



**PROYECTO DE LEY QUE MEJORA EL
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AL
GRUPO ETARIO ADULTO MAYOR.**

El Congresista de la República **JORGE SAMUEL COAYLA JUÁREZ**, integrante del Grupo Parlamentario **PERU LIBRE**, al amparo de lo dispuesto en el artículo 102° y 107° de la Constitución Política del Perú y conforme lo establecido en los artículos 75 y 76, 2, del Reglamento del Congreso de la República, propone la siguiente iniciativa legislativa:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA
Ha dado la siguiente Ley:

**LEY QUE MEJORA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AL GRUPO ETARIO ADULTO MAYOR**

Artículo 1: OBJETO DE LA LEY.

Establecer procedimientos y mecanismos para implementar la contratación y/o convenios con establecimientos de salud privados o públicos, debidamente registrados y categorizados en la SUSALUD para brindar servicios ambulatorios de primer nivel de atención al grupo etario de adulto mayor en el marco de la política internacional de la Atención Primaria de la Salud.

Artículo 2: FINALIDAD DE LA LEY.

Acceso a los servicios de salud de recuperación y rehabilitación de la salud para enfermedades y condiciones de baja complejidad y la detección temprana y control de enfermedades que constituyen problemas de salud pública, sujetos a vigilancia epidemiológica, dirigidos a la atención de la población adulto mayor.

En este sentido autorícese al sistema sanitario conformado por el Ministerio de Salud (MINSA – GORES), EsSalud, las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional (PNP) y Otros, implementen contratos y/o convenios específicos para la atención del adulto mayor con la finalidad que se brinden prestaciones de baja complejidad y/o de complejidad creciente en servicios básicos de primer nivel de atención usando a los establecimientos conformantes de las redes integradas de salud a nivel nacional.

Artículo 3: REGLAMENTACION.

El Ministerio de Salud, dentro del plazo de sesenta (60) días de entrada en vigencia, aprueba el Reglamento de la presente Ley

Lima, 07 abril 2022



Firmado digitalmente por:
UGARTE MAMANI Jhakeline
Katy FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/04/2022 15:18:28-0500



Firmado digitalmente por:
COAYLA JUAREZ Jorge
Samuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/04/2022 13:53:45-0500



Firmado digitalmente por:
GUTIERREZ TICONA Paul
Silvio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/04/2022 14:34:16-0500



Firmado digitalmente por:
ZEA CHOQUECHAMBI Oscar
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 08/04/2022 09:41:51-0500



Firmado digitalmente por:
CRUZ MAMANI Flavio FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/04/2022 17:24:47-0500



Firmado digitalmente por:
CUTIPA CCAMA Victor Raul
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/04/2022 17:55:01-0500



Firmado digitalmente por:
CERON ROJAS Wilfredo
Jose FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 11/04/2022 14:01:27-0500

Edificio Roberto Ramírez del Villar
Jr. Junín N° 330, oficina 401 MZ – Lima - Lima

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I.- PROBLEMA (NECESIDAD, VIABILIDAD Y OPORTUNIDAD)

Un sub sector importante es el conformado por los trabajadores formales, cesantes y jubilados con sus derechos habientes, cuyas aportaciones son administradas por EsSalud quien cada año, recibe un monto de aporte de alrededor de 11 mil millones de soles anuales, dinero que no pertenece al estado y no es parte del presupuesto nacional. La administración de estos fondos incluye el pago de sueldos y salarios a funcionarios y trabajadores, para que presten y financien atenciones de salud, entre otros beneficios a sus asegurados. EsSalud es una ASEGURADORA o Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA), por lo tanto, su función se limita a pagar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) por servicios de salud prestados a los asegurados, no importan si éstos son propios o privados, ya sea si pertenecen al MINSA, FFPP o FFAA, sub sector privado, etc. El único requisito, para servir a los asegurados de EsSalud, es tener un registro en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), institución que garantiza que estos establecimientos de salud, se encuentren debidamente acreditados y categorizados para prestar servicios a cualquier asegurado.

Sin una ley que disponga que EsSalud adecúe a sus redes administradoras para contratar a cualquier prestador acreditado, seguirá dependiendo de sus escasos establecimientos propios sin una clara separación de roles FINANCIADOR - PRESTADOR por tanto su administración estará sujeta a los vaivenes de sus propios prestadores, que muchas veces olvidan, que sean justos o no sus reclamos laborales, los servicios de salud no pueden ser usados como instrumento de presión para suspender de manera temporal o definitiva servicios de importancia vital para la preservación de la vida, cuerpo y salud de sus usuarios.

Sin una ley que disponga que la misión principal de EsSalud es asegurar el acceso de sus aportantes, a los servicios de salud, podrá arbitrariamente prescindir de cualquier oferta que no sea la propia, no porque no los necesite, sino porque su concurrencia a dar solución a un problema crónico de acceso, no lo considera de carácter obligatorio condicionando su obligación a disposición de su presupuesto y administración de sus recursos.

Las sucesivas evaluaciones presupuestales de los últimos 5 años revelan que entre 11 a 13 mil millones que ingresan cada año a ser administradas por EsSalud, casi la totalidad (11 mil millones) se invierte para que trabajen 389 centros asistenciales (los tres niveles de atención) y entre el 40 y 45% (4.5 mil millones) se destinan a sueldos y salarios de funcionarios y trabajadores de su frondosa administración. Mientras que el pago por servicios de 15 establecimientos privados está alrededor del 13% (1.5 mil millones). El costo de operaciones en promedio, para que funcione un establecimiento propio es el doble, que para que funcione un establecimiento privado.

Por lo tanto, mientras que EsSalud no cuente con centros propios suficientes, es perfectamente legal y legítimo que prestadores no propios o también llamados "terceros" se hagan cargo de las prestaciones de salud de los cesantes y jubilados, población declarada vulnerable después de la gestante y el niño menor de 5 años.

SITUACION DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN EL PAIS.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), con motivo del Día del Adulto Mayor que se conmemora el 26 de agosto, informó que, de acuerdo con las estimaciones y proyecciones de población, en el Perú existen 4 millones 140 mil adultos mayores de 60 y más años de edad que representan el 12,7% de la población total al año 2020 y de cada 100 adultos mayores en el país, 35 se encuentra afiliado a EsSalud.

Situación de la Población Adulta Mayor

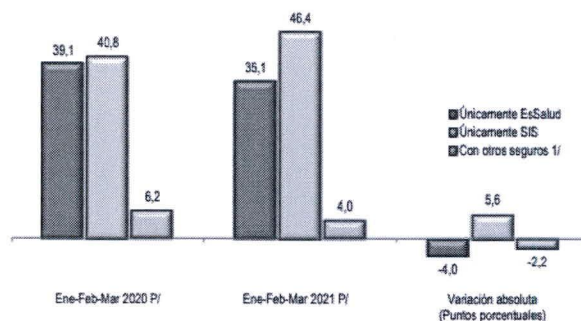
6.3 Tipo de seguro de salud

Gráfico N° 11

Perú: Población adulta mayor por tipo de seguro de salud

Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2020 - 2021

(Porcentaje)



Según tipo de seguro de salud, el 35,1% de los/as adultos/as mayores acceden solo a EsSalud y el 46,4% solo al Seguro Integral de Salud (SIS). Comparado con similar trimestre del año anterior, la proporción de asegurados/as al SIS aumentó en 5,6 puntos porcentuales; mientras que los/as adultos/as mayores que se atienden en EsSalud disminuyeron en 4,0 puntos porcentuales.

1/ Comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado, Entidad Prestadora de Salud y otro Sistema de Prestación de Salud.

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Entre los asegurados de EsSalud (2019), los adultos mayores vienen a ser la tercera población más numerosa, después de los jóvenes y los adultos.

De esta población de población afiliada a EsSalud el 77,9% padece de problemas de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, colesterol, etc.)

Debido a estas condiciones de salud el riesgo al que está expuesto un adulto mayor a la denominada sindemia, situación que acontece cuando, a causa de padecimientos crónicos sin atención, la persona llega a la situación indeseable de ser un dependiente y por consiguiente constituirse en verdadera carga familiar.

Las enfermedades transmisibles ya sean endémicas, epidémicas o pandémicas, como la que hemos vivido con el COVID 19, tienen una importante letalidad cuando encuentra a la población adulta mayor vulnerable, especialmente cuando padecen de enfermedad crónica pre existente ya sea no detectada o no controlada. No estamos libres de

futuras pandemias o brotes epidémicos causados por virus zoonóticos (emergencia de virus producto de la depredación forestal).

La persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención. Corresponde al sector salud promover servicios diferenciados para la persona adulta mayor en los establecimientos de salud para su atención integral, considerando sus necesidades específicas. El Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales deben realizar, en forma coordinada, intervenciones dirigidas a prevenir, promover, atender y rehabilitar la salud de la persona adulta mayor. El Ministerio de Salud y EsSalud son los encargados de promover y organizar servicios diferenciados para la población adulta mayor que permita el acceso a servicios resolutivos propios de primer nivel de atención

EsSalud a través de la Resolución de Gerencia General 487-GG-EsSalud-2014 del 09 de mayo del 2014 que aprueba la Directiva 05-GG-EsSalud -2014 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)" expresa que, el primer nivel de atención en EsSalud, trabaja con una cobertura obligatoria reflejada en este documento.

En su Artículo 7.4 Atención De Complejidad Creciente de la Directiva N° 05 GG-ESSALUD-2014 Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (EsSalud) dice: "Los recursos humanos, exámenes de laboratorio y procedimientos de baja y mediana complejidad que son de referencia para su implementación progresiva, tendrán en cuenta criterios de demanda poblacional, accesibilidad, y oportunidad de la atención a través de una gestión en Redes Integradas De Servicios De Salud.

OFERTA DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ESSALUD Y OTROS SUBSECTORES DEL SISTEMA DE SALUD

El siguiente reporte muestra la oferta total que al 2021, EsSalud cuenta para atender a los mas de 10 millones de asegurados.

TERCER NIVEL			SEGUNDO NIVEL						PRIMER NIVEL DE ATENCION										
Total	HN	IE	HI	HII	HIH	HIH APP	HIV	PM	CM	POL	POL APP	POL PRIV	CAP III PRIV	CAPI	CAPII	CAP III			
404	8	3	84	45	26	9	2	2	309	110	41	23	2	14	1	38	48	32	

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento-EsSalud

Reporte del "Monitoreo y Evaluación del Proceso de Categorización de IPRESS en ESSALUD" 24/05/2019, Sub Gerencia de Normas de Servicios de Salud – GCPS.

Como se aprecia en el reporte, el 76% de la oferta de EsSalud lo constituye el primer nivel de atención en donde los servicios de atención primaria se deberían de brindar con poder resolutivo, pero solo lo aplican a plenitud los servicios privados contratados por obligación contractual (Policlínicos y CAP III privados).

El reporte indica que, de los 309 establecimientos del primer nivel de atención ofertada, 294 son propios y 15 son privados con contratos renovables a 2 y 3 años. De los 294 establecimientos propios, 17 no tienen población adscrita (poder resolutivo nulo).

ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL SIN POBLACION ADSCRITA					
RED	CATEGORIA	NOMBRE	ADSCRITOS	PROVINCIA	DISTRITO
ALMENARA	C.M.	ANQUE	SOLO DOCENTES	LIMA	LIMA
ALMENARA	P.M.	CONSTRUCCIÓN CIVIL	SOLO TRABAJADORES DE LA CONSTRUCCION CIVIL	LIMA	LA VICTORIA
REBA GLIATI	C.M.	CAD DIABETES E HIPERTENSION (CEDH)	SOLO CASOS	LIMA	JESUS MARIA
REBA GLIATI	POL.	CENTRAL DE PREVENCIÓN LARCO	PREVENTIVOS	LIMA	MIRA FLORES
REBA GLIATI	C.M.	CASAPALCA	TRABAJADORES DE MINA	LIMA	HUACHO
REBA GLIATI	P.M.	LA QUEBRADA		CAÑETE	SAN LUIS
REBA GLIATI	P.M.	SAN ISIDRO		CAÑETE	IMPERIAL
SABOGAL	P.M.	HUMAYA		HUALURA	HUACHO
SABOGAL	P.M.	RAURA		HUALURA	HUACHO
AREQUIPA	P.M.	CONO NORTE		AREQUIPA	CERRO COLORADO
CUSCO	C.A.P.I	ECHARATE		LA CONVENCIÓN	ECHARATE
CUSCO	C.A.P.II	HUYRO		LA CONVENCIÓN	SANTA ANA
HUANUCO	P.M.	SANTA LUCÍA		TOCACHA	UCHIZA
JUNIN	P.M.	COBRIZA		CHURCAMP	SAN PEDRO DE CORIS
JUNIN	P.M.	SAN CRISTÓBAL		YAULI	YAULI
LA LIBERTAD	P.M.	LIMONCARRO		PACASMAYO	GUADALUPE
LA LIBERTAD	P.M.	SAUSAL		ASCOPE	CHICAMA
LA LIBERTAD	P.M.	SANTIAGO DE CAO		ASCOPE	SANTIAGO DE CAO
PUNO	C.A.P.I	LARA QUERI		PUNO	PICHACANI
TACNA	P.M.	LOCUMBA		JORGE BASADRE	LOCUMBA

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento-EsSalud

Reporte del "Monitoreo y Evaluación del Proceso de Categorización de IPRESS en ESSALUD" 24/05/2019, Sub Gerencia de Normas de Servicios de Salud – GCPS.

De los 277 establecimientos propios restantes, 5 son de carácter exclusivo para cierto tipo de usuarios (trabajadores de la construcción civil, docentes, de la actividad minera, preventivos, solo para diabéticos e hipertensos).

La oferta para el acceso general de la población asegurada a nivel nacional se reduce a 272 centros como puerta de entrada para 10 millones de asegurados sin contar que conforme se formalicen las empresas privadas, más personas pasarán a formar parte de la planilla y por consiguiente cada año la tasa de crecimiento de asegurados titulares y derecho habientes aumentará como lo ha venido haciendo a una tasa de 1.5% anual.

Para hacer una comparación, el siguiente cuadro presenta la oferta de establecimientos del primer nivel de atención por Institución y Categoría de nuestro sistema de salud.

CUADRO DE OFERTA DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION POR INSTITUCIONES						
INSTITUCION/CATEGORIA	PRIMER NIVEL					TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	S/C	
MINSA*	5	158	173	32	5	399
GOBIERNO REGIONAL	4,353	1,883	1,039	279	61	7,766
ESSALUD		148	89	55		292
SANIDAD EJERCITO	24	58	9	8	11	113
SANIDAD FUERZA AEREA	5	11	5	3	2	28
SANIDAD MARINA	13	20	4	2	21	61
SANIDAD PNP	5	30	27	4	15	84
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL		1	35		10	47
MUNICIPALIDAD DISTRITAL		2	11	13	11	37
INPE	11	23	8		7	49
PRIVADOS	3,317	2,182	1,480	79	5,599	12,936
OTROS	18	29	37	3	14	105
Análisis de situación del Perú en salud 2018						
* Establecimientos estratégicos						
S/C sin categorizar						

Fuente: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS (2018).

La oferta de EsSalud (1.7%) está dramáticamente muy lejos que la oferta de importantes subsectores como el MINSA/GORES y la Actividad Privada.

DIFERENCIA EN EL ACCESO DE LOS ASEGURADOS DE ESALUD A LOS HOSPITALES Y A LOS CENTROS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La falta de poder resolutivo de primer nivel de atención por parte de EsSalud, ha resultado en la creación de un mecanismo compensatorio con la participación de sus propios hospitales, a la fecha muchas redes que han sub valorado la importancia de un primer nivel de atención resolutivo, ha adscrito a los asegurados directamente a los hospitales.

POBLACION ADSCRITA POR NIVELES					
	RED	HOSPITAL	PNA	TOTAL	%
1	MADRE DE DIOS	33,717	4,539	38,256	88
2	MOYOBAMBA	45,057	9,330	54,387	83
3	MOQUEGUA	80,268	20,624	100,892	80
4	TARAPOTO	89,866	25,089	114,955	78
5	TUMBES	54,897	15,671	70,568	78
6	APURIMAC	68,069	21,294	89,363	76
7	AMAZONAS	53,107	20,985	74,092	72
8	CAJAMARCA	123,811	66,508	190,319	65
9	ICA	285,931	190,480	476,411	60
10	HUARAZ	70,026	51,738	121,764	58
11	UCAYALI	79,660	63,827	143,487	56
12	ALMENARA	856,549	739,702	1,596,251	54
13	HUANUCO	90,301	85,047	175,348	51
14	PASCO	48,565	45,842	94,407	51
15	HUANCAVELICA	40,909	40,674	81,583	50

De las 29 Redes asistenciales que conforma la oferta de EsSalud, 15 Redes tienen mas población adscrita a los hospitales que a los centros del primer nivel de atención. Hasta un 88% de asegurados se atienden directamente directamente en un hospital

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento-EsSalud

La organización del trabajo en hospitales impide de manera importante el acceso de los asegurados a la consulta externa y así lo exponemos en el siguiente cuadro

DISTRIBUCION DE TURNOS Y HORARIOS POR ACTIVIDADES EN HOSPITALES						
	TOTAL	CONSULTA EXTERNA	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS	CENTRO QUIRURGICO	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
TURNOS	25	4	3	3	5	5
		6	6	6	6	12
HORAS	150	24	18	18	30	60

Las actividades de un médico en los hospitales, lo realizan en 150 horas mensuales o también 25 turnos de 6 horas. Estas 150 horas las invierten en actividades propias de un hospital: 1) turnos de emergencia de 12 horas 2) Visita a pacientes hospitalizados 3) participación en las intervenciones quirúrgicas 4) Procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento de especialidad a pacientes hospitalizados o ambulatorios controlados 5) consultas externas a pacientes post hospitalizados o de control de casos complejos. El número de turnos ofertados para la consulta externa por médico de hospital, varía entre 4 y 8 turnos al mes y se aceptan solo 20 pacientes por turno, lo que significa que al mes solo tienen acceso a la consulta entre 80 y 120 pacientes por médico. Los asegurados adscritos a un hospital, no tienen prioridad de atención, frente a los usuarios continuadores con enfermedades complejas.

Sin embargo, la organización del trabajo en el primer nivel de atención, facilita de manera importante el acceso de los asegurados a la consulta externa y a los procedimientos que se les indica.

DISTRIBUCION DE TURNOS Y HORARIOS POR ACTIVIDADES EN PUESTOS/ CENTROS Y POLICLINICOS			
	TOTAL	CONSULTA EXTERNA	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS
TURNOS	25	20	5
		6	6
HORAS	150	120	30

Las mismas 150 horas que trabaja un médico de hospital, un médico del primer nivel de atención las invierte en dos actividades principales 1) Los procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento 2) Las consultas externas a pacientes nuevos o procedentes de las contra referencias. El número de turnos ofertados para la consulta externa por médico de primer nivel de atención, varía entre 20 y 25 turnos al mes. Si se aceptan 20 pacientes por turno, significa que al mes tienen acceso a la consulta entre 400 a 500 pacientes por médico. Una diferencia sustancial frente al acceso de hospitales.

Como se observa, los hospitales no son el mejor lugar para ofertar consultas externas para casos nuevos. Los asegurados que están adscritos directamente a hospitales que suman 4 millones tienen un problema grave de acceso.

DEMANDA DE MILLONES DE ASEGURADOS CONFORMADA POR CESANTES Y JUBILADOS

La pandemia COVID 19 entre los años 2020 y 2021, reveló el estado de vulnerabilidad en que se encuentra la población de adultos mayores. A la fecha han fallecido un poco más de 200,000 personas, cuyo porcentaje de adultos mayores ha sido del 65,3 % del total. La letalidad en adultos mayores es casi 7 veces a la del resto de personas.

Producto de este hecho, asociaciones constituidas formalmente de asegurados, han demandado a las sucesivas gestiones de EsSalud, que se construya o implemente establecimientos propios o en aras a la política de estado de las Redes Integradas de Salud, la actividad privada tenga mayor participación en la atención sobre todo en el primer nivel de atención. Para esto último, han propuesto formular contratos/ convenios con policlínicos privados, planteando de manera especial, su mecanismo de pago (capitado), rendimiento y resultados sanitarios para brindar paquetes de atención primaria y atenciones de complejidad creciente, evaluando operativa y administrativamente, sus cláusulas, las normas técnicas o administrativas que la sostienen, buscando su claridad, simplicidad y sobre todo su costo beneficio.

II.- MARCO NORMATIVO:

El artículo 9° de la Constitución Política del Perú establece que el estado determina la política nacional de salud. El poder Ejecutivo norma y supervisa la su aplicación, asimismo en el Artículo 10° El estado reconoce el derecho universal y progresivo a toda persona a la seguridad social, para la protección frente a las contingencias que precise la Ley y para la elevación de su calidad de vida Artículo 11° El estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y a las pensiones, a través de las entidades publica, privadas y mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento. Decreto Supremo 164-2021-PCM que aprueba la Política General de Gobierno para el periodo 2021-2026, Artículo 4.- Lineamientos prioritarios de la Política General de Gobierno para el periodo 2021-2026: Implementar prestaciones de salud en Redes Integradas de Salud con capacidad resolutive óptima, en el marco de la atención primaria de salud integral con especial énfasis en el primer nivel de atención. Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificada por Ley N° 29889, instituciones tutelares, responsables de garantizar una adecuada cobertura de prestaciones de salud. Ley N° 30885, que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), cuyo objeto es establecer el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional. Ley 30490 o Ley de la persona Adulto Mayor – Título III: Atención de la persona adulta mayor – Capítulo I: lineamientos para la atención de la persona adulta mayor - Artículo 19: Atención en salud.

III.- EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL:

El presente Proyecto de ley busca complementar la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificada por Ley N° 29889, instituciones tutelares, responsables de garantizar una adecuada cobertura de prestaciones de salud. Ley N° 30885, que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), cuyo objeto es establecer el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional, Ley N° 30490 o Ley de la persona Adulto Mayor, además de permitir atender de manera eficaz las enormes brechas de recursos humanos en todo el sector salud en salvaguarda de los derechos y sobre todo las condiciones de los pacientes de la tercera edad en todo el sistema de salud.

III.- ANALISIS COSTO – BENEFICIO

El presente proyecto de Ley, no genera gastos adicionales al tesoro público, dado que la naturaleza y finalidad de la iniciativa legislativa es reivindicativa no irroga ningún costo directo al Estado, por el contrario, se prioriza el principio el acceso al servicio de salud eficiente y oportuno en el primer nivel de atención al grupo etario adulto mayor.

IV. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente propuesta que mejora el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención al grupo etario adulto mayor, se vincula con la siguiente Política de Estado: 13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social y 11. Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación

Lima, 13 de abril de 2022

OFICIO N° 623 -2021-2022/JSCJ-CR

Señor.

HUGO ROVIRA ZAGAL

OFICIAL MAYOR DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Presente. -

Asunto: Solicito tramitar, el proyecto de Ley que Mejora el Acceso a los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención al Grupo Etario Adulto Mayor"

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y por medio de la presente solicitarle tenga a bien en continuar con el trámite ante Oficialía Mayor de la iniciativa del proyecto de Ley "QUE MEJORA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AL GRUPO ETARIO ADULTO MAYOR", quién cuenta con todo el procedimiento de trámite hecho por la bancada.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
COAYLA JUAREZ Jorge
Samuel FAU 20101749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 19/04/2022 10:42:01-0500