



Proyecto de Ley N° 221/2016-CR

OSIAS RAMÍREZ GAMARRA

"Decenio de las personas con discapacidad en el Perú"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

PROYECTO DE LEY QUE DECLARA DE CARÁCTER PRIORITARIO Y DE PREFERENCIA SOCIAL LA CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL DE FRONTERA DE LA PROVINCIA DE SAN IGNACIO EN EL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA.

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

FORMULA LEGAL

LEY QUE DECLARA DE CARÁCTER PRIORITARIO Y DE PREFERENCIA SOCIAL LA CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL DE FRONTERA DE LA PROVINCIA DE SAN IGNACIO EN EL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA

Artículo 1º.- Objeto de la Ley.

La presente ley tiene por objeto declarar de carácter prioritario y de preferencia social la Construcción y equipamiento del Hospital de Frontera de la provincia de San Ignacio en el departamento de Cajamarca.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Única.- Encárguese al Ministerio de Salud priorizar la elaboración del proyecto de inversión pública en todas sus etapas a partir de la vigencia de la presente ley.

Lima, setiembre de 2016.

CESAR ANTONIO SIEGRAS ALQUIERDO
Congresista de la República

Luis F. Galarraga Velarde

Portavoz (T)
Grupo Parlamentario Fuerza Popular

OSIAS RAMÍREZ GAMARRA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

Dra. Cecilia Agorreta

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima,2..... de Setiembre del 2018.
Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77º del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 221 para su estudio y dictamen, a la(s) Comisión(es) de SALUD Y POBLACIÓN.

JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 29 de Noviembre de 2018

Visto el oficio Nro. 092-2018-2019/GPFP-CR, suscrito por el señor CARLOS TUBINO ARIAS SCHREIBER, Portavoz(T) del Grupo Parlamentario Fuerza Popular y por especial encargo del Congresista Osías Ramírez Gamarra, TÉNGASE POR RETIRADA la Proposición Nro. 221/2016-CR.

GIANMARCO PAZ MENDOZA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En un documento elaborado por la Defensoría del Pueblo en el año 2013 denominado "Camino al aseguramiento universal en salud - AUS - Resultado de la supervisión nacional de Hospitales" según Serie de Informes Defensoriales – Informe 161, la Defensoría del Pueblo concluye:

(...)

CUADRO N° 2¹
Obligaciones del Estado para garantizar el acceso a la salud

Obligaciones generales	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin discriminación alguna. • Adoptar medidas en aras de la plena realización del derecho a la salud: legislativas, administrativas y presupuestales. • Prohibición de medidas regresivas con respecto a la seguridad social.
Obligaciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Obligación de respetar, que exige que los Estados se abstengan de denegar o limitar el ejercicio del derecho a la salud, además de imponer prácticas discriminatorias incluidas aquellas relacionadas a la mujer o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva. • Obligación de proteger, que exige que los Estados adopten leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud proporcionados por terceros, así también que los mismos no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud. • Obligación de cumplir, que comprende el reconocimiento del derecho en el sistema político y normativo así como adoptar una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, garantizar la atención de salud, establecer programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud. Además, contar con infraestructura de la sanidad pública con la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país y la obligación de establecer un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos. Cabe anotar que los Estados tienen la obligación que en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajena a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho, cuenten con ayuda de los medios a su disposición
	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por las 24 Obligaciones básicas que respecta a los grupos vulnerables o marginados.

¹ Cuadro extraído en su integridad del documento Informe Defensorial N° 161

Obligaciones básicas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.</i> • <i>Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud. - Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.</i> • <i>Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil. - Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad. - Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.</i> • <i>Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad.</i> • <i>Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.</i>
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Estoy convencido que el derecho a la integridad física, a su desarrollo y bienestar, así como a la protección de la salud como lo señala la Constitución Política del Perú en su artículo 1º y 7º respectivamente no puede ser letra muerta. Durante más de 10 años el país ha experimentado crecimiento económico a ritmos significativos que nos han permitido tener una economía estable, balanceada y previsible. Ello ha permitido que en el país se desarrolle infraestructura social de mejoramiento de acceso a la educación y a la salud, no en la medida que todos hubiéramos esperado, pero sí que nos permita de alguna manera atender las demandas de pueblos al interior del país.

Los presupuestos en el sector de salud en los últimos cinco años los presupuestos han sido como siguen:

CUADRO N° 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO CORRIENTE EN EL MINISTERIO DE SALUD
2011 – 2016
Expresado en S/.:

Año	Monto S/.	Incremento	%
2011	1, 179,621,664		
2012	1, 363,546,795	183,925,131	15.59
2013	1, 500,118,339	136,571,544	10.02
2014	2, 103,536,484	603,418,145	40.22
2015	1,987,823,416	115,713,068	-5.5
2016	2, 352,600,876	364,777,460	18.35

El Cuadro N° 1 demuestra el incremento del presupuesto del Ministerio de Salud en gasto corriente, con excepción del ejercicio 2015 en donde se contrajo en -5.5%. Este rubro pertenece a sueldos y salarios. Alcanza su pico en el ejercicio 2014, que con relación al año 2013 se incrementa en 40.22%. Esto no tendría por qué llamarnos la atención, es más sería hasta digno



de ser encomiable si ello por ejemplo se hubiera invertido en la contratación de médicos y enfermeras que atiendan a los pacientes al interior del país.

Por ejemplo según información que se tiene de diferentes fuentes por año emigran del país más de 1000 médicos, este dato lo informó Miguel Palacios Celí quien ocupa el cargo de Decano Nacional del Colegio Médico del Perú.

La Federación Médica del Perú en el año 2013 informó que en el Perú por año salen más de 1,200 médicos, con ello se agudiza el déficit de médicos que tiene el país. Según la Federación Médica del Perú citando datos del Observatorio Nacional de Recursos Humano del Ministerio de Salud existe un déficit de 6,703 galenos².

CUADRO N° 2
EVOLUCIÓN DEL GASTO CORRIENTE EN EL MINISTERIO DE SALUD
2011 – 2016
Expresado en S/.

Año	Monto	Incremento	%	Ejecutado %	No ejecutado %
2011	609,851,828			48.8	51.2
2012	315,208,582	-294,643,246	-48.31	77.6	22.4
2013	389,685,916	74,477,334	23.63	80.9	19.1
2014	383,075,138	-6,610,778	-1.7	87.6	12.4
2015	338,121,474	-44,953,664	-11.3	85.0	15.0
2016	377,825,862	39,704,388	11.74	15.3	84.7 ³

En contraposición al incremento del gasto corriente en el Ministerio de Salud está la disminución y la ineficiente calidad del gasto en inversión. Así por ejemplo tenemos que en el año 2011 el Ministerio de Salud no ejecutó 51.2% de su gasto de inversión, en el año 2012 el 22.4% y en lo que va de este año únicamente a ejecutado 15.3% faltando por ejecutar un 84.7%, esto es inaceptable más aún si estamos en el segundo mes del tercer trimestre del año 2016. Pero aún más teniendo por ejemplo en Cajamarca necesidades elementales en salud.

Los informes Defensoriales constituyen herramientas importantes en la medida que por su condición de institución apolítica realiza investigaciones objetivas y despolitizadas sobre la problemática de un servicio público que el Estado debe brindar con eficiencia como es el servicio de salud y su acceso. Si se quiere reducir la pobreza de 22% a 15% esto pasa por mejorar el acceso no solo al agua y al saneamiento sino a servicios de salud, de modo tal que el informe defensorial resulta más que pertinente para darle un vistazo a la problemática de la salud y su acceso en la provincia de San Ignacio en la región Cajamarca.

La provincia de San Ignacio es una de las trece provincias del departamento de Cajamarca, obedece su creación a la Ley N° 15560 promulgada en el primer gobierno del entonces Presidente de la República Arq. Fernando Belaunde Terry en el año 1965. La provincia de San Ignacio es una provincia de frontera, por el norte limita con la provincia ecuatoriana de Zamora Chinchipe, además de la región de Piura en el lado peruano.

La provincia de San Ignacio tiene siete distritos:

² Dato extraído de una publicación de diario Perú 21 en su portal web <http://peru21.pe/actualidad/mas-1200-medicos-se-van-peru-cada-ano-2116815>

³ Ejecución del gasto de inversión al 2 de setiembre de 2016.

- San Ignacio.
- Huarango.
- Tabaconas.
- La Coipa.
- Namballe.
- San José de Lourdes.
- Chirinos.

Una de las particularidades que tiene la provincia de San Ignacio es que en su suelo y más exactamente en el distrito de San José de Lourdes y de Huarango existe población Aguaruna. Esta etnia por su lejanía y forma de vida está expuesta a problemas de salud de manera recurrente.

Según censos desarrollados en las comunidades nativas las tasas de mortalidad infantil es de 57 muertes por cada 1000 nacidos, mientras que a nivel del departamento la tasa es de 21,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Si bien es cierto estas cifras pertenecen a censos realizados en el 2007, cierto es también que las condiciones en la provincia de San Ignacio no han variado⁴.

La población al 2015 en la provincia de San Ignacio y sus distritos es⁵:

CUADRO Nº 3
POBLACIÓN EN LA PROVINCIA Y DISTRITO DE LA PROVINCIA DE SAN IGNACIO –
REGIÓN CAJAMARCA

Provincia	2013			2014			2015		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
San Ignacio	146,502	78,308	68,194	147,465	78,831	68,634	148,364	79,319	69,045
San Ignacio	36,742	19,485	17,257	37,098	19,688	17,410	37,436	19,881	17,555
Chirinos	14,374	7,808	6,566	14,341	7,790	6,551	14,299	7,767	6,532
Huarango	21005	11181	9824	20815	11075	9740	20614	10964	9650
La Coipa	20710	10968	9742	20801	11006	9795	20882	11038	9844
Namballe	11441	6181	5260	11523	6223	5300	11600	6262	5338
San José de Lourdes	21239	11682	9557	21546	11866	9680	21847	12047	9800
Tabaconas	20991	11003	9988	21341	11183	10158	21686	11360	10326

La provincia de San Ignacio es la cuarta provincia más poblada del departamento de Cajamarca con 148,364 habitantes superada por las provincias de Cajamarca con 388,140, Jaén con 199,000 y Chota con 164,714 habitantes. Tanto Cajamarca como Jaén tienen un hospital. Cajabamba con 80,261 habitantes cuenta con el hospital Nuestra Señora del Rosario.

En un documento elaborado por el Instituto Nacional de Estadística a Informática a propósito de Censo Nacional IX de población y vivienda de 1993, la desnutrición crónica infantil en la provincia de San Ignacio alcanzó el 74.4%, mientras la tasa de mortalidad infantil llegó a 68.2%.

En el año 2010 los indicadores sociales en las principales provincias de Cajamarca fueron los siguientes⁶:

⁴

⁵ Población estimada al 30 de Junio del 2015 según INEI

CUADRO N° 47
INDICADORES SOCIALES DE LAS PROVINCIAS EN EL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA

Provincia	Desarrollo social ⁸		Salud ⁹		Servicios Básicos ¹⁰		
	Pobreza	Población con más de dos NBI ¹¹	Mortalidad infantil	Desnutrición crónica infantil	Población sin luz	Población sin agua	Población sin desagüe
Cajamarca	44.5	12.3	22.6	34.3	35.5	20.4	57.9
Cajabamba	69.2	21.0	16.9	47.7	64.4	28.0	83.9
Celendín	66.3	25.0	31.3	47.3	64.6	39.8	82.1
Chota	61.7	27.8	19.6	43.4	60.4	53.0	84.9
Contumazá	61.8	15.5	22.1	40.0	59.1	42.8	74.7
Cutervo	60.4	32.6	18.5	46.3	79.4	57.2	86.5
Hualgayoc	59.9	18.7	18.6	45.6	76.6	46.2	87.2
Jaén	48.1	19.6	20.5	42.3	49.1	51.6	65.5
San Ignacio	54.7	27.4	21.5	46.5	71.3	39.7	89.4
San Marcos	63.9	19.1	31.8	46.0	74.8	30.5	83.8
San Miguel	57.6	20.2	19.0	40.8	78.8	47.9	90.2
San Pablo	59.8	18.0	34.8	44.3	82.1	44.3	87.0
Santa Cruz	60.6	31.9	21.0	38.8	66.8	88.5	88.9

Hemos señalado en el Cuadro N° 1 que la provincia de San Ignacio es la cuarta con mayor población. En el Cuadro N° 2 señalamos los indicadores sociales de las provincias de la región Cajamarca. Así tenemos que en el rubro "desarrollo social" el indicador pobreza ubica a la provincia de San Ignacio, en comparación con las provincias más pobladas, en segundo lugar con un 54.7% de pobres. En el mismo rubro indicador "familias con más de dos necesidades básicas insatisfechas" San Ignacio ocupa el primer lugar con un 27.4%.

Siguiendo con el análisis del Cuadro N° 2 en el rubro Salud tenemos que en el indicador mortalidad infantil San Ignacio ocupa el tercer lugar 21.5% y en cuanto a la desnutrición crónica el segundo lugar con 46.5%, solo superado por Cajabamba con 47.7%.

En cuanto al rubro servicios básicos la cosa para San Ignacio es desalentadora. El 71.3% de los hogares de San Ignacio no tienen energía eléctrica ocupando el primer lugar; en cuanto a los hogares sin agua San Ignacio ocupa el segundo lugar con 39.7% y en cuando a los hogares que no tienen desagüe San Ignacio ocupa el primer lugar con 89.4%.

La gran diferencia entre las cuatro provincias más pobladas de Cajamarca es que Cajamarca, Jaén, y Chota tienen un hospital e incluso como se dijo líneas arriba la provincia de Cajabamba también lo tiene, entonces la pregunta es más que legítima de hacer. ¿Porque San Ignacio no tiene un hospital?

⁶ Fuente Ministerio de Economía y Finanzas, en sus documentos denominados Análisis Territorial de Cajamarca.

⁷ Este cuadro ha sido elaborado con los datos extraídos del Cuadro N° 4º - Cajamarca en cifras publicado en el documento Análisis Territorial publicado en la web https://www.snip.gob.pe/contenidos/politicas/difusion/boletin/boletin3/analisis_territorial.pdf

⁸ Datos extraídos del Mapa de pobreza distrital, INEI 2009.

⁹ SIRTOD – Mapa de desnutrición crónica INEI 2009

¹⁰ Mapa de pobreza distrital INEI 2007

¹¹ Necesidades Básicas Insatisfechas

La falta de agua y desagüe incide en el desarrollo de la salud de las personas. Muchos estudios coinciden en señalar que la falta de agua incide en la desnutrición, aumenta la tasa de morbilidad y mortalidad infantil.

El no tener acceso al agua implica que nuestros niños en las zonas rurales o urbano marginales consuman agua de ríos, lagunas o riachuelos que tienen alto contenido contaminante, pero además siendo esas aguas no tratadas su única fuente, muchos alimentos que consumen son regados con aguas servidas y esto genera enfermedades que van en desmedro de la salud de niños y pobladores de las zonas.

Un informe de la diputada argentina Dra. Verónica Gutiérrez nos señala que *los progresos en el suministro de agua pueden reducir la morbilidad por diarrea en un 21%, el saneamiento mejorado en un 37.5%, el lavado de las manos hasta un 35% y mejoras adicionales en la calidad del agua potable, como la desinfección en el punto de consumo, pueden reducir los episodios diarréicos hasta un 45%*.

Indicadores de Salud en la región Cajamarca.

- **Tasa de mortalidad infantil.**

En el año 2000 la tasa de mortalidad infantil en Cajamarca era de 51 por cada 1000, en el periodo 2014 – 2015 la tasa de mortalidad descendió a 17 por cada 1000.

- **Tasa de desnutrición crónica.**

En la región Cajamarca la tasa de desnutrición crónica en el periodo 2011-2012 era de 34.2%, en el periodo 2013-2014 no se avanzó mucho, pues la tasa llegó a 32.2%.

- **Médicos por habitantes.**

La región Cajamarca es la región que más carece de médicos en comparación con otras regiones. En el año 2012 por cada 2,311 personas tenemos un (1) médico, esta cifra se mejoró en el 2014, dado que por 2,106 personas tenemos un (1) médico. A diferencia de Arequipa que tiene un (1) médico por cada 257 habitantes.

- **Acceso a la Salud.**

Otro record que tiene nuestra región es que registra el menor número de afiliados a la seguridad social. En el 2005 la población que accedia a la seguridad social en el departamento era 7.7% del total de la población. En el 2014 el porcentaje se incrementó y llegó al 11.9%.

- **Número de profesionales de la salud.**

En el 2012 había 655 médicos, en el 2013, se incrementó a 728 y en el año 724. Cifra muy por el debajo de la media nacional que es 2,489 médicos.

Indicadores de salud la provincia de San Ignacio.

Hablar de los indicadores de salud de la provincia de San Ignacio es remontarnos al año 2004, dado que los centros de salud y las postas médicas con la que cuenta la provincia se construyeron y equiparon teniendo en cuenta esta clasificación.

- **Infraestructura de establecimientos de salud.**

La provincia de San Ignacio no tiene independencia administrativa en el sector salud. San Ignacio está adscrito a la subregión de salud de Jaén. En la toda la provincia de San

Ignacio se tiene 48 establecimientos de salud entre postas médicas y centros de salud niveles I-1; I-2; I-3, y I-4, todos ellos son de primer nivel de atención. Qué significa esto:

- | | | |
|-------|---|-----------------------------------------|
| I - 1 | : | Puesto de Salud, con médico itinerante. |
| I - 2 | : | Puesto de Salud con médico. |
| I - 3 | : | Centro de Salud |
| I - 4 | : | Centro de Salud con internamiento |

Solo uno de los establecimiento tiene el nivel I-4. En él se atiende el 100% de la población de San Ignacio que requiere internamiento.

En los niveles I - 1 y I - 2 se cuenta con:

- Un técnico en enfermería; y
- Adicionalmente puede contar con una enfermara u obstetra.

Los pacientes que requieren atención especializada e internamiento deben trasladarse a la ciudad de Jaén siento los tramos en horas:

- | | | |
|----------------------|---|------------|
| • Huarango – Jaén | : | 1 hora. |
| • La Coipa – Jaén | : | 1.30 hora. |
| • Namballe – Jaén | : | 4 horas. |
| • Chirinos – Jaén | : | 2 horas. |
| • San Ignacio – Jaén | : | 2 horas. |
| • Tabaconas – Jaén | : | 3 horas. |

Según datos del gobierno regional de Cajamarca la causa de mortalidad recurrente en San Ignacio es:

- | | | |
|------------------------------|---|-------|
| • Bronconeumonia | : | 20.9% |
| • Septicemia | : | 16.3% |
| • Infarto agudo de miocardio | : | 11.6% |
| • Neumonias | : | 6.9% |
| • Accidente cerebro vascular | : | 6.9% |
| • Cáncer cérvix | : | 4.6% |
| • Cáncer hepático | : | 4.6% |
| • Otros males | : | 18.6% |

La provincia de San Ignacio tiene una antigüedad de más 90 años, su población ya lo hemos señalado alcanza a casi 150 mil habitantes. San Ignacio es una provincia fronteriza, en cuyo suelo se ha defendido la soberanía nacional. Así lo reconocieron los presidentes de Perú y Ecuador con ocasión de celebrarse el Encuentro de Presidentes de Perú y Ecuador en el marco de la VII reunión de Gabinetes Ministeriales Binacionales de Perú- Ecuador en Piura.

En el marco de esa reunión se adoptaron entre otros el convenio denominado "Plan Quinquenal de Salud en Frontera Perú – Ecuador 2013 – 2017", siendo uno de los ejes de trabajo conjunto la salud de fronteras consistente en instruir a las autoridades responsables a fortalecer las redes binacionales de salud, el acceso a los **SERVICIOS DE CALIDAD, EL MEJORAMIENTO DE LAS**

CONDICIONES SANITARIAS, EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS, así como el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Cómo se puede acceder a los servicios de salud de calidad si en la provincia de San Ignacio, provincia fronteriza no se cuenta con un hospital acorde con el crecimiento poblacional y las necesidades propias de una provincia fronteriza?

En el año 2009 el Gobierno Regional de Cajamarca inicia los trámites y documentos para hacer realidad la construcción de un hospital en la provincia de San Ignacio. Con ese propósito se aprueba el Proyecto de Inversión Pública siendo registrado ante el Ministerio de Economía y Finanzas con el Código de SNIP 123826, la obra en cuestión llevaría el nombre de "Construcción e implementación del Hospital II – 1 de San Ignacio.

La obra tendría un costo de S/. 34, 016,961.00 millones de soles y beneficiaría a 62,456 habitantes. La fecha de viabilidad del perfil de inversión se registró con fecha 6 de agosto del 2010. Es decir a escasos cuatro meses del ingreso de la nueva autoridad del gobierno regional. Cabe precisar que la unidad responsable de la formulación y ejecución sería el gobierno regional de Cajamarca.

Con fecha 26 de agosto del año 2013, el gobierno regional de Cajamarca bajo la gestión del gobernador regional Gregorio Santos, contrata a través de Pro-región a la empresa Asesores Técnicos Asociados SA para la elaboración del Expediente Técnico Definitivo - Construcción e Implementación del Hospital II – 1 en la provincia de San Ignacio.

El monto de contratación según la documentación obtenida en el aplicativo SOSEM de la página web del Ministerio de Economía y Finanzas a la fecha se ha pagado a la empresa Asesores Técnicos Asociados SA la suma de S/. 1, 107,784.02 soles, sin embargo a la fecha el proyecto de inversión pública se encuentra cerrado, es decir no solamente no tiene fecha de ejecución sino que no se sabe a si el gasto que a la fecha se ha realizado será utilizado en la construcción de hospital.

La data hasta ahora económica y social de Cajamarca y de la provincia de San Ignacio no hace sino confirmar la necesidad que tiene el pueblo de San Ignacio y de sus distritos de contar con un hospital como lo tienen las otras cuatro provincias más pobladas de la Región Cajamarca.

EFFECTOS DE INICIATIVA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

El presente proyecto de ley que DECLARA DE CARÁCTER PRIORITARIO Y DE PREFERENCIA SOCIAL LA CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL DE FRONTERA DE LA PROVINCIA DE SAN IGNACIO EN EL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA., no altera en nada la legislación nacional, menos aún colisiona con instituciones de otra naturaleza ya creadas.

ANALISIS COSTO BENEFICIO

La presente iniciativa no representa ningún costo para el Estado toda vez que nuestro proyecto de ley es declarativo y los fondos destinados para la construcción y equipamiento del HOSPITAL DE FRONTERA DE LA PROVINCIA DE SAN IGNACIO EN EL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA lo priorizará y asumirá el Poder Ejecutivo tal cual se dispone en la disposición única de la presente iniciativa legislativa.