COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN

PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2020-2021

Dictamen N°061-2020-2021/CSP-CR

Señor presidente:

Ha sido remitida para estudio y dictamen de la Comisión de Salud y Población la siguiente iniciativa legislativa:

Proyecto de Ley 7119/2020-CR, del grupo parlamentario **Acción Popular**, a iniciativa del autor Congresista **LEONARDO INGA SALES**, que propone la Ley que garantiza la construcción de hospitales de segundo o tercer nivel de atención en cada capital de región y/o provincia.

El presente dictamen fue aprobado por unanimidad con la dispensa del acta en la vigésima segunda sesión extraordinaria de la Comisión, celebrada el miércoles 30 de junio de 2021. Votaron a favor los señores congresistas, Omar Merino López, Jorge Luis Pérez Flores, Yessy Nélida Fabian Diaz, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Ángel Gonzáles Santos, Absalón Montoya Guivin, Tania Rosalía Rodas Malca, Vigo Gutiérrez Widman Napoleón, Posemoscrowte Irrhoscopt Chagua Payano y Rubén Ramos Zapana

I. SITUACION PROCESAL

El proyecto de Ley ingresó a la Comisión de Salud y Población, conforme se aprecia en la tabla siguiente:

Proyecto de Ley	Ingreso a Trámite Documentario	Primera Comisión	Segunda Comisión	Fecha del Decreto de envío a comisiones
7119/2020-CR	11.02.21	Salud y Población	Descentralización, Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado	18.02.21

La iniciativa legislativa materia de dictamen cumple con los requisitos generales y específicos señalados en los artículos 75º, 76º y 77º del Reglamento del Congreso de la República, por lo cual se realizó el estudio correspondiente.

Vinculación con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional

La presente proposición legislativa se enmarca en las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

- Política de Estado N° 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social;
- Política de Estado N° 20: Desarrollo de la ciencia y la tecnología; y,
- Política de Estado N° 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente.

II. CONTENIDO DE LA PROPUESTA

La iniciativa legislativa tiene por objeto otorgar un marco legal para garantizar la construcción de hospitales de segundo o tercer nivel de atención en cada capital de región y/ o provincias, según corresponda, con la finalidad de contar con respuesta efectiva y oportuna a favor de los pacientes de cada región y /o provincia de nuestro país.

Asimismo, el proyecto de ley plantea también que se declare de necesidad urgente y preferente interés nacional la construcción de hospitales de segundo o tercer nivel de atención en cada capital de región y/ o provincia a nivel nacional, que permita satisfacer servicios públicos de salud en beneficio de la población, y con capacidad de respuesta para enfrentar emergencias sanitarias, tales como la del COVID-19.

En ese sentido, propone que los hospitales de segundo o tercer nivel de atención en cada capital de región y /o provincia, además de los servicios y características propias de su nivel, deberán contar obligatoriamente con los siguientes servicios y plataforma:

1. Telemedicina;
2. Sistema administrativo centralizado; y
3. Médicos Especialistas que se constituyan a los lugares más alejados.

Adicional a ello, los hospitales de segundo o tercer nivel de atención en cada capital de región y/o provincia, deberán contar con un dispositivo lector electrónico que permita el acceso a los siguientes servicios:

1. Historia clínica electrónica, creado por Ley Nº 30024, vinculado al Documento Nacional de Identidad Electrónico – DNIe; y,
2. Carnet de vacunación vinculado al Documento Nacional de Identidad Electrónico – DNIe.

La responsabilidad de la implementación de estos servicios electrónicos, deberá estar a cargo de la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros, en coordinación con el Ministerio de Salud y el Registro Nacional

de Identificación y Estado Civil - RENIEC. El acceso a este sistema de registro, tendrá carácter de confidencial, siendo de uso exclusivo médico.

Por otro lado, el proyecto de ley contempla la conformación de una comisión especial encargada de evaluar la creación de hospitales de segundo o tercer nivel de atención, según corresponda en las capitales de región y /o provincias que no cuenten con dichas instalaciones. La referida comisión se cargaría de elaborar un plan de trabajo para la propuesta de creación de hospitales antes mencionado, así como para que se coordine la implementación de las historias clínicas electrónicas y de vacunación, vinculados al documento nacional de identidad electrónico – DNIe.

Dicha comisión, según la propuesta legal, se instalará dentro de los quince (15) días calendario de vigencia de la ley y deberá estar conformada de las siguientes entidades:

a) Ministerio de Salud, cuyo representante presidirá la comisión especial;
b) Ministerio de Economía y Finanzas (MEF);
c) Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR);
d) Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE);
e) Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM); y,
f) Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).

Por último, la iniciativa cuenta con tres disposiciones finales. La primera, propone que los recursos económicos para la creación de hospitales de segundo o tercer nivel en cada capital de región y /o provincia, sean con cargo al presupuesto establecido para cada región; la segunda, señala lo concerniente a la vigencia de la propuesta; y, la tercera, prescribe que se deroguen o modifiquen las normas que se opongan a la propuesta normativa.

III. OPINIONES SOLICITADAS

La Comisión de Salud y Población solicitó opinión a diversas instituciones, las cuales emitieron respuesta conforme se detalla a continuación:

Proyecto de Ley 7119/2020-CR		
Institución	**N° de oficio**	**Fecha de respuesta**
Ministerio de Salud	2020-2021-CSP/CR	-
ESSALUD	2020-2021-CSP/CR	-
INEN	2020-2021-CSP/CR	-
CMP	2020-2021-CSP/CR	-

IV. OPINIONES RECIBIDAS

a) Proyecto de Ley 7119/2020-CR

Sin opiniones recibidas a la fecha.

V. MARCO NORMATIVO

a) Constitución Política del Perú;
b) Declaración Universal de Derechos Humanos;
c) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre;
d) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
e) Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización;
f) Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales;
g) Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades;
h) Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;
i) Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificaciones;
j) Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2002-SA;
k) Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado;
l) Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;
m) Decreto Legislativo Nº 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;
n) Decreto Legislativo Nº 1252, que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de inversiones;
o) Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política Nacional de Gobierno;
p) Decreto Supremo N° 284-2018-EF, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1252, que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de inversiones;
q) Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA;
r) Decreto Supremo N° 026-2020-SA que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud Al 2030 "Perú, País Saludable"; y,

VI. ANÁLISIS

Derechos fundamentales y jurisprudencia constitucional en materia de salud.

Esta comisión en diversos pronunciamientos técnicos se ha referido a la esfera de protección constitucional que existe en nuestro ordenamiento jurídico en materia de salud y acceso a los servicios de salud, así como el parámetro de convencionalidad en materia de derechos humanos y la doctrina jurisprudencial de nuestro Supremo Contralor de la Constitucionalidad referidos al área de salud y de los servicios de la salud.

En ese sentido, tenemos que la Constitución Política del Estado respecto al derecho a la salud, dispone que:

> *"**Artículo 7.-** Todos tienen **derecho 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**. 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."*[1] (el subrayado y resaltado son nuestros).
>
> *"**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**"*[2] (el subrayado y resaltado son nuestros).
>
> *"**Artículo 10.-** El Estado **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"*[3] (el subrayado y resaltado son nuestros).
>
> *"**Artículo 11.-** El Estado **garantiza el libre acceso a prestaciones de salud** y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. **Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento***
>
> *La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado"*[4] (el subrayado y resaltado son nuestros).
>
> *"**Artículo 12.- Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles**. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley"*[5] (el subrayado y resaltado son nuestros).

Como se puede apreciar, nuestra Constitución Política es explícita al garantizar el derecho a la salud, su universalidad y acceso equitativo a los servicios de salud, así como elevar la calidad de vida de las personas a fin que puedan desarrollarse positivamente en su entorno. Es preciso subrayar, que el Estado peruano protege la vida y la salud de las personas a través de la implementación de políticas públicas orientadas a atender la problemática de la salud en general, por medio de los distintos servicios de salud que brinda en sus establecimientos de los tres niveles de atención, entre ellos, los hospitales de segundo y tercer nivel que son materia de objeto de la propuesta legislativa.

Adicional a ello, el propio texto constitucional en su artículo 55º y Cuarta Disposición Final y Transitoria establecen la incorporación de los tratados

---

[1] Ver en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf

[2] Ver en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf

[3] Ver en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf

[4] Ver en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf

[5] Ver en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf

internacionales celebrados por el Estado al derecho nacional y que las normas y libertades garantizadas en la Constitución sean interpretadas de conformidad con los tratados y acuerdos internacionales sobre derechos humanos ratificados por el Perú, respectivamente, permitiendo la ampliación y uniformidad de los derechos de los peruanos en materia de salud con el Sistema Universal de Derechos Humanos.

Es así que, entre los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano podemos señalar, por ejemplo, la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, que marcó un hito en la historia de los derechos humanos, siendo proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, y que en materia de salud establece lo siguiente:

> *"**Artículo 25***
>
> *1. **Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica y los servicios sociales necesarios**; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (…)"*[6] (el subrayado y resaltado son nuestros).

En ese mismo sentido, la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, aprobada por la IX Conferencia internacional americana realizada en Bogotá en 1948, que dispuso la creación de la Organización de los Estados Americanos (OEA), estableció el derecho a la preservación de la salud en los siguientes términos:

> ***"Artículo 11. Derecho a la preservación de la salud y al bienestar***
>
> ***Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales**, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*[7] (el subrayado y resaltado son nuestros).

En la misma línea, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, que entró en vigor el 3 de enero de 1976, dispuso las acciones pertinentes a fin de trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado[8].

Es menester acotar también que en el año 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*[9], que se

---

[6] Ver en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

[7] Ver en: http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp

[8] Ver en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx

[9] Ver en: https://peru.un.org/es/sdgs

conforma por 17 objetivos generales y 169 metas en diversos campos del desarrollo humano. En relación con la salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecen, entre otros aspectos, lo siguiente:

> *"**3.4** Para 2030, **reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento** y promover la salud mental y el bienestar*
>
> *(…)*
>
> ***3.8** **Lograr la cobertura sanitaria universal**, en particular la protección contra los riesgos financieros, **el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos***
>
> ***3.9** Para 2030, **reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades** producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo*
>
> ***3.a** Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para **el Control del Tabaco en todos los países**, según proceda*
>
> ***3.b** **Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles** de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad **para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos***
>
> ***3.c** Aumentar sustancialmente **la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo**, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo*
>
> ***3.d** **Reforzar la capacidad de todos los países**, en particular los países en desarrollo, **en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial**"*[10] (el subrayado y resaltado son nuestros).

Por su parte, el Tribunal Constitucional (TC) en su sentencia recaída en el expediente N° 3208-2004-AA/TC, de fecha 30 de mayo de 2005, ha desarrollado el contenido esencial del derecho a la salud; en los siguientes términos:

> *"(…) **el derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser**, lo que implica, por tanto,*

[10] Ver en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

> *una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido.* ***Los servicios de salud, por consiguiente, cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los pacientes***[11] (el subrayado y resaltado son nuestros).

Asimismo, nuestro supremo contralor de la Constitución ha abordado en reiterada jurisprudencia[12] la esfera de protección constitucional del derecho a la salud; así como también ha desarrollado el *principio de equidad en salud* en la sentencia recaída en el expediente N° 0033-2010-PI/TC (demanda de inconstitucionalidad contra la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud), de fecha 10 de abril de 2012, en la cual de delimitó dicho principio; como se puede apreciar seguidamente:

> *"A juicio del Tribunal,* ***el contenido del principio de equidad en salud comprende, cuando menos, las siguientes variables****:*
>
> *a) En primer lugar,* ***la exigencia de enfrentar las desigualdades sociales que tienen un efecto negativo y dificultan el logro de una buena salud. Como se recoge en la Observación General Nº 14, "el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana*** *y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano" (párrafo 4).* ***Desde que el principio de equidad en salud pretende una equiparación en el goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y no sólo en la prestación de los servicios de salud, éste exige que se ataquen diversas inequidades sociales que afectan la posibilidad de gozar de buena salud****. En particular, los denominados determinantes sociales de la salud, que conforme a la Organización Mundial de la Salud [Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" son los siguientes:*
>
> - *Educación y atención desde la primera infancia*
> - *Entornos urbanos y rurales saludables*
> - *Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno*
> - ***Protección social a lo largo de la vida***
> - ***Atención universal de salud***
> - ***Políticas y programas sanitarios equitativos***

[11] Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el expediente N° 3208-2004-AA/TC, de fecha 30 de mayo de 2005. Fundamento Jurídico 6. En: https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/03208-2004-AA.pdf

[12] Sentencias del Tribunal Constitucional recaídas en los expedientes N° 2945-2003-AA/TC, 0032-2010- PI/TC, entre otros.

- *Financiamiento, deuda y ayuda internacional equitativa*
- *Responsabilidad de los mercados y los sectores privados*
- *Equidad de género*
- *Expresión y participación políticas*
- *Gobernanza mundial eficaz*

b) *En segundo lugar, ha de considerarse en el principio de equidad en salud, **el reconocimiento de la interdependencia de los derechos fundamentales y, por lo tanto, la posibilidad de disfrutar equitativamente de ellos, especialmente de los que tienen incidencia en el goce del derecho a la salud**. Como se ha afirmado en la Observación General Nº 14, "El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud" (párrafo 3). **De modo que para el acceso equitativo a la salud puede ser tan importante la provisión adecuada de un servicio de salud, como la no exclusión de la capacidad de hacer oír la voz frente a un trato discriminatorio por parte del Estado**.*

c) *En tercer lugar, el principio de equidad en salud supone también **la posibilidad de acceder a los servicios de salud de modo integral, esto es, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, en tanto elementos esenciales de la atención sanitaria** de acuerdo a lo recogido en la Observación General Nº 14 [párrafo 12]. Para la satisfacción de este principio es preciso contar con la posibilidad de "tener un seguro de salud" que cubra determinadas contingencias sanitarias. **Es preciso, además, que la persona pueda acceder físicamente al servicio (lo que supone la presencia cercana y suficiente de centros de salud), y que sea tratada con atenciones que efectivamente prevengan o recuperen su salud (lo que supone la provisión de servicios de calidad)**, además de ser ética y culturalmente aceptables (lo que exige, por ejemplo, el desarrollo de procedimientos de salud intercultural).*

d) *En cuarto lugar, el principio de equidad en salud supone también **el respeto al principio de no discriminación en la provisión de los servicios médicos**, de acuerdo a lo previsto en el párrafo 12 b) de la Observación General Nº 14. Esta exigencia, contenida en el principio de igualdad formal o igualdad de trato abordada líneas arriba, supone que en **la distribución de los servicios de salud no deba restringirse desproporcionadamente el acceso a servicios de salud a un grupo de personas determinados, con base en motivos prohibidos, o sólo porque de ese modo se pueda lograr mejores resultados globales en salud**.*

e) *Por último, el principio de equidad en salud exige también una **asignación de recursos para la salud y una distribución equitativa de dichos recursos. Reconocida la centralidad de la salud***

> ***en las posibilidades humanas de afrontar una vida digna, la única forma de brindar a todas las personas (dadas las diferencias de recursos económicas entre ellas) un acceso adecuado a los servicios de salud es asignar recursos amplios a este sector, sea a través de la solidaridad de todos los residentes en el país (por medio de impuestos) o de la solidaridad de los usuarios de salud (a través de aportes)***. *También es preciso que una vez obtenidos los recursos para la salud, éstos se distribuyan equitativamente, teniendo en cuenta la prioridad en la atención de las poblaciones más desfavorecidas, tal como antes se ha explicitado. Por lo demás,* ***en el uso de los recursos para la salud es necesario guardar niveles adecuados de transparencia y eficiencia, pues dada la escasez de recursos públicos y las distintas necesidades de la población, es preciso que se dé a los recursos el mejor uso posible***. *La preocupación por esta última dimensión del principio de equidad en salud, en sus facetas de mayores ingresos, mayor equidad y mayor eficiencia, ha sido puesta de manifiesto en el último Informe de la Organización Mundial de la Salud, titulado "La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal"*[13] (el subrayado y resaltado son nuestros).

Normas nacionales y políticas públicas en materia de infraestructura en el sector salud.

Es en razón a la base normativa e interpretación constitucional antes expuesta, que a nivel nacional se han emitido distintas normas que orientan el desarrollo de las políticas públicas en materia de infraestructura en el sector salud, con la finalidad de recudir progresivamente las brechas existentes en favor de la población nacional.

Así tenemos, la Ley N° 26842[14], Ley General de Salud, que establece, entre otros aspectos, que:

a) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;
b) La protección de la salud es de interés público;
c) Toda persona tiene derecho a la protección de su salud;
d) La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;
e) Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población;
f) Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. **Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población**, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

[13] Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el expediente N° 0033-2010-PI/TC, de fecha 10 de abril de 2012. Fundamento Jurídico 34. En: https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2012/00033-2010-AI.html

[14] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

En ese marco, el artículo 37 de la Ley 26842, Ley General de Salud, establece la responsabilidad del Estado en relación a la infraestructura de los establecimientos de salud, equipamiento, personal asistencial, entre otros aspectos, así como define la responsabilidad del MINSA para determinar la capacidad resolutiva con respecto a los niveles de atención de los establecimientos de salud; en los siguientes términos:

> *"Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión,* ***deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos*** *relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.*
>
> ***La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos*** *y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos*[15] (el subrayado y resaltado son nuestros).

Además, se emitió del Decreto Legislativo Nº 1157[16], Decreto Legislativo que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud, publicado el 06 de diciembre de 2013, con la finalidad de establecer mecanismos e instrumentos de coordinación para el planeamiento, priorización y seguimiento de la expansión y sostenimiento de la oferta de los servicios de salud, disponiendo la aprobación de una cartera de servicios de salud a propuesta en los estudios de preinversión correspondiente a los establecimientos de baja, mediana y alta complejidad (puestos, centros, hospitales e institutos de salud).

En ese mismo periodo se promulgo el Decreto Legislativo Nº 1161[17], Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, que establece en sus artículos 3 y 4 que el MINSA es el ente rector del Sector Salud y tiene como ámbito de competencia las siguientes responsabilidades:

1) Salud de las Personas;
2) Aseguramiento en salud;
3) Epidemias y emergencias sanitarias;
4) Salud ambiental e inocuidad alimentaria;
5) Inteligencia sanitaria;
6) Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos;
7) **Recursos humanos en salud**;

[15] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[16] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[17] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

8) **Infraestructura y equipamiento en salud**; y,
9) **Investigación y tecnologías en salud**.

La posterior emisión de Decreto Legislativo Nº 1252[18], Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, publicado el 01 de diciembre de 2016, uniformizó los lineamientos técnicos con el objetivo de orientar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión para la efectiva prestación de servicios y la provisión de la infraestructura necesaria para el desarrollo del país. La referida normal estableció que únicamente pueden asignarse fondos públicos e iniciarse la fase de Ejecución de las inversiones que están registradas en el Banco de Inversiones y que cuenten con declaración de viabilidad.

Adicionalmente, se expidió el Decreto Supremo Nº 027-2017-EF[19], que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1252, Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, publicado el 23 de febrero de 2017, que dispone, entre otros aspectos, que los diferentes sectores a través de sus Oficinas de Programación Multianual de Inversiones deberán:

a) Elaborar el **diagnóstico de la situación de las brechas de infraestructura** y/o acceso a los servicios públicos;
b) Establecer los objetivos a ser alcanzados y los **criterios de priorización para las inversiones** a ser financiadas por el gobierno nacional; y,
c) Comunicar dicha información a los gobiernos regionales y gobiernos locales para la elaboración de sus respectivos Programa Multianual de inversiones (PMI).

Es así que, la inversión en infraestructura pública debe ser promovida por cada sector a través de sus respectivo Programa Multianual de Inversiones, el mismo que debe incluir la cartera de inversiones a financiarse total o parcialmente con recursos públicos buscando alcanzar las metas específicas sectoriales y que permitan cumplir con los indicadores de resultados. En el caso del sector salud, el Programa Multianual de Inversiones (PMI) se sustenta en los indicadores y el diagnóstico de brechas de infraestructura y/o acceso a los servicios de salud.

Estas disposiciones normativas señaladas precedentemente, fueron complementadas con la dación de diversas resoluciones ministeriales que guían la actuación del Ministerio de Salud en materia de infraestructura y acceso a los servicios de la salud, tales como:

- Resolución Ministerial Nº 889-2014/MINSA[20], que aprueba el Documento Técnico “Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud a Nivel Regional V.02”, publicada el 24 de noviembre de 2014;

[18] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[19] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[20] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

- Resolución Ministerial Nº 367-2016/MINSA[21], que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud, publicada el 09 de junio de 2016; y,
- Resolución Ministerial Nº 1334-2018/MINSA[22], que aprueba el Plan Estratégico (PEI) 2019-2021 del Ministerio de Salud, publicada el 27 de diciembre de 2018.

No obstante, es menester señalar que en los últimos años se han emitido normas de carácter general que tienen por objeto la priorización de los proyectos de inversión pública, privada y público privada, más aún en el contexto de reactivación económica por la paralización de los diferentes sectores productivos del país ante la emergencia sanitaria producida por el brote de la COVID-19, tales como, el Decreto de Urgencia 018-2019[23] y 003-2020[24], así como el Decreto Legislativo Nº1500[25]; lo cual contribuirá con el mejoramiento y construcción de nuevos establecimientos de salud, según correspondan.

Brechas de infraestructura en el sector salud.

El déficit de infraestructura pública no es exclusivo del ámbito de la salud. Es una problemática que se encuentra generalizada en los distintos sectores del Estado. Según el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad (PNIC), publicado el 28 de julio de 2019, se estima una brecha de acceso básico de infraestructura de aproximadamente 363 mil millones de soles, sin considerar aspectos de calidad del agua, la cantidad de horas de electricidad, la infraestructura natural o el estado de las estructuras de los colegios, entre otros, concluyéndose que el monto total estimado de brecha en infraestructura nacional ha sido subestimada en comparación con otros países con mayor desarrollo[26].

En efecto, las publicaciones sobre la materia que realizó el Foro Económico Mundial en el año 2017 y 2018, dan cuenta del contundente margen que existe en inversión en infraestructura entre el Perú y países como EE.UU., Alemania, Reino Unido o aquellos que integran la OCDE; no obstante, también existen marcadas brechas de retraso si nos comparamos con los países de la región o aquellos que conforman la Alianza del Pacifico, especialmente con respecto a la calidad de la infraestructura; cómo se puede apreciar en los siguientes gráficos:

[21] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[22] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[23] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

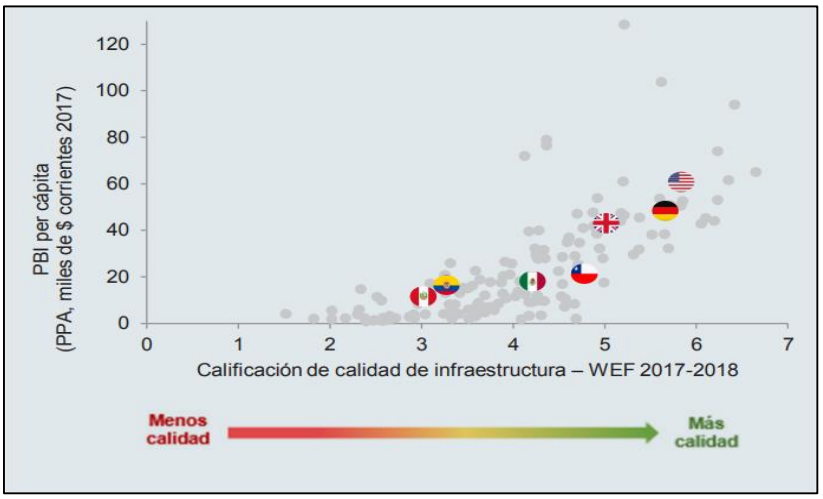
[24] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[25] Ver en: http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp

[26] Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad, pág. 9. Ver en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/planes/PNIC_2019.pdf

GRÁFICO N° 1

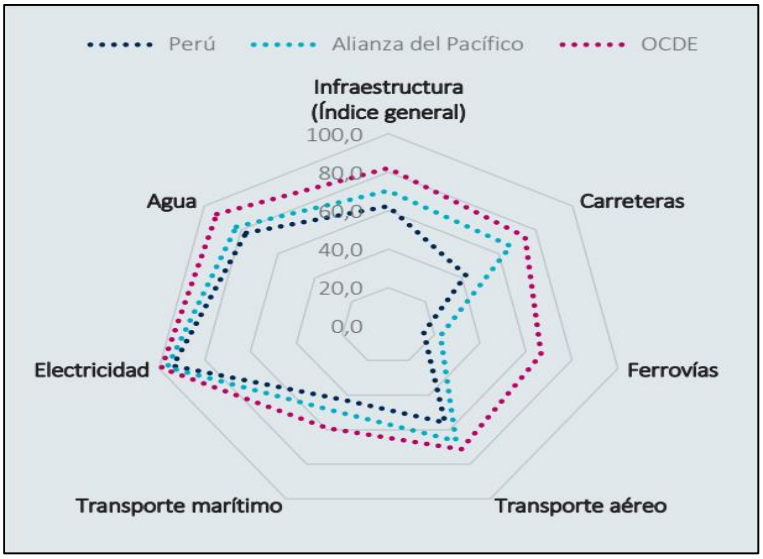
TAMAÑO DE LA ECONOMÍA Y CALIDAD DE INFRAESTRUCTURA 2017



Fuente: Foro Económico Mundial 2017

GRÁFICO N° 2

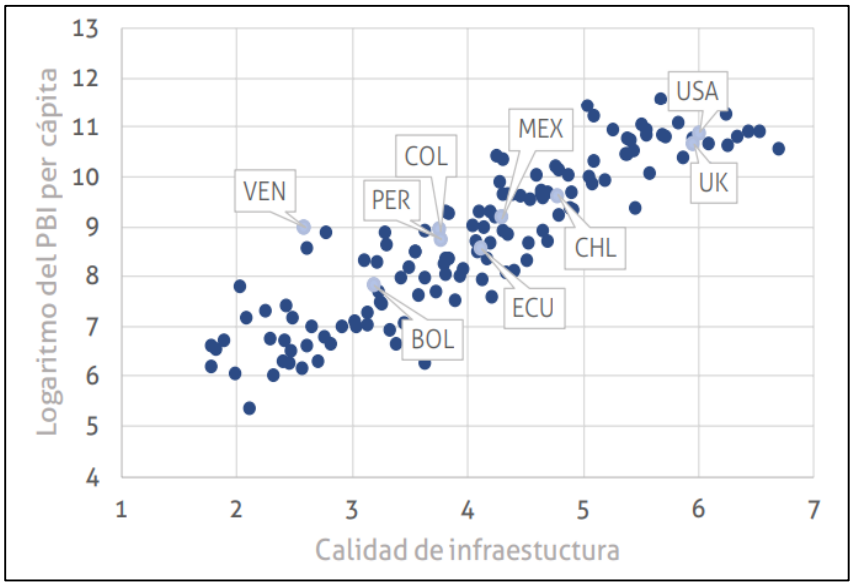
INDICADOR DE CALIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA 2017



Fuente: Foro Económico Mundial 2017

GRÁFICO N° 3

CALIDAD DE INFRAESTRUCTURA Y PBI PER CÁPITA 2018



Fuente: Foro Económico Mundial 2018

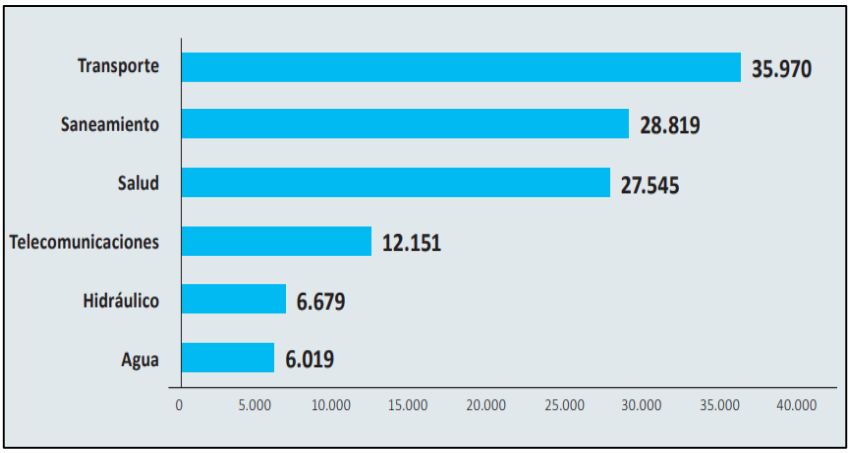
A nivel nacional, el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad recoge la metodología de medición de brechas de corto plazo (5 años) y largo plazo (20 años) planteadas en un estudio por la Universidad del Pacifico. Así tenemos que, en el plazo más corto, existe una brecha de infraestructura de acceso básico de 117.183 millones de soles, los cuales se requieren que sean invertidos para lograr niveles básicos de infraestructura, que responden a las características geográficas y socioeconómicas de nuestro país. En el plazo más largo, como efectivamente lo resaltamos al inicio de este apartado, se señala que existe una brecha de infraestructura de acceso básico de 363.452 millones de soles, que se necesitan invertir para alcanzar al menos los citados niveles básicos de grupos de países más desarrollados como los que integran la OCDE[27].

En los gráficos y cuadro siguientes, podemos observar con detalle estas cifras antes mencionadas, incluido sub tipos de infraestructura y brechas rurales y urbanas respectivamente:

[27] Ibídem, pág. 19.

GRÁFICO N° 4

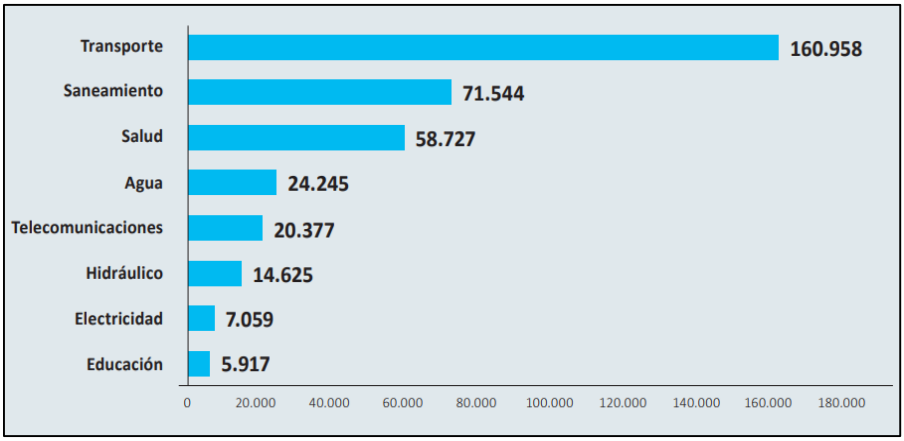
BRECHA DE INFRAESTRUCTURA DE CORTO PLAZO (MILLONES DE SOLES)



Fuente: Universidad del Pacifico

GRÁFICO N° 5

BRECHA DE INFRAESTRUCTURA DE LARGO PLAZO (MILLONES DE SOLES)



Fuente: Universidad del Pacifico

CUADRO N° 1

VALOR DE BRECHAS EN INFRAESTRUCTURA DE CORTO Y LARGO PLAZO

N°	Sector	Brecha de corto plazo «Perú potencial»	Grupos de países de comparación (en amarillo se muestra el grupo de países seleccionado como comparador de largo plazo)				Brecha de largo plazo
			Alianza del Pacífico 1/	Países de ingresos medios altos e ingresos altos 2/	Países asiáticos 3/	OCDE 4/	
1 Agua	Urbano	317	1.960	789	554	1.950	24.245
	Rural	5.702	17.507	14.292	15.055	22.295	
2 Saneamiento	Urbano	-	3.792	927	-	8.606	71.544
	Rural	28.819	45.669	42.247	76.986	62.938	
3 Telecomunicaciones	Móvil	12.151	12.863	12.728	32.680	13.992	20.377
	Banda ancha	-	2.317	2.327	-	6.385	
4 Transportes	Ferrocarriles	20.430	46.124	286.971	-	305.923	160.958
	Carreteras	15.540	782	105.617	41.039	451.047	
	Aeropuertos	-	-	-	-	4.254	
	Puertos	-	-	848	4.963	-	
5 Electricidad	-	-	6.300	3.495	5.046	7.059	7.059
6 Educación	Nivel inicial	-	-	-	-	238	5.917
	Nivel primaria	-	-	-	746	1.399	
	Nivel secundaria	-	-	-	-	4.280	
7 Salud	-	27.545	2.577	58.727	8.869	85.262	58.727
8 Hidráulico	-	6.679	-	14.625	2.766	7.142	14.625
Total brecha corto plazo		**117.183**	**Total brecha de largo plazo**				**363.452**

Fuente: Universidad del Pacifico

Como hemos podido observar, la salud es el tercer sector nacional con mayor brecha de infraestructura básica, que se estima tiene un retraso de más de 58 mil millones de soles (largo plazo) y que representa más del 16% en relación a la brecha total de infraestructura de acceso básico del país estimada en 363.452 millones de soles[28]. Debemos resaltar que el sector transportes, que tiene el mayor retraso en infraestructura, representa casi el 50% del total de la brecha, es decir, que el porcentaje de brecha del sector salud es amplio, si lo comparamos con otros sectores nacionales sin contar con el sector transportes. Un ejercicio simple que confirma que el déficit de infraestructura en salud es alarmante en el país, es que ni sumando los millones estimados en brechas de los sectores telecomunicaciones, educación, electricidad e hidráulicos, superan el monto que hace falta invertir en el sector salud[29].

Ahora bien, esta crisis en infraestructura que atraviesa el sector salud se ve reflejada indefectiblemente en los distintos establecimientos de salud a nivel nacional, que incluye los equipos tecnológicos de apoyo al diagnóstico u otros tipos de intervención especializada, por lo cual antes de profundizar en la problemática específica de los establecimientos salud es necesario precisar cómo se organizan en el ámbito nacional.

[28] Ibídem.

[29] Ver gráfico 5.

Los establecimientos de salud responden a una categorización que realiza el Ministerio de Salud con la finalidad de diferenciarlos en base a sus niveles de complejidad y características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de los ciudadanos. Dicha categorización se divide en tres niveles de atención según la capacidad resolutiva de cada establecimiento de salud, tales como:

- Primer nivel de atención

  Es una forma de organización de la oferta de los servicios de salud, que se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud, donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos; teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. Los grados de severidad y la magnitud de los problemas de salud en este nivel, determinan el cuidado de salud con una oferta de atención más cercana a la población, de gran tamaño y generalmente de baja complejidad, convirtiéndose en la etapa de facilitación y coordinación del proceso de cuidado integral de salud a los usuarios dentro del Sistema Nacional de Salud. Este nivel de atención tiene establecimientos de salud con las siguientes categorías:

  - Categoría I-1
  - Categoría I-2
  - Categoría I-3
  - Categoría I-4

- Segundo nivel de atención

  En este nivel se complementa la atención integral iniciada en el nivel anterior, agregando un grado mayor de especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los establecimientos de salud de este nivel; y, además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda. La categoría a los establecimientos de salud de este nivel de atención se da según el tipo de atención (general o especializada):

  - Establecimientos de salud de atención general:

    - Categoría II-1
    - Categoría II-2

  - Establecimientos de salud de atención especializada:

    - Categoría II-E

- Tercer nivel de atención:

  Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutiva en cuanto a recursos humanos y tecnología dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención antes señalados, así como aquellas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia; además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda. Las categorías de los establecimientos de salud de este nivel de atención también responden al tipo de atención (general o especializada):

  - Establecimientos de salud de atención general:
    - Categoría III-1
  - Establecimientos de salud de atención especializada:
    - Categoría III-E
    - Categoría III-2

En ese marco, es necesario diferenciar la problemática que atraviesa el primer nivel de atención (preventivo promocional) con el segundo y tercer nivel de atención (recuperativo especializado), puesto que tienen objetivos específicos diferentes y, por consecuencia, soluciones distintas en materia de infraestructura.

Así tenemos que, en el caso del primer nivel de atención, según el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de la Superintendencia Nacional de Salud, publicado en diciembre de 2020, el sector salud cuenta con más de ocho mil establecimientos de salud de dicha categoría, incluyendo a EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú[30].

De ese total de establecimientos de salud del primer nivel de atención, el 97% presenta capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Este porcentaje identificado de establecimientos de salud no han tenido ninguna intervención integral con infraestructura y equipamiento en los últimos 5 años[31].

Se considera que los establecimientos de salud presentan capacidad instalada inadecuada si la infraestructura y el equipamiento existente de los servicios de salud no se encuentran acordes con lo establecido en las normas técnicas sobre infraestructura del MINSA, en el caso del primer nivel de atención, se debe terne

[30] Ministerio de Salud. Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud, Lima, Perú, 2020, pág. 8. Ver en: https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf

[31] Ibídem, pág. 9.

en cuenta Norma Técnica de Salud Nº 113-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”.

En el caso del segundo y tercer nivel de atención, el RENIPRESS al mes de diciembre de 2020, contabilizó 247 hospitales a nivel nacional, de los cuales 139 son de categoría II-1, 49 son de categoría II-2, 22 de categoría II-E, 31 de categoría III-1 y 6 corresponden a la categoría III-E[32].

El 96% del total de hospitales del refiero nivel de atención, presenta capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Estos hospitales, al igual que lo establecimientos del primer nivel de atención, no han tenido ninguna intervención integral con infraestructura y equipamiento en los últimos 5 años. Los departamentos con los menores indicadores de brecha son Tumbes (67%); San Martín (70%); Moquegua (75%) e Ica (89%)[33].

Es menester subrayar que los hospitales son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria mediante servicios especializados, y que reciben las referencias de los establecimientos de salud de primer nivel de atención de su ámbito de competencia. La complementariedad de los tres niveles de atención, en buena cuenta, representan el sistema de salud nacional. No es posible una correcta actuación del sistema sí los citados niveles de atención no trabajan conjuntamente según sus objetivos y características para alcanzar metas generales en salud pública.

Es así que, el propio análisis del Ministerio de Salud, en base a la información del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, señala categóricamente que es necesario implementar en el país 1791 establecimientos de salud en el primer nivel de atención y 156 hospitales en el segundo y tercer nivel de atención que permitan brindar una atención idónea a nuestra población.

Las cifras señaladas se pueden apreciar con mayor detalle en los cuadros siguientes:

[32] Ibídem, pág. 11.

[33] Ibídem, pág. 12 y 13.

CUADRO N° 2

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2020

Institución Responsable	Categoría del Establecimiento de Salud				Total	Porcentaje
	I-1	I-2	I-3	I-4		
ESSALUD	1	164	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%**
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	3	13	12		**28**	**0.32%**
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL		1	37		**38**	**0.43%**
SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU	3	14	7	2	**26**	**0.30%**
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU	11	23	3	2	**39**	**0.44%**
SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU	6	37	32	3	**78**	**0.89%**
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU	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%**	

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2020

CUADRO N° 3

E.S. DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON CAPACIDAD INADECUADA 2020

Departamento	Total de establecimientos de salud (ES)	ES del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada (ESI)	Porcentaje de ES del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada
AMAZONAS	490	482	98%
ANCASH	424	409	96%
APURIMAC	397	375	94%
AREQUIPA	293	289	99%
AYACUCHO	413	358	87%
CAJAMARCA	874	863	99%
CALLAO	84	84	100%
CUSCO	375	353	94%
HUANCAVELICA	417	404	97%
HUANUCO	338	326	96%
ICA	165	164	99%
JUNIN	536	530	99%
LA LIBERTAD	332	315	95%
LAMBAYEQUE	199	199	100%
LIMA	851	846	99%
LORETO	458	456	100%
MADRE DE DIOS	99	99	100%
MOQUEGUA	70	69	99%
PASCO	269	266	99%
PIURA	448	435	97%
PUNO	487	463	95%
SAN MARTIN	390	375	96%
TACNA	98	98	100%
TUMBES	56	53	95%
UCAYALI	220	220	100%
TOTAL	**8783**	**8531**	**97%**

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2020

CUADRO N° 4

HOSPITALES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN 2020

Departamento	Categoria de los Hospitales					Total
	II-1	II-2	II-E	III-1	III-E	
AMAZONAS	7	1				8
ANCASH	9	3				12
APURIMAC	3	3				6
AREQUIPA	6		2	3		11
AYACUCHO	7	1	2			10
CAJAMARCA	8	2	1			11
CALLAO	1	2	1	3		7
CUSCO	5		2	3		10
HUANCAVELICA	4	1				5
HUANUCO	2	2	1			5
ICA	7	2				9
JUNIN	7	2	1	1	2	13
LA LIBERTAD	22	1	1	3	1	28
LAMBAYEQUE	3	1		2		6
LIMA	14	12	5	13	3	47
LORETO	4	1		2		7
MADRE DE DIOS	2					2
MOQUEGUA	3	1				4
PASCO	4	1	1			6
PIURA	4	2		1		7
PUNO	10	4	1			15
SAN MARTIN	5	1	4			10
TACNA		2				2
TUMBES	2	1				3
UCAYALI		3				3
Total	**139**	**49**	**22**	**31**	**6**	**247**

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2020

CUADRO N° 5

HOSPITALES CON CAPACIDAD INADECUADA POR DEPARTAMENTOS 2020

Departamento	Hospitales con capacidad instalada inadecuada (HOSI)	Cantidad total de hospitales (HOS)	Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada
AMAZONAS	8	8	100%
ANCASH	11	12	92%
APURIMAC	6	6	100%
AREQUIPA	11	11	100%
AYACUCHO	9	10	90%
CAJAMARCA	11	11	100%
CALLAO	7	7	100%
CUSCO	10	10	100%
HUANCAVELICA	5	5	100%
HUANUCO	5	5	100%
ICA	8	9	89%
JUNIN	12	13	92%
LA LIBERTAD	27	28	96%
LAMBAYEQUE	6	6	100%
LIMA	47	47	100%
LORETO	7	7	100%
MADRE DE DIOS	2	2	100%
MOQUEGUA	3	4	75%
PASCO	6	6	100%
PIURA	7	7	100%
PUNO	14	15	93%
SAN MARTIN	7	10	70%
TACNA	2	2	100%
TUMBES	2	3	67%
UCAYALI	3	3	100%
TOTAL	**236**	**247**	**96%**

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2020

CUADRO N° 6

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR IMPLEMENTAR

INDICADOR	VALOR AÑO 2020
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: RENIPRESS, diciembre 2020

Por otro lado, la Defensoría del Pueblo, en su reporte sobre el derecho a la salud del año 2018, que recoge los resultados de la supervisión que realizó el mismo año a los principales hospitales públicos de nivel II (que cuentan con especialidades médicas básicas) y nivel III (que cuentan con todas las especialidades médicas) de cada departamento, además de señalar los retrasos en materia de infraestructura adecuada en el país, ha referido que otros dos problemas críticos que atraviesa el sector salud son el déficit de personal en los establecimientos públicos de salud y falta de equipos tecnológicos para atender adecuadamente las demandas de la población[34].

En ese sentido, en dicha supervisión la Defensoría del Pueblo señaló que los directores de los hospitales de categoría III, de los departamentos de Lambayeque, Cusco, La Libertad, Callao, Loreto, Arequipa y Junín, manifestaron que necesitaban aproximadamente un 25,4% de médicos adicionales; mientras que en los hospitales de categoría II, de los departamentos de Amazonas, Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Ica, Madre de Dios, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Pasco, Ucayali, Tumbes y Moquegua, indicaron que necesitaban un 27,4% de médicos adicionales para cubrir la demanda de atención. Y en consecuencia a ello, refieren que el número de profesionales de la salud en los departamentos de Loreto, Piura, San Martín, Puno y Cajamarca, se encuentran por debajo de lo estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es de 23 profesionales por cada 10,000 habitantes[35].

Además, la Defensoría del Pueblo precisó también que uno de los principales problemas en materia de recursos humanos en salud, es el centralismo, que genera desigualdad en la distribución de los profesionales públicos en el país. Por ejemplo, se resalta en el reporte citado, que de acuerdo con la información elaborada por el propio Ministerio de Salud, en el año 2015, es posible apreciar

[34] Defensoría del Pueblo. Reporte del derecho a la salud, Lima, 2018, pág. 1. Ver en: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/08/Bolet%C3%ADn-Salud-9-agosto-2018.pdf

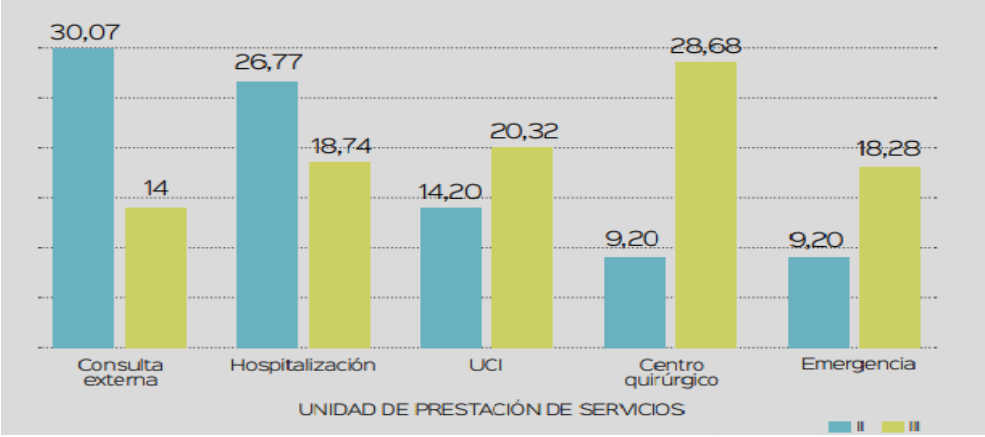
[35] Ibídem, pág. 2.

que el 70% de los médicos especialistas se encuentran en Lima, Callao, Arequipa y La Libertad[36].

Con respecto a la falta de equipamiento, el organismo constitucional autónomo, advirtió en su informe que los hospitales del nivel III reportaron que las áreas con mayores necesidades de mejorar su equipamiento son los centros quirúrgicos (28.67%), las unidades de cuidados intensivos (20.32%), la hospitalización (18.74%), la emergencia (18.28%) y los consultorios externos (14%); y, por otro lado, señalan que las áreas de los nosocomios de nivel II que requieren mayor equipamiento son los consultorios externos (30.07%), la hospitalización (26.77%), la unidad de cuidados intensivos (14.20%), los centros obstétricos (10,29%), el centro quirúrgico (9.20%) y la emergencia (9.20%)[37].

GRÁFICO N° 6

COMPARACIÓN DE NECESIDAD DE EQUIPOS SEGÚN SERVICIOS ENTRE LOS HOSPITALES DE NIVEL III Y NIVEL II



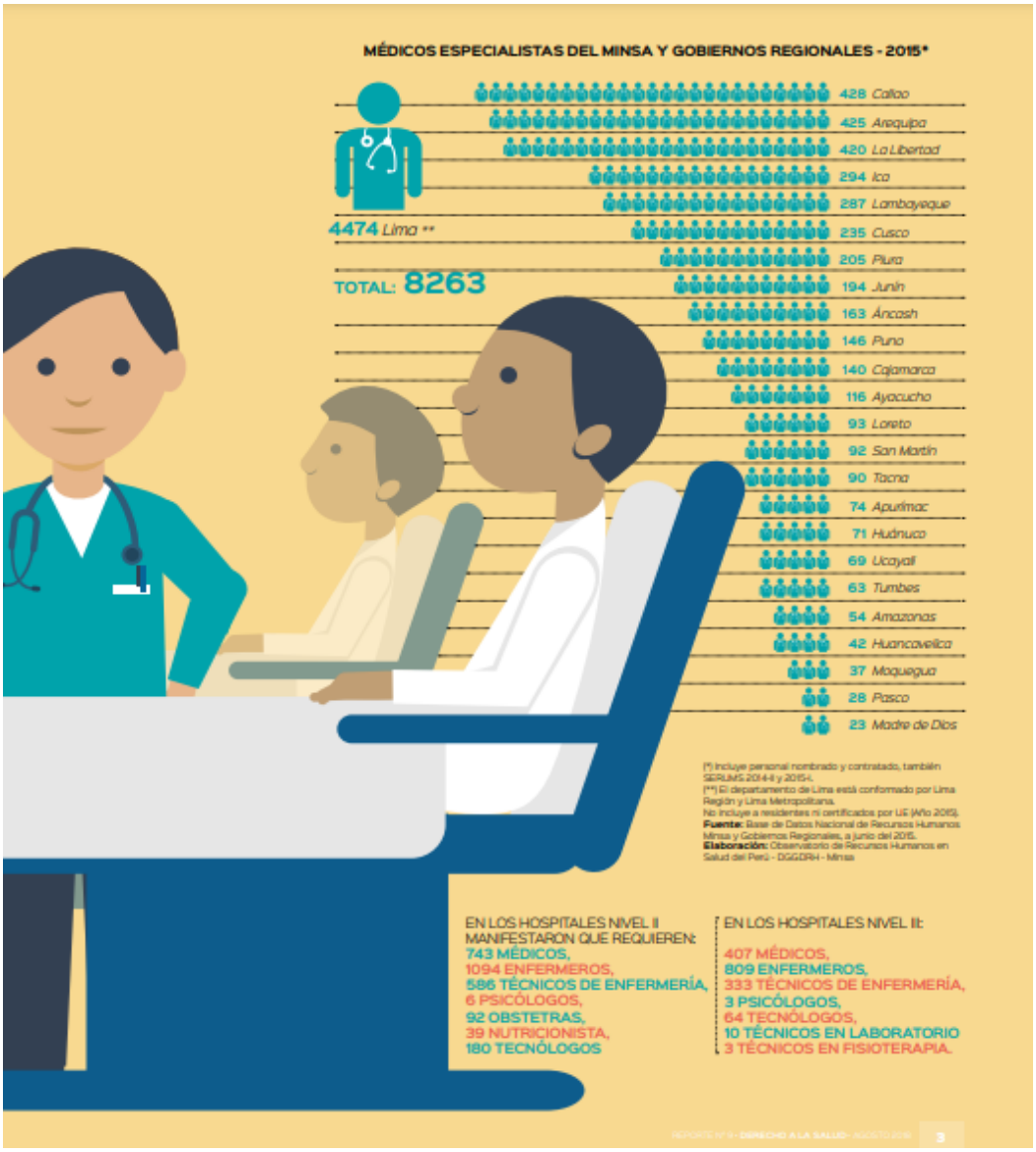
Fuente: Defensoría del Pueblo, 2018

[36] Ibídem.

[37] Ibídem, pág. 7.

GRÁFICO N° 7

MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES 2015



Fuente: Defensoría del Pueblo, 2018

La precaria y desconcertante situación del sector salud, se ha puesto en evidencia con mayor notoriedad durante el presente periodo que vivimos de emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19, afectado a miles de familias a nivel nacional, en particular en aquellos que se encuentran en cualquiera de las distintas situaciones de vulnerabilidad ante esta enfermedad, tanto por cuestiones de salud, edad y condición socioeconómica, entre otros.

Ante ello, la respuesta del Estado no ha sido la más óptima, pues el gasto en salud en el Perú en el contexto de emergencia ha sido menor que en otros países de la región, como Brasil y Colombia, según el Instituto Peruano de Economía (IPE) a enero de 2021. El referido instituto señala que según las cifras del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), al cierre de enero 2021 se han ejecutado recursos contra el COVID-19 en la función salud por un monto de US$1.705 millones, lo que equivale aproximadamente al 0,86% del PBI. Con ello, según estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), el Perú registra a la fecha un gasto en salud por habitante para enfrentar la pandemia de US$51, cifra inferior a la de Chile, Brasil y Colombia[38].

En suma, se puede colegir que la iniciativa legislativa materia de análisis prioriza la construcción de establecimientos de salud de nivel complementario al primer nivel de atención en cada región o provincia, especialmente por la capacidad de atención especializada que corresponde a los hospitales del segundo y tercer nivel de atención (categorías II y III), con la finalidad de que el sistema de salud pueda brindar a la población nacional una respuesta efectiva y oportuna a las demandas requeridas; lo cual es acorde a los objetivos que nos hemos trazado como Estado en salvaguarda de lo estipulado por nuestra Constitución Política y los compromisos internacionales que hemos suscrito y que se encuentra en vigor en materia de salud y acceso a los servicios de salud; y, que a su vez, permitirá la complementación del marco jurídico vigente que posibilite el cierre progresivo de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud, consecuentemente con los planes de competitividad y proyecciones realizadas por el Ministerio de Salud y las diferentes entidades vinculadas al sector, en beneficio de todos los peruanos.

6.1. Fórmula legal propuesta

Se propone una fórmula legal de carácter declarativo que priorice la construcción de hospitales de segundo y tercer nivel de atención en cada departamento a nivel nacional, promoviendo el desarrollo de infraestructura que permita satisfacer los servicios públicos de salud de la población peruana y obtener herramientas adecuadas para enfrentar futuras emergencias sanitarias, como la que vivimos actualmente por el SARS-CoV-2.

Ante ello, cabe señalar que las medidas legislativas que declaran un asunto de *"necesidad pública e interés nacional",* son aquellas cuya pretensión orienta la actuación del Estado en pro de asegurar en concreto situaciones que benefician a la ciudadanía en su conjunto. Para tal efecto la norma toma como referencia los aspectos o condiciones consideradas como útiles y valiosas en la Constitución[39].

[38] Instituto Peruano de Economía. Inversión de pandemia, febrero de 2021. Ver en: https://www.ipe.org.pe/portal/inversion-de-pandemia-salud/

[39] GARCÍA TOMA, Víctor & GARCÍA YZAGUIRRE, José. Diccionario de Derecho Constitucional. Gaceta Jurídica, Lima, 2009.

En opinión del Dr. César Landa Arroyo, *"Las normas declarativas generalmente son mandatos que el legislador establece al Poder Ejecutivo para que éste priorice la ejecución de una determinada obra o infraestructura, ante la imposibilidad del legislador de proponer alguna iniciativa de gasto en la ejecución del presupuesto"*[40].

Por su parte, el propio Ministerio de Justicia (MINJUS), absolviendo una duda específica de la Comisión de Descentralización del Congreso de la República acerca de los efectos de las normas de "declaración de necesidad pública e interés nacional", el MINJUS indicó que *"(…) en aquellos dispositivos normativos en los que se incluyan las nociones jurídicas necesidad pública e interés nacional, se generan, en la mayoría de casos, una serie de efectos de los cuales se vislumbra que el Estado debe cumplir una serie de obligaciones que devienen en resultados cuantitativos y cualitativos"* [41].

VII. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACION NACIONAL

La dación de la presente Ley no tendrá efectos sobre la legislación vigente puesto que busca declarar de necesidad pública e interés nacional la construcción e implementación de hospitales de segundo y tercer nivel de atención en cada departamento del país, con la finalidad de reducir las brechas en infraestructura y servicios públicos de salud.

VIII. ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO

La presente propuesta legislativa no genera ni implica ningún costo adicional para el erario público al tratarse de una iniciativa legal de carácter declarativo; por el contrario, el beneficio redundará en la priorización de la construcción de hospitales en el segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional, lo cual permitirá reducir las brechas en infraestructura y mejorar el equipamiento del sector salud, en favor de miles de familias.

IX. CONCLUSIÓN

Por las consideraciones expuestas, la Comisión de Salud y Población, de conformidad con el literal b) del artículo 70 del Reglamento del Congreso de la República, recomienda la **APROBACIÓN** del Proyecto de Ley Nº 7119/2020-CR, con el siguiente Texto Sustitutorio:

---

[40] Centro de Análisis y Resolución de Conflictos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Informe sobre implementación del derecho a la consulta previa para medidas legislativas formuladas por el Congreso de la República, que deben ser consultadas en el marco de la Ley N° 29785, Ley de Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios, reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, Lima, Perú, 2013, pág. 41.

[41] Ver el Informe N° 036-2014-JUS/DNAJ, del 10 de abril de 2013, emitido por la Dirección General de Desarrollo y Ordenamiento Jurídico.

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA

Ha dado la Ley Siguiente

LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL LA CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE HOSPITALES EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN CADA DEPARTAMENTO DEL PAÍS

Artículo 1º.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto declarar de necesidad pública e interés nacional la construcción e implementación de hospitales en el segundo y tercer nivel de atención en cada departamento del país, con la finalidad de reducir las brechas de infraestructura y equipos médicos a nivel nacional, que nos permita lograr un acceso equitativo y continuo de los servicios de salud en beneficio de la población peruana.

Artículo 2º.- Declaración de necesidad pública e interés nacional

Declárase de necesidad pública e interés nacional la construcción e implementación de hospitales en el segundo y tercer nivel de atención en cada departamento del país.

Artículo 3º.- Acciones de las entidades competentes

En la priorización de los Proyectos de Inversión Pública (PIP) para construcción de hospitales en el segundo y tercer nivel de atención, se tendrá especial consideración la implementación de los servicios de telemedicina, historia clínica electrónica y carnet de vacunación vinculado al DNIe, especialistas o interpretes en lenguas originarias, infraestructura adecuada para personas con discapacidad y otros aspectos que permitan la atención adecuada de las poblaciones vulnerables.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. - El Poder Ejecutivo, de acuerdo a sus competencias y funciones, dispondrá las normas y acciones pertinentes para materializar la presente ley.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

Dese cuenta,

Plataforma virtual Microsoft Teams

Lima, 30 de junio 2021

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHAGUA PAYANO Posemoscrowte Irrhoscopt FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 13/07/2021 13:37:48-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: RODAS MALCA Tania Rosalia FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 02/07/2021 21:02:18-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MERINO LOPEZ OMAR FIR 31024773 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/06/2021 18:55:24-0600

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: FABIAN DIAZ YESSY NELIDA FIR 45369316 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 01/07/2021 09:34:18-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PEREZ FLORES Jorge Luis FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 01/07/2021 17:04:09-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MONTOYA GUIVIN ABSALON FIR 09446228 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 03/07/2021 11:27:17-0500

Firmado digitalmente por: FABIAN DIAZ YESSY NELIDA FIR 45369316 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 01/07/2021 09:34:35-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GONZALES SANTOS MIGUEL ANGEL FIR 25842898 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 08/07/2021 11:28:22-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VIGO GUTIERREZ Widman Napoleon FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/07/2021 12:29:14-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CESPEDES CARDENAS DE VELASQUEZ Maria Teresa FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 08/07/2021 13:56:44-0500