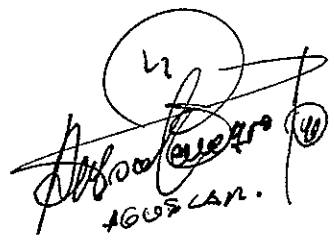
  
CARLOS HUMBERTO TICLLA RAFAEL  
Congresista de la República

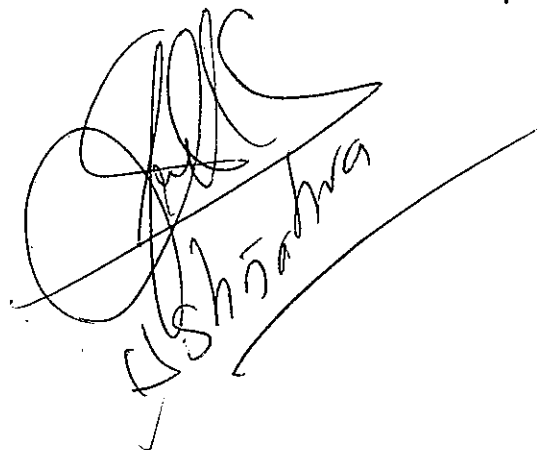


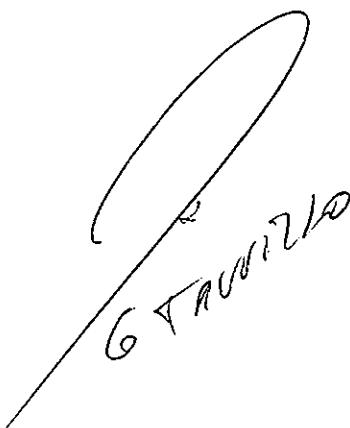
  
OSÍAS RAMÍREZ GAMARRA  
Congresista de la República

  
~~NO CERO~~  
  
J. CASTRO

  
Augusto López

  
Augusto Castro  
AGUSTIN

  
Osías Ramírez Gamarra

  
G. TRUJILLO

## EXPOSICION DE MOTIVOS

El presente proyecto se ve enfocado en la Salud del niño y adolescente, quienes son parte importante de nuestra sociedad y constituyen el futuro del País, su crecimiento, desenvolvimiento y desarrollo saludable debe de ser una de las mayores prioridades para la sociedad. Los recién nacidos y los niños son los más vulnerables frente a la malnutrición, enfermedades infecciosas las mismas que con un correcto y adecuado tratamiento pueden ser evitables.

La Constitución Política establece en su Artículo 2°, que toda persona tiene derecho, inciso 1. *"A la vida, a su identidad, moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar (...)"*, asimismo el Artículo 7° *establece el derecho de la población a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa;* de igual manera en su Artículo 10° reconoce *"el derecho universal y progresivo 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"*.

Que, en vista que el <sup>1</sup>Estado determina la política nacional de salud, además que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación y es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud, es necesario su intervención de manera inmediata, por ser derechos constitucionales de gran importancia. El Estado es quien se encarga de garantizar el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, y que debe supervisar su eficaz funcionamiento, debiendo de ser prioritario el sector salud y sobre todo en la niñez.

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> a nivel mundial, ha señalado que los primeros 28 días de vida – el llamado periodo neonatal – son el momento más delicado para la supervivencia del niño. Que el número de muertes de niños menores de cinco años cayó de 12,7 millones en 1990 a 6,3 millones en 2013, sin embargo en el 2013, cerca del 44% de las defunciones de menores de cinco años se produjo durante ese periodo (neonatal), frente a un 37% en 1990. El año 2012 fallecieron 6,6 millones de menores de cinco años (más de 750 niños cada hora).

Que, por ello la Organización Mundial de Salud establece la Estrategia para realizar esas intervenciones, promueve cuatro estrategias principales: Cuidado domiciliario apropiado y tratamiento oportuno de las complicaciones en los recién nacidos; **Atención integrada a las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años;** Programa ampliado de inmunización, Alimentación del lactante y del niño pequeño. Según las cifras de 2010, cada año mueren 7,6 millones de menores de cinco años. Más de dos tercios de estas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles.

<sup>1</sup> Artículo 9° de la Constitución Política del Perú

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud pag. [http://www.who.int/features/factfiles/child\\_health2/es/](http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/es/)



Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, la diarrea, el paludismo y los problemas de salud durante el primer mes de vida. En el mundo hay alrededor de 20 millones de niños con malnutrición aguda grave.

El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el periodo neonatal.

La mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones. Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea y el paludismo. La malnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente a 45% del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves.

En general, se han logrado progresos considerables para lograr el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4. Desde 1990, la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido de 91 a 43 por 1000 nacidos vivos en 2015. Pero el ritmo del descenso no era suficiente para alcanzar, en 2015, la meta de disminuir en dos tercios las cifras de mortalidad registradas en 1990.

En nuestro País el Instituto Nacional del Niño es el único Instituto nacional especializado en Pediatría y atención al adolescente, el inicio de su atención era de manera local pero ante las diversas necesidades y demanda se le dio mayor responsabilidad convirtiéndose en Hospital Nacional; su misión del Instituto Nacional de Salud del Niño es que debe lograr el liderazgo a nivel Nacional e Internacional en el desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas para la difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del sector Salud. Así como en la asistencia altamente especializada a los pacientes que la requieran e incrementar y sistematizar la interrelación científica internacional en su tiempo, asimismo tiene como objetivo ampliar la atención a más niños y adolescentes a través del desarrollo del Seguro Integral de Salud y de la prestación de servicios especializados.

Dentro de su historia del Hospital del Niño<sup>3</sup> la cual se da, por la necesidad imperiosa de un Hospital exclusivamente para niños que proteja y albergue al menor desvalido, que ofrezca cuidados especializados, además de cubrir el número de menores que no podían ser abarcados por los hospitales de ese entonces, fueron los motivos por los cuales se erigió el Hospital del niño. En 1930 el hospital atiende a la población a través de los consultorios externos de Cirugía, y Medicina, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Fisioterapia, Rayos x, laboratorio. Poco a poco se introdujo otros servicios, consistentes 2 salas de medicina, con 48 camas cada una, 1 sala de cirugía con 20 camas, una de infecto contagiosos con 12 camas; total 150 camas. Con el tiempo fue creciendo el número de pacientes en el sanatorio pues se alcanzó la cifra de 500 camas de hospitalización.

<sup>3</sup> Pag. [http://www.insn.gob.pe/quienes\\_somos/historia](http://www.insn.gob.pe/quienes_somos/historia)

El 24 de mayo de 1983 mediante Resolución Ministerial N° 0120-83-SA se aprueba el cambio del nombre del hospital del Niño por Instituto Nacional de Salud del Niño. En la década de los noventa, bajo el gobierno de Alberto Fujimori y la dirección general de la Dra. Virginia Baffigo, se reorganiza mediante Resolución Ministerial N° 002-92-SA, publicado el 18 de Agosto de 1992, las entidades públicas entre ellas el Ministerio de Salud, se cambia muchos hospitales públicos en institutos, para que se dediquen a la investigación de actividades científicas-tecnológicas, es así que el Instituto Nacional de Salud del Niño es cambiado por Instituto de Salud del Niño; años más tarde nuevamente se cambia de nombre por Instituto Especializado de Salud del Niño.

La política y los objetivos del hospital fueron innovándose, favoreciendo la atención indiscriminada de los niños y adolescentes, priorizando la atención de los grupos más vulnerables, impulsando el desarrollo de la pediatría, a través de la investigación. Al mismo tiempo se beneficia la inversión productiva mediante el uso eficiente de los recursos. A la fecha la oferta de los servicios ante la demanda de atención por consultorios externos, que brinda el Instituto Nacional de Salud del Niño, está concentrada por especialidades de Atención Médica (Dpto. de Medicina, Cirugía, Psiquiatría y Genética), y no Médica (Enfermería, Inmunizaciones, Servicio Social, Nutrición, Fisioterapia, Odontología, Psicología entre otros).

El Instituto Nacional del Niño, en adelante INSN ha ofrecido a la ciudadanía muchas atenciones, generando ayuda, así se tiene que <sup>4</sup>durante el año 2015, el total de demanda en general a nivel Institucional alcanzó los 673,636 atenciones, se incrementó en 17.5% comparado con el año 2014 (573,379). De manera análoga el INSN, registró un total de 189,067 atendidos según la Oferta de la Institución, superior en 24% comparado con el año 2014 (152,011). La demanda de atenciones Médicas (347,286) en el 2015, fue superior en 28.3% respecto al año 2014 (270,672). Mientras que la demanda de atenciones no Médicas (326,350), incrementó apenas en 7.8% comparado con el año 2014 (302,707).

El INSN, atiende en promedio 56,136 atenciones mensuales en general y 1,871 atenciones diarias. Durante el año 2015 se registró un total de atendidos por consulta médica de 136,036 y un total de atendidos por consulta no médica de 53,031.

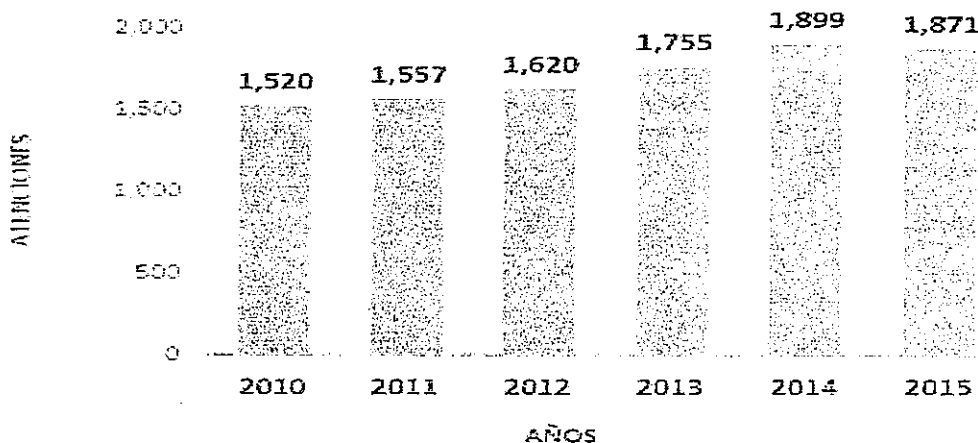
Es importante resaltar que durante el primer trimestre del año, se estima que el promedio mensual de atenciones, entre consulta médica y no médica, en el INSN bordea los 62,798 (posible causa atribuible, vacaciones de los niños y adolescentes) y en los próximos trimestres del año, 53,916 atenciones promedio respectivamente.

La demanda de Atenciones Médicas (347,286) en el Año 2015, se incrementó en 28 % con respecto al año 2014 (270,672). Mientras que la demanda de atenciones no médicas (326,350) se incrementó en 7.8% comparado con el año 2014 (302,707).

---

<sup>4</sup> Análisis Situacional de los Servicios de Salud – INSN 2015.

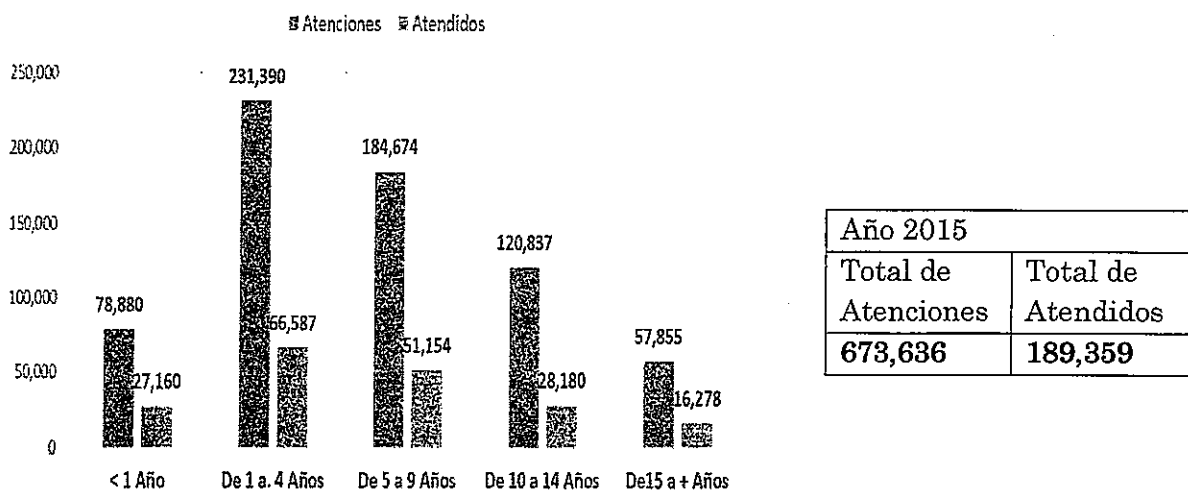
El INSN, atiende en promedio 56,136 Atc. Mensuales en general, entre médicas y no médicas y aproximadamente 1,871 Atenciones Diarias.



Fuente: HIS / INSN / Año 2015 Diseño y Elaboración: Oficina de Epidemiología /Oficina de Estadística e Informática

El INSN, en relación a la demanda de atenciones y atendidos registró una mayor demanda en el grupo etáreo de 1 a 4 años, seguido del grupo etáreo de 5 a 9 años.

Distribución de atenciones y atendidos por grupo de edad que recibieron atención médica y no médica, INSN 2015



Año 2015	
Total de Atenciones	Total de Atendidos
673,636	189,359

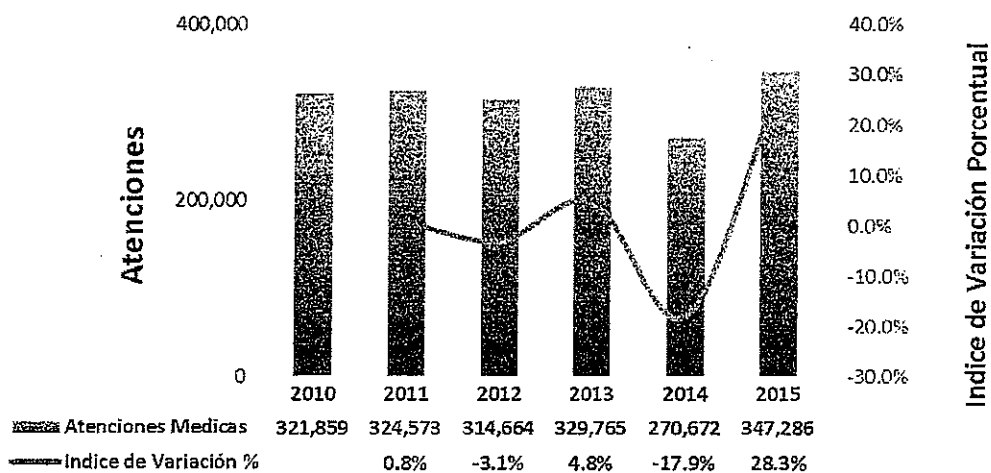
Fuente: HIS / INSN / Año 2015 Diseño y Elaboración: Oficina de Epidemiología /Oficina de Estadística e Informática.

Durante los años 2010 y 2011 se mantuvo una demanda estable, disminuyendo en 3% en el año 2012 aumentando en 5% en el año 2013 y disminuyendo nuevamente

en el año 2014 en 17.9% debido tal vez a la huelga médica y en el año 2015 hubo un incremento de 28% con respecto al año 2014.

La demanda mensual de atenciones médicas durante los años 2010 al 2014, el INSN cubrió una demanda mensual de 26,025 atenciones médicas en promedio, incrementándose a 28,941 atenciones médicas en promedio durante el año 2015.

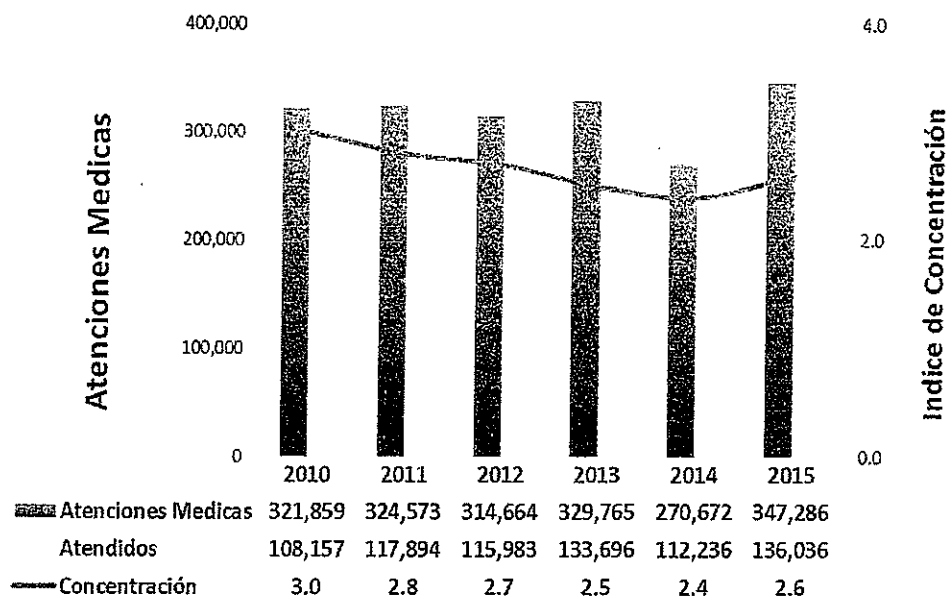
AÑO	Promedio Mensual de Atc. Medica	Promedio diario de Atc. Medica
2010	26,82	1,032
2011	27,048	1,302
2012	26,222	1,221
2013	27,480	1,278
2014	22,556	988
2015	28,941	1,252



Fuente: HIS / INSN / Año 2015 Diseño y Elaboración: Oficina de Epidemiología /Oficina de Estadística e Informática

La concentración de atenciones en el INSN, durante los últimos años, registró que un paciente repite la consulta en un promedio de 2 a 3 veces. Dependiendo esto de la morbilidad que presenta el paciente. Como por ejemplo en los casos de VIH/SIDA, TBC, la concentración será mayor.

**Atenciones, Atendidos y Concentración por consulta médica en el INSN año: 2010 – 2015.**



Fuente: HIS / INSN / Año 2015 Diseño y Elaboración: Oficina de Epidemiología /Oficina de Estadística e Informática.

Las atenciones por departamentos, el departamento de Lima fue el más frecuente con 86 812 (77.8%) de atendidos. Dentro del Interior del País fueron 18 798 (16.75%), siendo el departamento de Ancash el más frecuente con 2 325 (2.1%), como se demuestra existe concurrencia de pacientes de otras provincias que llegan a la capital con la finalidad de lograr una mejor atención.

En este contexto se tiene a la población que demanda atención médica hospitalizada en el INSN que en su total es de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO
<b>TOTAL</b>	<b>9400</b>	<b>4132</b>	<b>5268</b>
MENOS DE 1 MES	225	101	124
DE 1 A 11 MESES	1749	763	986
DE 1 A 4 AÑOS	3058	1352	1706
DE 5 A 9 AÑOS	2188	913	1275
DE 10 A 14 AÑOS	1603	721	882
DE 15 A 18 AÑOS	577	282	295

Fuente: Egresos / INSN/ 2015

Diseño y Ejecución: Ofc. Epidemiología/Unidad de Investigación Epidemiológica y ASIS./Ing.Estd. MRAA.

La población que demanda atención médica hospitalizada en el INSN, se concentra principalmente en el grupo de 1 a 4 años (32.5%), seguida del grupo de edad de 5 a 9 años (23.3%), de 1 a 11 meses (18.6%) de 10 a 14 años (17.1%) de 15 a 18 años (6.1%) y menor de 1 mes (2.4%).



<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>
DE 1 A 4 AÑOS	32.5%
DE 5 A 9 AÑOS	23.3%
DE 1 A 11 MESES	18.6%
DE 10 A 14 AÑOS	17.1%
DE 15 A 18 AÑOS	6.1%
MENOS DE 1 MES	2.4%

Fuente: Egresos / INSN/ 2015

Diseño y Ejecución: Ofc. Epidemiología/Unidad de Investigación Epidemiológica y ASIS./Ing.Estd. MRAA

Las atenciones por departamentos, el departamento de Lima fue el más frecuente con 86 812 (77.8%) de atendidos. Dentro del Interior del País fueron 18 798 (16.75%), siendo el departamento de Ancash el más frecuente con 2 325 (2.1%), como se demuestra existe concurrencia de pacientes de otras provincias que llegan a la capital con la finalidad de lograr una mejor atención.

Existe procedencia de pacientes de todas partes del país que recibieron atención médica hospitalizada distribuidas por Departamentos.  
INSN (incluido clínica) 2015.

DEPARTAMENTO	TOTAL	%
<b>TOTAL</b>	<b>9766</b>	<b>100</b>
LIMA Y CALLAO	6703	68.6
LIMA	6335	64.9
CALLAO	368	3.8
<b>OTROS DEPARTAMENTO S/Prov. Lima</b>	<b>3063</b>	<b>31.4</b>
Piura	316	3.2
Lima/Provincias	311	3.2
Ancash	272	2.8
Junín	254	2.6
Cajamarca	193	2.0
Ica	184	1.9
San Martín	168	1.7
Huánuco	161	1.6
Ayacucho	153	1.6
La Libertad	140	1.4
Lambayeque	136	1.4
Cusco	98	1.0
Loreto	83	0.8
Ucayali	83	0.8
Tumbes	76	0.8

Amazonas	74	0.8
Pasco	73	0.7
Apurímac	65	0.7
Huancavelica	63	0.6
Puno	51	0.5
Arequipa	43	0.4
Madre de Dios	36	0.4
Tacna	24	0.2
Moquegua	4	0.0
NN RR/ Extranjero	2	0.0

**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2000, 2007/2008, 2010-2011**

(Por cada 1 000 nacidos vivos)

(Estimaciones realizadas con información de los diez años anteriores a la encuesta)

Departamento	Tasa de Mortalidad Infantil			Tasa de Mortalidad en la Niñez		
	2000	2007/2008	2010/2011 a/	2000	2007/2008	2010/2011 a/
Amazonas	47	28	24	69	39	34
Áncash	50	19	15	72	29	19
Apurímac	71	35	22	93	42	27
Arequipa	40	22	10	58	25	13
Ayacucho	50	37	23	68	41	29
Cajamarca	51	31	18	69	37	27
Cusco	84	27	35	108	37	43
Huancavelica	71	31	27	108	43	35
Huánuco	63	31	22	93	36	31
Ica	21	10	15	32	16	19
Junín	43	33	19	62	38	24
La Libertad	45	23	17	60	29	22
Lambayeque	38	12	23	47	18	29
Lima	20	11	12	27	19	15
Loreto	53	44	38	79	64	51
Madre de Dios	28	28	27	40	47	35
Moquegua	28	19	22	33	23	24
Pasco	58	35	24	78	44	31
Piura	37	31	22	54	45	27
Puno	59	44	40	85	58	52
San Martín	49	35	26	70	45	35
Tacna	24	13	9	34	20	10
Tumbes	36	13	22	47	19	26
Ucayali	52	25	26	80	34	36

**Nota:** La tasa de mortalidad infantil a nivel de departamento para los diez años anteriores a la encuesta, tienen una fecha central de estimación, enero 2006.

a/ La tasa de mortalidad infantil y en la niñez a nivel departamental corresponde a los años 2010 y 2011.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

**TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS (AS) MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2007, 2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013**

Patrón de referencia OMS

(Porcentaje respecto del total de niños/as menores de 5 años de edad)

Ámbito geográfico	2007 a/	2009	2009-2010 b/	2010-2011 c/	2011-2012 d/	2012-2013 e/
Total	28.5	23.8	23.2	19.5	18.1	17.5
<b>Área de residencia</b>						
Urbana	15.6	14.2	14.1	10.1	10.5	10.3
Rural	45.7	40.3	38.8	37.0	31.9	32.3
<b>Región natural</b>						
Lima Metropolitana	10.5	7.5	8.6	6.8	4.1	4.1
Resio Costa	14.5	13.0	14.9	9.5	11.9	12.5
Sierra	42.4	37.5	34.4	30.7	29.3	28.7
Selva	34.1	28.1	28.5	28.2	21.6	24.1
<b>Departamento</b>						
Amazonas	37.4	-	25.2	27.5	29.2	27.1
Áncash	38.6	-	28.6	26.9	24.7	22.0
Apurímac	41.7	-	38.6	39.3	32.2	29.0
Arequipa	12.4	-	12.3	9.0	7.3	8.7
Ayacucho	42.2	-	38.8	35.3	29.5	28.0
Cajamarca	46.6	-	40.5	37.6	34.2	35.6
Cusco	36.9	-	35.4	29.9	24.3	20.0
Huancavelica	59.2	-	54.6	54.2	50.2	42.4
Huánuco	49.4	-	37.4	34.3	30.9	29.0
Ica	13.0	-	10.3	8.9	7.7	7.7
Junín	31.9	-	30.4	26.7	24.4	24.2
La Libertad	31.2	-	26.1	23.2	21.0	22.1
Lambayeque	20.1	-	17.8	16.2	14.0	14.2
Lima	11.4	-	8.9	8.0	6.3	5.1
Loreto	32.3	-	31.0	34.2	32.3	27.7
Madre de Dios	15.7	-	11.9	11.9	12.1	11.6
Moquegua	9.5	-	5.7	5.7	4.4	4.1
Pasco	39.5	-	32.6	24.8	26.0	26.5
Piura	29.6	-	22.9	20.9	21.7	24.9
Puno	36.7	-	25.5	21.5	20.0	19.0
San Martín	25.1	-	26.8	22.8	16.8	15.5
Tacna	6.3	-	3.0	3.7	3.1	2.9
Tumbes	12.2	-	12.8	11.0	10.1	9.1
Ucayali	30.5	-	31.6	31.4	24.7	24.5

a/ La estimación a nivel nacional corresponde a información recolectada entre los meses de febrero a setiembre 2007 y la estimación a nivel departamental corresponde a información recopilada en el año 2005, 2007 y 1er trimestre 2008 más ampliación muestral, la mediana de fecha de entrevista es junio 2007.

b/ La estimación a nivel departamental corresponde a información recopilada en el año 2009 y 2010.

c/ La estimación a nivel departamental corresponde a información recopilada en el año 2010 y 2011.

d/ La estimación a nivel departamental corresponde a información recopilada en el año 2011 y 2012.

e/ La información a nivel departamental corresponde a la información de 2012 y 2013.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Como se demuestra existen pacientes que pese a la distancia se ven obligados a desplazarse hasta el Lima, para obtener una atención especializada, siendo necesario acercarse a la población a los servicios de prestación de salud especializada y evitar gastos por el desplazamiento de las personas.

El objetivo del presente proyecto de ley es que los niños y adolescentes de todo el país puedan alcanzar el acceso equitativo de los servicios especializados, en que se logre reducir las tasas de morbilidad, y que se priorice la salud pública con la finalidad de obtener resultados que sean eficaces, eficientes y de calidad, proporcionados a través de sedes de instituciones modernas de salud.

En tal sentido existe la necesidad de otorgar una mayor autonomía administrativa, económica y normativa en el Instituto Nacional de Salud del Niño que se sustenta por la gran capacidad de atenciones a nivel nacional, asimismo en la poca y escasa atención de personas de bajo recursos que no tiene la posibilidad ni los recursos para trasladarse a la capital y poder recibir atención especializada.

## EFFECTOS DE LA INICIATIVA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente propuesta legislativa representa **LEY QUE DECLARA DE INTERES Y DE NECESIDAD PUBLICA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**, no se opone a ninguna norma constitucional y no transgrede ninguna norma de rango inferior, por el contrario posibilita, coadyuva y contribuye a la salud y genera desarrollo en el país, asimismo determina que se brinde una atención oportuna y adecuada a los pacientes que no son de la capital logrando una atención especializada.

## ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente propuesta legislativa no le irrogará ningún costo al Estado, toda vez que es nuestro proyecto declarativo y los fondos destinados para la creación e implementación se realizara a través del Ministerio de Salud quien priorizará y asumirá tal cual se dispone en el presente proyecto de ley.