

**COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN**  
**PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2020-2021**

**DICTAMEN N°071-2020-2021/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 7582/2020-CR, del grupo parlamentario **Somos Perú**, a iniciativa de la autora Congresista **MATILDE FERNÁNDEZ FLORES**, que propone la Ley que incorpora al profesional en enfermería en la comunidad educativa a fin de contribuir en la prevención de enfermedades y promoción de la salud en la educación básica.

El presente dictamen fue aprobado por unanimidad con la dispensa del acta y su lectura para ejecutar los acuerdos aprobados en la trigésima cuarta sesión ordinaria de la Comisión, celebrada el martes 13 de julio de 2021. Votaron a favor los señores congresistas, Omar Merino López, Jorge Luis Pérez Flores, Yessy Nélide Fabián Díaz, Luis Felipe Castillo Oliva, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Ángel Gonzáles Santos, Manuel Arturo Merino de Lama, Absalón Montoya Guivin, Tania Rosalía Rodas Malca, Vigo Gutiérrez Widman Napoleón, Betto Barrionuevo Romero y Rubén Ramos Zapana.

**I. SITUACIÓN PROCESAL**

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

<b>Proyecto de Ley</b>	<b>Ingreso a Trámite Documentario</b>	<b>Primera Comisión</b>	<b>Segunda Comisión</b>	<b>Fecha del Decreto de envío a comisiones</b>
7582/2020-CR	23.04.21	Educación, Juventud y Deporte	Salud y Población	29.04.21

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° 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación;
- Política de Estado N° 12: Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte;
- Política de Estado N° 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social;
- Política de Estado N° 16: Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud; y,
- Política de Estado N° 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente.

## II. CONTENIDO DE LA PROPUESTA

La iniciativa legislativa tiene por objeto incorporar al profesional en enfermería como integrante de la Comunidad Educativa establecido en el Ley N° 28044, Ley General de Educación, a fin de contribuir en la prevención de enfermedades y promoción de la salud en el entorno educativo de la educación básica que conlleven una vida saludable.

En consecuencia, la fórmula legal plantea la modificación de los artículos 52 y 62-A de la Ley 28044, Ley General de Educación, en los siguientes términos:

### *“Artículo 52.- Conformación y participación*

*La comunidad educativa está conformada por estudiantes, padres de familia, profesores, directivos, administrativos, profesional en psicología, profesional en enfermería, ex alumnos y miembros de la comunidad local. Según las características de la Institución Educativa, sus representantes integran el Consejo Educativo Institucional y participan en la formulación y ejecución del Proyecto Educativo en lo que respectivamente les corresponda. La participación de los integrantes de la comunidad educativa se realiza mediante formas democráticas de asociación, a través de la elección libre, universal y secreta de sus representantes”.*

### *“Artículo 62-A.- El profesional en psicología y profesional en Enfermería*

*El psicólogo escolar y el enfermero(a) escolar son profesionales especializados que forman parte de la comunidad educativa que contribuyen en la formación integral de los estudiantes en la educación básica.*

*La función principal del profesional en psicología consiste en ser un soporte para que los actores de las instituciones educativas orienten adecuadamente a los estudiantes, entre otros, en la comprensión de aspectos relacionados con su desarrollo cognitivo y socioemocional.*

*La función principal del profesional en enfermería está orientada a prestar los servicios en el área de su competencia relacionado con la prevención y promoción de la salud a los estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa.*

*El Ministerio de Educación, a través de sus órganos competentes norma las funciones del profesional en psicología y profesional en enfermería".*

Por último, la iniciativa cuenta con dos disposiciones complementarias finales. La primera, propone que la incorporación del profesional en enfermería a la comunidad educativa sea de forma progresiva, en un periodo de cinco (5) años y de conformidad con el pliego presupuestal del Ministerio de Educación; la segunda, señala un plazo no mayor de sesenta (60) días para la reglamentación de la ley, el cual debe ser emitido por decreto supremo.

### 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 7582/2020-CR		
Institución	N° de oficio	Fecha de respuesta
Ministerio de Salud	1257-2020-2021-CSP/CR	-
Colegio de Enfermeros del Perú	1258-2020-2021-CSP/CR	-
Colegio Médico del Perú	1259-2020-2021-CSP/CR	-
Seguro Social de Salud – EsSalud	1260-2020-2021-CSP/CR	-
Ministerio de Educación	1261-2020-2021-CSP/CR	24.05.21

### IV. OPINIONES RECIBIDAS

#### a) Proyecto de Ley 7582/2020-CR

MINEDU: Se remite copia del informe N° 00633-2021-MINUDU/SG-OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Educación, por medio del cual se emite opinión sobre la iniciativa legislativa materia de análisis, precisándose que no resulta viable por los siguientes motivos:  
i) La referencia a que el profesional en enfermería tendrá la función de “contribuir en las labores de prevención de enfermedades” y “promoción

de la salud”, resulta demasiado amplia, lo cual podría entrar en conflicto con la función del docente, pues su labor pedagógica incluye la promoción de comportamientos saludables en el marco del Currículo Nacional de Educación Básica dentro de la competencia “Asume una vida saludable”; ii) los diversos problemas de salud que se consideran como justificación de la propuesta, requieren ser atendidos de manera especializada por profesionales de los diferentes campos, formados en específico para dichos fines y cuya labor, como la de diagnóstico, depende de un establecimiento de salud; iii) respecto a la implementación del Proyecto de Ley, cabe indicar que, considerando el número de instituciones educativas existentes, a la fecha no se contaría con la cantidad suficiente de profesionales en enfermería, de forma que se contrate uno para cada escuela; asimismo, la contratación de un profesional de enfermería en cada institución educativa tendrá un impacto no programado en el presupuesto del sector educación, lo cual es contrario al artículo 79 de la Constitución Política del Perú; y iv) actualmente, se vienen implementando acciones a favor de la alimentación saludable con la participación del Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y el Ministerio de Educación, contando con normativa específica en la materia como las Orientaciones para la Promoción de la Alimentación Saludable y la Gestión de Quioscos, Cafeterías y Comedores Escolares Saludables de la Educación Básica, aprobada por Resolución Viceministerial N° 76-2019-MINEDU.

## 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° 26842, Ley General de Salud y sus modificaciones;
- i) Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA;
- j) Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado;
- k) Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o);
- l) Ley N° 28044, Ley General de Educación;
- m) Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;
- n) Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;
- o) Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y adolescentes;
- p) Ley N° 30061, Ley que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados

- del Seguro Integral de Salud (SIS);
- q) Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;
  - r) Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política Nacional de Gobierno;
  - s) Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA; y,
  - t) Decreto Supremo N° 026-2020-SA que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud AI 2030 "Perú, País Saludable".

## 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, 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 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.”**<sup>1</sup> (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”**<sup>2</sup> (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”**<sup>3</sup> (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***

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

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

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

*La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado”<sup>4</sup> (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”<sup>5</sup> (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 55<sup>o</sup> y Cuarta Disposición Final y Transitoria establecen la incorporación de los tratados 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, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (...)**<sup>6</sup> (el subrayado y resaltado son nuestros).

---

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

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

<sup>6</sup> Ver en: [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)

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”<sup>7</sup> (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<sup>8</sup>.

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

<sup>7</sup> Ver en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

<sup>8</sup> Ver en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

<sup>9</sup> Ver en: <https://peru.un.org/es/sdgs>

**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**<sup>10</sup> (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, 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**<sup>11</sup> (el subrayado y resaltado son nuestros).

Asimismo, nuestro supremo contralor de la Constitución ha abordado en reiterada jurisprudencia<sup>12</sup> 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 N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud), de fecha 10 de abril de 2012, en la cual delimitó dicho principio; como se puede apreciar seguidamente:

<sup>10</sup> Ver en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

<sup>11</sup> 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>

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

**“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 N° 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**
- 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 N° 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 N° 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 N° 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”<sup>13</sup> (el subrayado y resaltado son nuestros).*

<sup>13</sup> 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/2012/0033-2010-AL.html>

## Normas nacionales y políticas públicas en materia de salud escolar.

A nivel nacional se han emitido distintas normas que orientan y promueven el desarrollo de las políticas públicas en materia de salud escolar, con la finalidad de reducir dichas brechas de salud de los estudiantes de educación básica del país y combatir la pobreza y la exclusión social.

Así tenemos, la Ley N° 26842<sup>14</sup>, 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 desnutrición** y de salud mental de la población, los de salud ambiental, **así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente,** de la madre y del anciano en situación de abandono social;
- 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.

En ese marco, el artículo 5 de la Ley 26842, Ley General de Salud, modificado por la Ley N° 29907<sup>15</sup>, publicada el 20 de julio de 2012, establece el deber de la Autoridad de Salud de realizar medidas, prácticas y acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable en las personas; en los siguientes términos:

*“Artículo 5.- Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable. Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la ludopatía, la violencia y los accidentes.*”

<sup>14</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

<sup>15</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

Asimismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la presente Ley<sup>16</sup> (el subrayado y resaltado son nuestros).

Además, se emitió el Decreto Legislativo N° 1161<sup>17</sup>, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, que establece en su artículo 3° las responsabilidades del Ministerio de Salud según su ámbito de competencia; conforme al siguiente detalle:

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

El mismo decreto legislativo, modificado por la Ley N° 30895<sup>18</sup> y el Decreto Legislativo 1504<sup>19</sup>, publicados el 28 de diciembre de 2018 y 11 de mayo de 2020, respectivamente, dispone en su artículo 5° las funciones rectoras del MINSA; tales como:

- a) Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud.
- b) **Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.**
- c) **Supervisar y evaluar la implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria.**
- d) Definir las prioridades para asignar los recursos financieros necesarios para la atención de la población con equidad, respondiendo a las prioridades sanitarias, garantizando y vigilando la complementariedad de los recursos de diferentes fuentes.
- e) **Regular y dictar normas de organización para la oferta de salud, de los diferentes prestadores que brindan atenciones, para que en**

<sup>16</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

<sup>17</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

<sup>18</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

<sup>19</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

**conjunto sean integrales, complementarias, de calidad, y que preste cobertura de manera equitativa y eficiente a las necesidades de atención de toda la población.**

- f) Regular y fiscalizar los recursos, bienes y servicios del sector salud en el ámbito nacional.
- g) Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran, de acuerdo a ley.
- h) **Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, la gestión de los recursos del sector;** así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia.
- i) Otorgar, reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de la materia, en el ámbito de su competencia.
- j) **Establecer las normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país.**
- k) Ejercer la Autoridad de Sanidad Internacional, para el control epidemiológico en aeropuertos, puertos y puestos de control de fronteras, ante una epidemia o pandemia.
- l) Ejercer la diplomacia en salud en los espacios de integración global, subregional y regional.
- m) Las demás funciones que se establezca por Ley

Asimismo, mediante Ley N° 29344<sup>20</sup>, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, publicado el 09 de abril de 2009, se establece que el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). En ese sentido, su artículo 19° establece que el Régimen de Financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

En ese marco, se emite la Ley N° 30061<sup>21</sup>, Ley que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS), publicado con el 06 de julio de 2013, que tiene

<sup>20</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

<sup>21</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

como objeto contribuir al desarrollo de sus capacidades y mejorar su estado de salud, con especial énfasis en las zonas alejadas del país. Dicha norma dispuso en su artículo 2° la elaboración y aprobación de un plan de salud escolar a cargo del MINSA.

Es así que, en virtud a lo establecido en el párrafo precedente, el Ministerio de Salud elaboró el “Plan de Salud Escolar 2013-2016”, aprobado por Decreto Supremo N° 010-2013-SA<sup>22</sup>, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los escolares, mediante el desarrollo de estilos de vida saludables y entornos adecuados, la detención de riesgos y daños en la salud, así como la atención oportuna relacionada con el proceso de aprendizaje.

El referido Plan Escolar, contempló medidas y acciones concretas por cada año de vigencia en beneficio de la población escolar; cómo podemos apreciar seguidamente:

#### **“Primer Año**

*La población inicial beneficiaria del Plan Salud Escolar, **serán los y las estudiantes de los niveles educativos de inicial y primaria a los que se refiere la Ley N° 30061 y la cobertura mínima será de 70% del total de estudiantes**, que ascienden a 2'781,797.*

**El primer año se detectarán riesgos y daños relacionados a la nutrición, las inmunizaciones, la tuberculosis (en zonas focalizadas) y la salud ocular.**

*En el componente de comportamientos saludables **se desarrollarán acciones relacionadas a la alimentación y nutrición, lavado de manos, prevención de riesgos referidos a la salud ocular, y convivencia saludable.***

*En el componente de entornos saludables se hará énfasis en la promoción de quioscos saludables en las instituciones educativas*

#### **Segundo Año**

*El ámbito de acción continuará siendo el mismo en el que intervenga el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, es decir, a la medida que se extienda dicho programa se extenderá **el Plan Salud Escolar, toda vez que se busca impactar de manera conjunta con educación, alimentación y salud para los escolares.***

*Se estima que para el año 2014 la cantidad de población a atender sea aproximadamente 2'929,298 de los cuáles **se atenderá como mínimo al 75%.***

*El segundo año, además de las intervenciones brindadas el primer año se entregará prestaciones de salud oral.*

<sup>22</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

**En el componente de comportamientos saludables además de las acciones relacionadas a la alimentación y nutrición, lavado de manos, prevención de riesgos referidos a la salud ocular y convivencia saludable, se desarrolla el tema de higiene oral.**

En el componente de entornos saludables se reforzará la promoción de quioscos saludables, y el mejoramiento de las condiciones para el lavado de manos e higiene oral.

### **Tercer Año**

**La cobertura mínima será del 80% de la cantidad de población** que aproximadamente será para el año 2015 de 3'258,572.

La cobertura de prestaciones podrá adicionar a la cartera existente, las relacionadas con **la salud auditiva, siempre y cuando exista capacidad resolutive y disponibilidad presupuestal.**

En el componente de comportamientos saludables **se incorporará el tema de actividad física.**

En el componente de entornos saludables **se reforzará la promoción de quioscos saludables, y el mejoramiento de las condiciones para contar con espacios de recreación y deporte.**

### **Cuarto Año**

Para este año, se espera **la cobertura de como mínimo el 85%** de 3'965,019 estudiantes que es la población estimada para el 2016.

**También se completará el paquete de prestaciones del Plan, con las intervenciones de salud mental,** sujeto a disponibilidad presupuestal y capacidad resolutive.

Se reforzará lo realizado en los años anteriores y **se incorporará el tema de seguridad vial**<sup>23</sup> (el subrayado y resaltado son nuestros)

Estas disposiciones fueron complementadas con la emisión de diversas normas sectores y multisectoriales de seguimiento de las políticas públicas en materia de salud escolar y de conformidad con el Plan de Salud Escolar 2013-2016; tales como:

- Resolución Ministerial N° 157-2014/MINSA<sup>24</sup>, que conforma la Comisión Sectorial encargada de dar seguimiento, monitorear y evaluar las actividades programadas en el Plan de Salud Escolar 2013-2016;
- Decreto Supremo N° 039-2014-PCM<sup>25</sup>, que crea la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente, adscrita al Ministerio de

<sup>23</sup> Ver en: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/pe\\_1162.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/pe_1162.pdf)

<sup>24</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

<sup>25</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

Educación, encargada del seguimiento, evaluación y emisión de informes técnicos respecto a la implementación de iniciativas intersectoriales de los sectores Educación, Salud e Inclusión Social; y,

- Resolución Ministerial N° 091-2015/MINSA<sup>26</sup>, con la que se modifica la R.M. 157-2014/MINSA, que conforma la Comisión Sectorial encargada de dar seguimiento, monitorear y evaluar las actividades programadas en el Plan de Salud Escolar, siendo el Viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud quien presida dicha comisión.

Finalmente, en la actualidad el referido Plan de Salud Escolar no se encuentra vigente y no se ha emitido normatividad alguna que disponga la continuidad de dicha política de salud escolar, teniéndose por tanto disposiciones de carácter general para cubrir un área específica del sector que ha tenido regulación desde hace más de 20 años por la especial condición de vulneración que atraviesan las niñas, niños y adolescentes estudiantes.

### **Problemática de los niñas, niños y adolescentes en ámbito de la salud y la educación.**

A nivel mundial los adolescentes representan el 20% de la población total y de esta población, el 85% se encuentra en los países en vías de desarrollo. En relación a los países de América del Sur, el Perú es considerado como el cuarto país con mayor cantidad de habitantes adolescentes después de Brasil, Colombia y Argentina. Con respecto a América Latina (20 países), el Perú ocupa el quinto lugar, siendo antecedido por Brasil, México, Colombia y Argentina. Se estima que entre 1960 y 1990, el número de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad en América Latina aumentó en 138%; asimismo, se estima que en 1999 la población entre los 10 y 24 años de edad alcanzó los 155 millones, representando alrededor de un tercio de la población total de América Latina y El Caribe<sup>27</sup>.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a fines de 2019 informó que el Perú tiene una población de 9 millones 652 mil niñas, niños y adolescentes. Según las estimaciones del INEI al 30 de junio de este ese año, del total de niñas, niños y adolescentes, el 50,5% (4 millones 878 mil) son hombres y el 49,5% (4 millones 774 mil) mujeres. De ese total de población de 0 a 17 años de edad, el 34,2% (3 millones 301 mil) tiene de 0 a 5 años de edad, seguido del 33,4% (3 millones 221 mil) de 6 a 11 años de edad y el 32,4% (3 millones 130 mil) está conformado por la población de 12 y 17 años de años de edad<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> Ver en: [http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa\\_libre/main.asp](http://spilibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp)

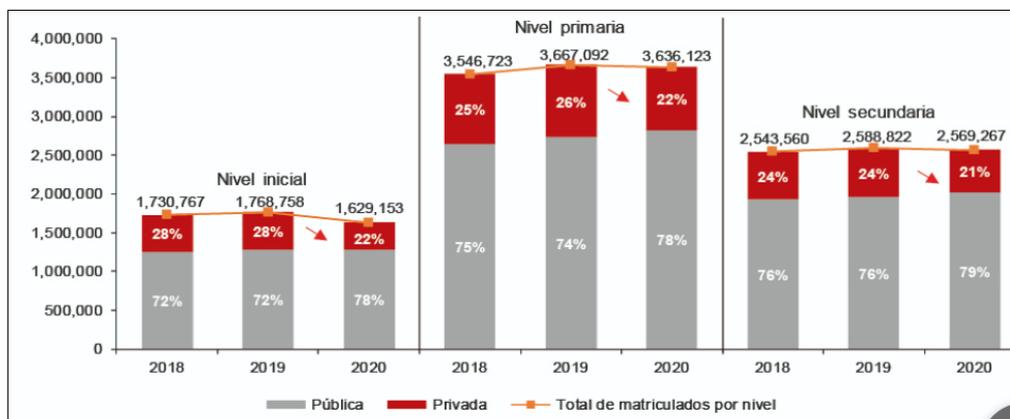
<sup>27</sup> Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2012- 2021, Lima, 2012. Ver en: [https://www.mimp.gob.pe/files/planes/Plan\\_Nacional\\_PNAIA\\_2012\\_2021.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/planes/Plan_Nacional_PNAIA_2012_2021.pdf)

<sup>28</sup> Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), 2019. Ver en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/peru-tiene-una-poblacion-de-9-millones-652-mil-ninas-ninos-y-adolescentes-al-primer-semestre-del-presente-ano-11909/>

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del propio INEI, casi 15% de la población del país de 0 a 17 años de edad no tiene ningún tipo de seguro de salud (sea público o privado). Y del porcentaje total que sí cuenta con cobertura médica, solo el 57.8% lo hace por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), seguido del 23,8% a través del Seguro Social de Salud (EsSalud) y el 4,2% por medio de otro seguro privado, de las Fuerzas Armadas y Policiales, entre otros sistemas de prestaciones de Salud<sup>29</sup>.

En relación a la tasa de asistencia escolar, el referido instituto especializado ha señalado que un estimado de 10.8% de las niñas y niños de 3 a 5 años no participó en ninguna institución educativa de nivel inicial; un 5.2% de la población de 6 a 11 años de edad no asistió a las instituciones educativas de nivel primario; y el 12.8% de la población de 12 a 16 años de edad no asistió a ningún centro educativo de nivel secundario<sup>30</sup>. Esta situación se agrava dramáticamente en las zonas rurales por la situación de especial vulnerabilidad de la población<sup>31</sup>; más aún todavía, durante la emergencia sanitaria producida por el brote de la Covid-19, que ha ocasionado que un aproximado de 230,000 estudiantes dejaran de asistir a clases durante el año 2020 (deserción escolar)<sup>32</sup>; como se puede apreciar en los siguientes gráficos:

**GRAFICO N°1**  
**EVOLUCIÓN DE MATRÍCULA EN LA EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR, 2020**



Fuente: Ministerio de Educación, 2020

<sup>29</sup> Ibidem.

<sup>30</sup> Ibidem.

<sup>31</sup> Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Creciendo con las Escuelas Rurales Multigrado del Perú.

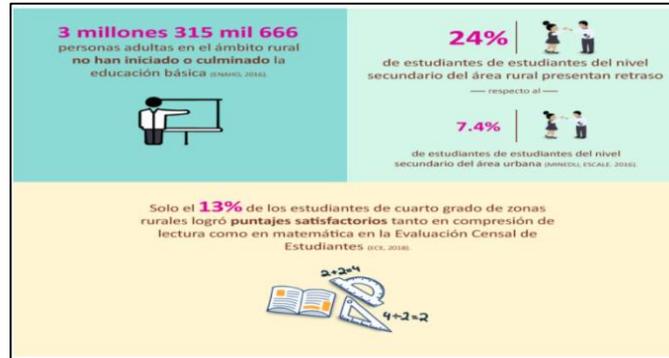
Ver en: <http://www.grade.org.pe/creer/educacion-rural-en-el-peru/cifras/>

<sup>32</sup> Sociedad de Comercio Exterior del Perú (COMEX PERÚ) Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Creciendo con las Escuelas Rurales Multigrado del Perú.

Ver en: <http://www.grade.org.pe/creer/educacion-rural-en-el-peru/cifras/>

## GRAFICO N° 2

### SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN RURAL EN EL PERÚ, 2018



Fuente: Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), 2018

## GRAFICO N° 3

### BRECHAS DE GÉNERO EN LAS ÁREAS RURALES, 2018



Fuente: Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), 2018

Por su parte, en el Plan de Salud Escolar 2013-2016, que elaboró el Ministerio de Salud, se pueden apreciar diversos indicadores que dan cuenta de la situación alarmante por la que atraviesan diversas áreas de la salud de los estudiantes de educación básica en el país, como, por ejemplo<sup>33</sup>:

- **Nutrición.** El 21.6% y 15,9% de los niños de 3 y 4 años respectivamente presentan anemia, mientras los adolescentes comprendidos entre 15 a 19 años presentan 35% de anemia a nivel nacional (31% en zona urbana y 39% en zona rural). Según el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales la proporción de niñas y niños comprendidos entre 6 a 11 años con anemia es de 32% a nivel nacional (27% en zonas urbanas y 35% en zonas rurales), de la misma forma el 19% de adolescentes mujeres (15-19 años) y el 21.5% de (15-49 años) presenta anemia.

<sup>33</sup> Ministerio de Salud. Plan de Salud Escolar 2013-2016.

Ver en: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/pe\\_1162.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/pe_1162.pdf)

Los valores reducidos de hemoglobina se ven reflejados en el desarrollo y la vida del niño, específicamente relacionado al desarrollo cerebral, capacidad cognoscitiva, desarrollo del lenguaje, falta de energía para desarrollar actividades, sueño excesivo, disminución del apetito, cansancio que afecta el rendimiento escolar y el aprendizaje.

- **Malnutrición.** El porcentaje de obesidad infantil ha ido incrementándose al pasar de los años. Según cifras del Instituto Nacional de Salud (INS), la prevalencia de sobrepeso para los niños de 5 a 9 años es de 15.5% y para la población de 10 a 19 años es de 12.5%. Cifras desconcertantes si consideramos además que los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión arterial, además de mayores probabilidades de presentar problemas psicológicos relacionados a su autoestima.

Sólo 2 de cada 10 estudiantes realizan actividad física cinco días o más durante la semana, y 3 de cada 10 realizan actividades sedentarias (ver televisión, juegos de computadora, conversar con amigos por redes sociales u otra actividad que les demande permanecer sentados) tres o más horas diarias. El 75% de los estudiantes refieren que no realizan actividad física efectiva (por lo menos 60 minutos en total al día) y el 20% presenta sobrepeso.

- **Inmunización.** Esta actividad se constituye como uno de los pilares de la medicina preventiva y salud pública a nivel mundial. Los países de la región han logrado avances extraordinarios debido a la puesta en práctica de programas o estrategias nacionales de inmunización, los que han conseguido poner bajo control, la eliminación y la erradicación de varias enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación. Hoy en día las vacunas son la medida de mayor impacto para contraer el avance de la COVID-19 en el mundo, sin embargo, su utilización en niños menores de 12 años sigue en estudios.

Es de vital importancia que todos los niños de 3 a 5 años, tengan su calendario de vacunación completa según el esquema de vacunación vigente en el país, y que a los niños de 4 años se les administren los refuerzos de vacunas correspondientes, con el objetivo de protegerlos contra las enfermedades inmunoprevenibles como difteria, pertusis, tétano, sarampión papera y rubeola. Se estima que un 5% de niños estudiantes en edad de aplicarse tales vacunas no cuentan con su calendario de vacunación completo. De igual forma a los niños escolares de 6 a 11 años, se les debe proteger contra las enfermedades inmunoprevenibles como influenza, difteria, tétano, hepatitis "B", enfermedades que de manifestarse en el niño implicarían afectar su asistencia escolar y dañar la economía de hogares.

- **Salud ocular.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en 45 millones la población afectada por la ceguera en el mundo, de los cuales 8 millones son debidos a Errores Refractivos No Corregidos (ER) (18%), constituyéndose en la segunda causa de pérdida visual después de la catarata, afectando preferentemente a la población en situación de pobreza y extrema pobreza. La etapa de la niñez es el periodo más crítico para la aparición de ametropía y la falta de detección temprana provoca además de décadas de discapacidad visual, una afectación a la condición socioeconómica familiar.

Se ha demostrado que la provisión de lentes correctores es una de las medidas más costo-efectivas para tratar los ER. Tan importante como la detección temprana de ER, es la adherencia al uso adecuado y permanente de lentes correctores por parte de los niños, como única forma de corregir su discapacidad visual y evitar la ceguera. Se estima que aproximadamente en el año 2020 se duplicó el número de niños afectados por la ceguera o con discapacidad visual permanente por falta de lentes correctores.

- **Salud bucal.** Aproximadamente el 90% de la población en el país padece de caries dental, además de otras enfermedades bucales como la enfermedad periodontal y las maloclusiones. Asimismo, el 10% de la población ha perdido una o dos piezas dentales. La caries dental es la enfermedad más común entre las niñas y los niños de nuestro continente; aproximadamente el 60% de los preescolares y 90% de escolares y adolescentes, tienen por lo menos una lesión de caries dental; sin embargo, hay evidencia que una intervención odontológica temprana basada en aspectos ligados a promoción de la salud y preventivos podrían evitar y/o recudir de dicha condición.
- **Salud auditiva.** Se estima que más de 275 millones de personas en el mundo padecían defectos de audición entre moderados y profundos. El 80% de ellos viven en países de ingresos bajos y medianos. Estos defectos pueden estar causados por enfermedades infecciosas como la meningitis, el sarampión, la parotiditis y las infecciones crónicas del oído. Otras causas frecuentes son la exposición al ruido excesivo, los traumatismos craneoencefálicos, el envejecimiento y el uso de medicamento ototóxicos. La prevención primaria puede evitar la mitad de los casos de sordera y defectos de la audición.

Según la Defensoría del Pueblo<sup>34</sup>, al año 2020 en el país existen más de 230 mil personas con algún tipo discapacidad auditiva. Los defectos de audición pueden imponer una carga social y económica onerosa en las personas, las familias, las comunidades y los países. Los defectos

---

<sup>34</sup> Defensoría del Pueblo. Portal Web, 2020.

Ver en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-debe-facilitarse-el-aprendizaje-de-la-lengua-de-senas-peruana-y-promover-la-identidad-linguistica-y-cultural-de-las-personas-sordas/>

auditivos que aquejan a los niños pueden retrasar el desarrollo del lenguaje y las aptitudes cognoscitivas, lo que a su vez entorpece el aprovechamiento escolar. La magnitud del retraso depende de la intensidad de la pérdida de audición. En los adultos, el defecto de la audición dificulta obtener, efectuar y conservar el empleo. Los defectos de la audición es un estigma que sufren los niños y los adultos, sumado al aislamiento social del que muchas veces son objeto.

- **Salud mental.** De la población escolar, el 38% de estudiantes de secundaria refieren haber sido agredidos físicamente en el último año, de ellos el 52% refiere haberse sentido solo. El 20% de estudiantes ha considerado la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses, incluso el 15.3% realizó un plan sobre la forma de suicidarse y el 17.4% ha intentado suicidarse una o más veces en los últimos 12 meses.
- **Consumo de tabaco y alcohol.** El 60.3% de estudiantes que fuman cigarrillos lo hicieron por primera vez antes de los 14 años, y el 18.9% fumó cigarrillos durante uno o más días en los últimos 30 días. En relación al consumo de alcohol, 59.6% de estudiantes que han tomado alguna vez bebidas alcohólicas lo hicieron por primera vez antes de los 14 años y el 29.4% ingirió por lo menos una bebida alcohólica en los últimos 30 días.
- **Violencia familiar.** Encontramos que el maltrato infantil de padres y madres biológicas a hijas e hijos se produce de la siguiente forma: El 11.6% de madres utiliza palmadas como forma de castigo; el 35.6% con golpes o castigos físicos; y, 76.4% con reprimenda verbal. En cuanto a los padres el 5.9% utiliza palmadas como forma de castigo; el 31.7% con golpes o castigos físicos; y, 78.5% con reprimenda verba.

Más del 70% de niñas, niños y adolescentes (principalmente mujeres) ha sufrido de violencia psicológica en sus hogares. Las formas como se ejecutaron fueron por medio de insultos, humillaciones, desaprobaciones, apodosos hirientes, amenazas y burlas. Las consecuencias están relacionadas con el fracaso escolar, pérdida de autoestima, incapacidad para responder o buscar ayuda, aceptación de nuevas violencias, entre otros.

- **Violencia en las escuelas.** Según el Ministerio de Educación<sup>35</sup>, por medio de la iniciativa “SISEVE: Contra la Violencia Escolar”, se reportaron en total 26,285 casos de violencia en los centros educativos nacionales. 14,215 casos fueron cometidos entre escolares, y 12,070 casos por el personal de la institución educativa a escolares. Sobre los casos de violencia de personal del centro educativo a estudiantes, se tiene que en 6,632 casos la víctima fue niña o adolescente mujer, y en 5,438 casos la víctima fue niño o adolescente hombre. Del total de casos, el 52.5% fue

<sup>35</sup> Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y UNICEF. Somos libres. Seámoslo sin violencia, 2019. Ver en: <https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-09/cifras-violencia-ninas-ninos-adolescentes-peru-2019.pdf>

violencia física, el 20.5% psicológica, el 14.2 sexual y 9.8 verbal, entre otros.

**GRAFICO N° 4**  
**VIOLENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS NACIONALES, 2019**



Fuente: MINEDU, MIDIS y UNICEF, 2019

GRAFICO N° 5

VIOLENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS NACIONALES, 2019



Fuente: MINEDU, MIDIS y UNICEF, 2019

**Educación para la salud a través de las enfermeras escolares.**

La Educación para la Salud (EPS) es una práctica que ha sido ampliamente desarrollada por la Organización Mundial de Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNIFEC), la Organización para

la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre otros organismos internacionales y regionales. En síntesis, tales organismo e instituciones consideran que esta iniciativa es *“(…) la forma más efectiva para promover la adopción, a largo plazo, de estilos de vida saludables y el único camino para llevar la educación para la salud a todos los grupos de población más jóvenes (infancia, adolescencia, juventud temprana), independientemente de factores como la clase social, género, o el nivel educativo que tengan los padres y madres”*<sup>36</sup>.

Se debe tener en cuenta que una parte importante de los problemas de salud, que sufre nuestra sociedad actual, son en muchos casos por la forma de vivir de las personas. Varias enfermedades crónicas presentes en la edad adulta como: enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, enfermedades de transmisión sexual y estrés, tienen una relación muy directa con malos hábitos de alimentación y hábitos de consumo nocivos (drogas, alcohol, tabaco, entre otros). Asimismo, la falta de actividad física y la carencia de habilidades personales para enfrentarse a situaciones conflictivas o de presión social acentúan estos problemas. Muchas de estas conductas problemáticas se adquieren en la infancia o en la adolescencia, incorporándose como un hábito difícil de cambiar posteriormente<sup>37</sup>.

Es así que, los colegios se convierten en un lugar ideal para promover y trabajar la educación para la salud como herramienta fundamental y transversal, puesto que es el ambiente físico –o virtual– donde la sociedad destina la formación educativa de sus hijos y futuros ciudadanos, y es donde la población infantil pasa una gran parte de su tiempo y de su infancia. Es allí donde los estudiantes pueden interiorizar y asimilar de forma sustantiva los conocimientos, actitudes y hábitos en la salud.

Es en ese sentido, que surge la figura de la “enfermera escolar”, puesto que es uno de los profesionales de la salud que genera más confianza en la población y especialmente en los estudiantes<sup>38</sup>, además de la formación social y las funciones comunitarias que realiza en el desarrollo de sus actividades laborales públicas o privadas. Podemos definir a la enfermera escolar como *“(…) el profesional de enfermería que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa. Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, debiendo estar integrada en la misma, y en consecuencia, presente en el centro educativo durante todo el horario escolar”*<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar (ACISE). La educación para la salud en la escuela: una herramienta con los poderes de cambios positivos en los hábitos saludables de la sociedad, Barcelona, España, 2014, pág. 3.  
Ver en: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2015/09/PESEI-2014-2015-castellano-PDF.pdf>

<sup>37</sup> Ibidem.

<sup>38</sup> Importancia del papel del enfermero en la salud escolar, NPunto, Volumen III. Número 26 de mayo de 2020, pág. 1.  
Ver en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5ecb7648dc83bNP26-T1.pdf>

<sup>39</sup> Revista Enfermería CyL, vol 7 – N° 1, 2015, pág. 56.  
Ver en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144/116>

El debate de la incorporación de las enfermeras a los colegios se inició hace 130 años en Londres. Por aquel entonces, en el año 1891, se celebró el “Congreso de Higiene y Demografía”, teniendo como agenda el análisis de los beneficios de las visitas regulares de enfermeras a los colegios para revisar la salud de los escolares. En razón a ello, es que en 1897 se funda la “*Sociedad de Enfermeras Escolares de Londres*” y se creen puestos de enfermeras escolares en colegios ingleses de enseñanza primaria. Posteriormente, y producto de las mejoras en la salud de los estudiantes, se dispone que los centros educativos tengan enfermeras a tiempo completo<sup>40</sup>.

Diez años después, en 1907, la labor de las enfermeras escolares se implementa también en Suecia y Escocia. Posteriormente, llega a EE.UU. en 1909 para ayudar a combatir diversas enfermedades de los estudiantes que impedía su asistencia a las clases. En el año 1926, la materia es abordada por la Organización Nacional de Enfermería en Salud Pública de EE.UU., quienes concluyen que ha sido importante la labor que han desempeña las enfermeras escolares para la atención de salud infantil. Ya en 1999, luego de décadas de actividades continuas, surge el término “*School nursing*” que especifica la especialización del profesional de enfermería en el ámbito de la educación básica<sup>41</sup>.

En actualidad, hay diversos países que han implementado con éxito este sistema de forma ordenada y sistemática; como, por ejemplo<sup>42</sup>:

- **EE.UU.:** Más del 75% de las escuelas americanas cuentan con una enfermera escolar a tiempo completo;
- **Reino Unido:** Uno de los Estados donde más importancia se le brinda a la figura de la enfermera escolar. Además, es una línea de especialización en la carrera profesional de enfermería;
- **Francia:** Ha regulado esta figura con el nombre en francés de “*l’infirmier(e) de l’Éducation nationale*”, que quiere decir la Enfermera de Educación Nacional;
- **Escocia:** Tiene al menos una enfermera en cada colegio y dan preferencia a las profesionales en enfermería que poseen una formación adicional en salud pública; y,
- **Suecia:** Cada enfermera escolar aproximadamente tiene a su cargo entre 2 a 5 centros educativos diferentes.

---

<sup>40</sup> Ibidem, pág. 57.

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> Ibidem.

Adicional a ello, es importante resaltar que la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCEEE), ha desarrollado ampliamente y de forma ordenada las diversas funciones que deben cumplir las enfermeras escolares, diferenciando aquellas funciones de carácter asistencial, las de docencia, las de investigación y las de gestión; en los términos siguientes:

**“Función asistencial**

**La principal función de la enfermería escolar es proporcionar la atención y los distintos cuidados de salud al alumno/a, y resto de sociedad escolar** que forman los tutores, docentes y personal no docente del centro escolar.

Y que utiliza el método científico para que **mediante del Proceso de Enfermería: valore, diagnostique, planifique, ejecute y evalúe todos los cuidados de salud y hábitos saludables de la sociedad educativa**. Las labores del enfermero escolar, que engloba la función asistencial se dirigen a:

- Promover, preservar, favorecer y restaurar la salud de la comunidad escolar.
- Reconocer y evaluar las necesidades de salud y que cuidados requiere cada persona considerando todos los aspectos.
- Utilizar los protocolos de actuación que han habilitado las autoridades competentes para poder atender la actividad asistencial según las necesidades que requieran.
- Desarrollar los proyectos adecuados de atención de enfermería para cada alumno que lo necesite según su diagnóstico médico.
- Responder ante cada incidencia o situación de emergencia que se produzca en la jornada escolar.
- Suministrar las medicinas o tratamientos que estén prescritos por los profesionales sanitarios, si los alumnos lo requieren, siempre anexando una autorización por escrito.
- Controlar y seguir a los alumnos con enfermedades crónicas colaborando con sus familias y con los demás componentes del colectivo de salud.
- Prever y localizar precozmente los más relevantes problemas de salud en la edad escolar. En este ambiente, el profesional de enfermería se unirá a la dirección y a los gabinetes psicopedagógico del centro y colaborará con ellos cuando se detecte algún problema de salud emocional o psicológico.
- Comprobar que la alimentación ofertada por el comedor sea equilibrada, formando parte de la comisión de comedor, y así evaluar mensualmente los menús y adecuarlos a los alumnos que tengan algún tipo de necesidad alimentaria especial.
- Aconsejar como especialista en a toda la comunidad escolar cuando requiera alguna consulta de enfermería.
- Realizar una historial individualizada de cada alumno y tener un diario de las consultas que le realicen.
- Derivar al escolar a un centro de salud cuando se considere que es lo más apropiado, con aviso previo a los tutores del alumno.

- *Trazar, desarrollar y valorar los distintos protocolos específicos y las guías para actuar en la enfermería de los centros escolares.*
- *Colaborar lo más activamente posible con el equipo interdisciplinar que conforma la comunidad educativa, ofreciendo su visión como profesional en el ámbito sanitario.*

### **Función docente**

Esta función engloba **una serie de actividades para educar y formar a los alumnos, profesores y padres y madres de los escolares, así como al resto de personal que forma la comunidad educativa.** De esta forma las funciones que realiza la enfermera escolar en el ámbito de la función docente son:

- *Promocionar la salud y adquirir hábitos saludables, así como tener habilidad para favorecer las conductas saludables mediante los programas de Educación para la Salud que están dirigidos a toda la sociedad escolar.*
- *Dar formación a madres, padres y AMPAS asesorando sobre los más frecuentes problemas que hay en el centro educativo, como pueden ser enfermedades, accidentes, etc. Enseñarles cómo prevenirlas y dándoles pautas, para que a través de la familia se prevengan estos problemas, haciendo que los padres participen activamente en el centro educativo.*
- *Ofrecer talleres y seminarios variados y centrados en temas de salud a los distintos profesionales y trabajadores del centro escolar, ser (personal del comedor, educador, maestro, equipo directivo, etc.)*
- *Acompañar al equipo docente y a los profesores para que se integre la salud en todas las materias escolares.*
- *Formar al alumnado que padece enfermedades crónicas, y guiarles en el autocuidado.*
- *Ofrecer información sobre los procesos patológicos más comunes en la infancia y enseñar a la comunidad educativa y a los padres como prevenirlas.*
- *Enseñar los procesos de la enfermedad, y cuáles son los beneficios y las ventajas de las pruebas diagnósticas y del uso correcto del sistema sanitario, etc.*
- *Presentar a la comunidad educativa una Aportar una forma de ver la salud como algo positivo que hay que mantener cuando se está sano.*

### **Función investigadora**

**Afrontar metodológicamente el estudio de la actualidad para poder ampliar y ahondar en los conocimientos del enfermero y determinar la práctica y las consecuencias.**

- *Exponer diversos estudios científicos para comunicar los conocimientos, actitud y hábitos de salud que tienen los escolares, para saber cuál es el punto de partida y poder comparar el antes y el después de la implementación del enfermero escolar en el centro educativo.*
- *Asistir a los equipos que investigan exponiendo el trabajo de campo en el centro educativo.*

- *Estudiar los resultados y que se cumplen los objetivos que se han propuesto para promover los hábitos saludables.*
- *Evaluar si los usuarios están satisfechos con el servicio de Enfermería Escolar.*
- *Valorar la calidad de vida que tienen los escolares en el centro educativo.*
- *Renovar los medios educacionales de Educación Para la Salud mediante procedimientos de indagación en las aulas.*
- *Impulsar como formar en la indagación.*
- *Promover la autoevaluación de las Escuelas Educativas mediante juntas y dinámicas individuales y grupales.*
- *Mostrar los resultados de los estudios en revistas científicas o participando en diversos congresos.*

### **Función gestora**

Mediante esta función **se desarrolla como planificar, organizar, dirigir y controlar todas las actuaciones y los recursos.** Las actividades que se realizan son:

- *Colaborar con el personal profesional y directivo del centro escolar en la planificación de la actuación enfermera, sobre todo la relacionada con su función docente, incluyéndola en el proyecto educativo de centro y en la programación anual.*
- *Ser el referente de salud y el lazo de unión entre todos los organismos que se involucran en la salud en los centros escolares, posibilitando el comienzo de los variados programas para promocionar la salud que ofertan las distintas Administraciones, públicas y privadas.*
- *Organizando el trabajo del enfermero con los demás profesionales en los distintos niveles de salud asistenciales (psicólogos, ortodontistas, fisioterapeutas, médicos especialistas) que atienden a los colegiales, y si es necesario también mediante los padres/madres o tutores legales.*
- *Administrar todo el proceso de la recabación y acumulación de la información e historia clínica referente a los alumnos. Hay que registrar y actualizar las historias de salud de cada estudiante asegurando la confidencialidad ateniéndose a la Ley de protección de datos que está en vigor actualmente.*
- *Supervisar que se disponen de los recursos materiales necesarios y una adecuada dotación para el servicio de enfermería y proceder a su reposición si fuese necesario.*
- *Inspeccionar y anotar cada acción que se desarrolle en todos los niveles<sup>43</sup> (el subrayado y resaltado son nuestros)*

En suma, el Perú en las últimas décadas ha conseguido mejorar significativamente diversos indicadores económicos y sociales, sin embargo, la problemática de salud de los estudiantes de educación básica subsiste en la actualidad, especialmente, en las áreas de nutrición, malnutrición, inmunización, salud ocular, salud bucal, salud mental, salud auditiva y las situaciones de violencia familiar y educativa que padecen los estudiantes, entre otros; por ello,

<sup>43</sup> Importancia del papel del enfermero en la salud escolar, NPunto, Volumen III. Número 26 de mayo de 2020, pág. 6 y 7.  
Ver en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5ecb7648dc83bNP26-T1.pdf>

es deber del Estado coadyuvar esfuerzos a fin de constituir un entorno escolar y espacio ideal en los centros educativos del país para promover la educación en salud, con la finalidad de reducir las brechas existentes y combatir la pobreza y la exclusión social.

Y, es en razón a todo lo antes expuesto, que urge la necesidad de implementar el servicio de enfermería escolar en los centros educativos a nivel nacional, que permita incidir de forma directa y eficaz en la prevención enfermedades y la promoción de la salud de las niñas, niños y adolescentes en condición de estudiantes, con el objetivo de contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de la población escolar y de los demás integrantes de la comunidad educativa peruana; lo cual posibilitará que las escuelas de educación básica, además de su propósito principal de enseñanza, sean un espacio para el fomento de hábitos de salud que contribuyan a la formación de una vida saludable en los futuros ciudadanos del país, así como de generación de un ambiente idóneo para la adquisición de conocimientos en igualdad de condiciones y la integración de los estudiantes con enfermedades y discapacidades crónicas que requieren una serie de cuidados y atenciones en los propios centros educativos, en concordancia con la Constitución Política del Estado y la normativa nacional vigente.

### **6.1. Fórmula legal propuesta**

- En primer lugar, se plantea el objetivo de la propuesta que es incorporar a los profesionales en enfermería a la comunidad educativa establecida en la Ley 28044, Ley General de Educación, con la finalidad de garantizar los ciudadanos primarios de enfermería en la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los estudiantes en los centros educativos a nivel nacional.
- En el segundo artículo, se establecen los objetivos generales de la incorporación del profesional en enfermería en la comunidad educativa nacional, tales como:
  - Disminuir la prevalencia e incidencia de enfermedades no transmisibles en los escolares a nivel nacional;
  - Optimizar los recursos del sistema público para la prevención y promoción de estilos de vida y practica saludables en el escolar y la comunidad educativa;
  - Derivación de los casos detectados de dolencia en los estudiantes a los establecimientos de salud o al profesional especializado competente;
  - Fomentar la articulación del sector salud con el sector educación en materia de cuidados primarios de la salud en beneficio de los estudiantes y comunidad educativa;

- Concientizar la cultura en salud en los directivos, profesores, trabajadores del sector educación, asociaciones de padres de familia, entre otros actores e integrantes de la comunidad educativa;
  - Promover la especialización de profesionales en enfermería, el desarrollo de investigaciones y el trabajo interdisciplinario en materia de salud escolar; y,
  - Desarrollar una red entre las diferentes entidades prestadoras de servicios para los estudiantes a nivel nacional; entre otros.
- En consecuencia, en el tercer artículo se propone la modificación de los artículos 52 y 62-A de la Ley N° 28044, Ley General de Educación, a fin de incorporar al profesional en enfermería como miembro de la comunidad educativa nacional, estableciéndose su función principal.
- Por último, se plantean tres (3) disposiciones complementarias finales. La primera, dispone la incorporación progresiva del profesional de enfermería en la comunidad educativa y de conformidad con la programación y disponibilidad presupuestaria del Ministerio de Educación; la segunda, propone declarar de necesidad pública e interés nacional la designación de por lo menos un profesional de enfermería en cada institución educativa a nivel nacional; y, tercera, estable la reglamentación a cargo del Poder Ejecutivo.

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

La propuesta legislativa no afecta disposiciones constitucionales, legales o administrativas vigentes, por el contrario, guarda coherencia y es concordante con lo establecido en nuestra Carta Política, la Ley N° 28044, Ley General de Educación, los reglamentos, las directivas y los planes que el Ministerio de Educación ha venido emitiendo en los últimos años con la finalidad de garantizar una educación en igualdad de condiciones, que permita reducir las brechas existentes en materia de salud escolar y combatir la pobreza y la exclusión social de nuestros estudiantes.

## **VIII. ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO**

La presente iniciativa legislativa tendrá un impacto positivo en la comunidad nacional, puesto que tiene como finalidad resolver la problemática de los estudiantes de educación básica peruana, especialmente en las áreas de nutrición, malnutrición, inmunización, salud ocular, salud bucal, salud mental, salud auditiva y las situaciones de violencia familiar y educativa que padecen, con el objetivo de contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de la población escolar y de los demás integrantes de la comunidad educativa peruana. Al respecto debe tenerse

en cuenta que resulta ser de menor costo invertir en prevención y promoción de la salud, que posteriormente, en atenciones y actividades recuperativas y/o tratamientos, entre otros, por lo cual los beneficios de esta propuesta superan los costos en el corto, mediano y largo plazo.

De otro lado, es importante resaltar que la implementación de la presente iniciativa legislativa se realizará en forma progresiva, con lo cual el sector Educación tomará las provisiones necesarias de conformidad con las disposiciones presupuestarias vigentes, a fin de contribuir en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en los estudiantes de educación básica.

## **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 N° 7582/2020-CR, con el siguiente Texto Sustitutorio:

### **EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA:**

**Ha dado la Ley siguiente:**

## **LEY DE LA ENFERMERA ESCOLAR**

### **Artículo 1º.- Objeto de la Ley**

La presente ley tiene por objeto incorporar a los profesionales en enfermería a la comunidad educativa establecida en la Ley 28044, Ley General de Educación, con la finalidad de garantizar los cuidados primarios de enfermería en la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los estudiantes en los centros educativos a nivel nacional.

### **Artículo 2º.- Objetivos**

La incorporación del profesional en enfermería en la comunidad educativa nacional tiene en mira el logro de los siguientes objetivos:

- a) Disminuir la prevalencia e incidencia de enfermedades no transmisibles en los escolares a nivel nacional.

- b) Optimizar los recursos del sistema público para la prevención y promoción de estilos de vida y practicas saludables en el escolar y la comunidad educativa.
- c) Derivación de los casos detectados de violencia en los estudiantes a los establecimientos de salud o al profesional especializado competente.
- d) Fomentar la articulación del sector salud con el sector educación en materia de cuidados primarios de la salud en beneficio de los estudiantes y comunidad educativa.
- e) Concientizar la cultura en salud en los directivos, profesores, trabajadores del sector educación, asociaciones de padres de familia, entre otros actores e integrantes de la comunidad educativa.
- f) Promover la especialización de profesionales en enfermería, el desarrollo de investigaciones y el trabajo interdisciplinario en materia de salud escolar.
- g) Desarrollar una red entre las diferentes entidades prestadoras de servicios para los estudiantes a nivel nacional; entre otros.

### **Artículo 3º.- Modificaciones de la ley**

Modifícanse los artículos 52 y 62-A de la Ley 28044, Ley General de Educación, los cuales quedan redactados en los siguientes términos:

#### ***“Artículo 52.- Conformación y participación***

*La comunidad educativa está conformada por estudiantes, padres de familia, profesores, directivos, administrativos, profesional en psicología, **profesional en enfermería**, ex alumnos y miembros de la comunidad local. Según las características de la Institución Educativa, sus representantes integran el Consejo Educativo Institucional y participan en la formulación y ejecución del Proyecto Educativo en lo que respectivamente les corresponda. La participación de los integrantes de la comunidad educativa se realiza mediante formas democráticas de asociación, a través de la elección libre, universal y secreta de sus representantes”.*

***“Artículo 62-A.- El profesional en psicología y profesional en enfermería***

*El psicólogo escolar y la enfermera escolar son profesionales especializados que forman parte de la comunidad educativa y que contribuyen a la formación integral de los estudiantes en la educación básica.*

*La función principal del profesional en psicología consiste en ser un soporte para que los actores de las instituciones educativas orienten adecuadamente a los estudiantes, entre otros, en la comprensión de aspectos relacionados con su desarrollo cognitivo y socioemocional.*

***La función principal del profesional en enfermería está orientada a prestar los servicios en el área de su competencia relacionado con la prevención de enfermedades y promoción de la salud a los estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa.***

*El Ministerio de Educación, a través de sus órganos competentes norma las funciones del profesional en psicología y profesional en enfermería”.*

## **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES**

### **PRIMERA. Vigencia de la ley**

Lo dispuesto en el artículo 3 de la presente ley, referido a la incorporación del profesional en enfermería a la comunidad educativa, será implementado de forma progresiva, conforme a la programación y disponibilidad presupuestal del Ministerio de Educación.

### **SEGUNDA. Designación del profesional en enfermería escolar**

Declárese de necesidad pública e interés nacional la designación de por lo menos un profesional de enfermería en cada institución educativa a nivel nacional encargado de la prestación de los servicios de cuidados primarios de enfermería en la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los estudiantes.

### **TERCERA. Reglamentación**

El Poder Ejecutivo establece las normas reglamentarias para la aplicación de la dispuesto en la presente ley.

Dase cuenta

Sala de comisiones del Congreso de la República.

Lima, 13 de julio de 2021