



Luis Raúl Picón Quedo
Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



SUMILLA: LEY QUE FORTALECE Y REORDENA EL SERVICIO DE SALUD CREANDO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

PROYECTO DE LEY

El congresista que suscribe **LUIS RAÚL PICÓN QUEDO**, miembro del Grupo Parlamentario Podemos Perú, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa previsto por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y según lo regulado por los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta a consideración del Congreso de la República el siguiente proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE FORTALECE Y REORDENA EL SERVICIO DE SALUD CREANDO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

Artículo 1. Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto el fortalecimiento y reordenamiento del servicio de salud creando establecimientos de salud del segundo nivel de atención de atención de salud pública del territorio nacional.

Artículo 2. Finalidad de la ley

La finalidad de la presente ley es optimizar la calidad, equidad, eficiencia, cobertura y efectividad del servicio de salud pública del segundo nivel de atención, así como disponer la creación establecimientos de salud de segundo nivel de atención sean únicamente de categoría II-1 o II-2, en cada capital de provincia del Perú.



Artículo 3. Alcances

Dentro de los alcances de la presente ley comprende el equipamiento, modernización, mejoramiento, implementación, mantenimiento y dotación de los recursos humanos para el fortalecimiento en la calidad de servicio de salud de todos los establecimientos de salud pública con categoría de segundo nivel de atención sean únicamente de categoría II-1 o II-2, en cada capital de provincia del Perú.

Artículo 4. Instituciones involucradas

El Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y coordinación con Essalud, con cargo a sus presupuestos institucionales, planifican acciones con la finalidad de fortalecer y reordenar el segundo nivel de atención para dar viabilidad y ejecutar la creación, equipamiento, modernización, mejoramiento, implementación, mantenimiento y dotación de los recursos humanos que permita potenciar el segundo nivel de atención hospitalaria.

Artículo 5. Ministerio de Salud y Essalud

El MINSA y Essalud son los responsables de realizar las acciones dentro de sus alcances y competencias pertinentes para dictar directivas normativas para la creación, fortalecer y reordenar el segundo nivel de atención de segundo nivel de atención sean únicamente de categoría II-1 o II-2, en cada capital de provincia del Perú, de calidad en tiempo oportuno a fin de prestar un servicio eficiente y proteja la salud de los pacientes en todo el territorio nacional.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. Reglamentación

El Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y en coordinación con Essalud, aprueba el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de sesenta días calendario contados a partir de su entrada en vigor.

SEGUNDA. Implementación



Luis Raúl Picón Quedo Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

El MINSA establece el plan de implementación de la presente ley en un plazo no mayor de ciento veinte días calendario contados a partir de la publicación de su reglamento.



Firmado digitalmente por:
PICON QUEDO Luis Raul FAU
20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 24/02/2025 11:50:46-0500



Firmado digitalmente por:
LUNA GALVEZ Jose Leon FAU
20181740128 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 24/02/2025 13:23:40-0500



Firmado digitalmente por:
LUNA GALVEZ Jose Leon FAU
20181740128 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 24/02/2025 13:24:31-0500



Firmado digitalmente por:
BURGOS OLIVEROS Juan
Bartolome FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 24/02/2025 15:09:39-0500



Firmado digitalmente por:
ESPINOZA VARGAS Jhaec
Darwin FAU 20181740126 soft
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 24/02/2025 16:08:55-0500



Firmado digitalmente por:
TELLO MONTES Nivardo
Edgar FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 25/02/2025 00:36:37-0500



Firmado digitalmente por:
JUAREZ CALLE Heidi
Lisbeth FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 25/02/2025 00:52:15-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **26** de **febrero** de **2025**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 10326/2024-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

- 1. PRESUPUESTO Y CUENTA GENERAL DE LA REPÚBLICA; Y**
- 2. SALUD Y POBLACIÓN.**



.....
JAIME ABENSUR PINASCO
Director General Parlamentario
Oficial Mayor (e)
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud en nuestro país es un tema complejo que ha venido presentando desafíos bastante significativos en los últimos años. Según la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, así que, el estado peruano tiene la obligación de luchar para mejorar la calidad de vida de nuestra población a través de una buena atención integral, oportuna y equitativa.

Aunque se han logrado avances significativos en la ampliación de la cobertura y la protección poblacional, aún existen graves inequidades para el acceso y resultados de salud especialmente para la población mas vulnerable de nuestro país siendo la afectada.

Uno de los desafíos más importantes es la accesibilidad a los servicios de salud de calidad, especialmente en zonas pobres y rurales. En cuanto a las enfermedades no transmisibles, Perú enfrenta desafíos significativos en la prevención, control del cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, la prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 15 años o más fue de 6,6% en 2023, mientras que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 68,1% en 2022.

La salud en el Perú requiere una atención integral y equitativa para abordar los desafíos significativos en la reducción de mortalidad infantil y materna existente, el acceso a servicios de salud de calidad, prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Para mejorar la calidad de atención en el sector salud en Perú, se requiere un enfoque integral que incluya:

- **Liderazgo en la gestión:** Los directivos de los sistemas sanitarios deben regirse por la búsqueda de la calidad para promover el compromiso y liderazgo de los responsables de la gestión de los servicios.



- **Investigación y evaluación:** Es fundamental realizar investigaciones y evaluaciones para identificar las áreas de mejora y desarrollar estrategias efectivas para abordarlas.
- **Articulación y coordinación:** Es necesario articular y coordinar los diferentes niveles de atención y los servicios de salud para garantizar una atención integral y continua.
- **Participación ciudadana:** La participación ciudadana es fundamental para garantizar que los servicios de salud sean responsivos a las necesidades de la población.

DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ

Se inició con la aprobación de la Ley 27783 "*Ley de descentralización*", también conocida como Ley de Bases de la Descentralización, y la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (Ley 27657). Estas leyes establecieron los marcos normativos para la transferencia de competencias y recursos económicos autónomos desde el gobierno central hacia los gobiernos regionales y locales. Sin embargo, también se buscó considerar otros aspectos para categorizar establecimientos de salud, como lo preceptuado en la ¹Resolución Ministerial N° 076-2014-MINSA que aprueba "la guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud".

La descentralización del sector salud es un proceso que busca transferir la gestión y responsabilidad de los servicios de salud desde el gobierno central hacia los gobiernos regionales y locales. Este proceso tiene como finalidad mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud, así como aumentar la participación ciudadana y la transparencia en la gestión de los recursos.

¹ Resolución Ministerial N° 076-2014-MINSA que aprueba "la guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud". Mapa conceptual de categorías: UPSS y Actividades relacionadas de atención directa y de atención de soporte obligatorias. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200685/197446_RM076_2014_MINSA.pdf20180926-32492-5bgh6c.pdf?v=1594242179

En la actualidad la transferencia total de funciones en materia de salud en las regiones no han mejorado notablemente la situación de salud, no se aprecia una relación positiva entre descentralización y mejora de los servicios de salud, por el contrario, se ha afectado la eficiencia y la calidad en la provisión de los servicios de salud podemos observar franca incompetencia e indiferencia de autoridades regionales y locales de salud para recuperar la infraestructura sanitaria, condición que buscan encubrir a través de enfrentamientos estériles con el nivel central del MINSA. A la fecha, la población sigue atendándose en ambientes provisionales que no reúnen los requisitos mínimos que exige una atención de calidad y respeto a la dignidad humana, pues en muchas ocasiones los pacientes deben esperar para acceder a una cama, mientras que existen establecimientos pertenecientes a la red de salud con camas disponibles, no existen ambientes para la atención de pacientes con problemas de salud mental, ni para enfermos de tuberculosis multidrogo y extremadamente resistentes quienes muchas veces por presiones legales o mediáticas, deben ser hospitalizados en los ambientes provisionales junto a otros pacientes, con el consecuente riesgo de exponerlos al contagio, lo mismo que a los trabajadores. No existe quién oriente y ordene el sector salud en la región.

Entre los objetivos principales de la descentralización de la salud en el Perú se encuentran:

- 1. Mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud,** La descentralización busca mejorar la calidad y facilitar el acceso a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales, pobres y alejadas.
- 2. Aumentar la participación ciudadana,** La descentralización busca positivamente fomentar la participación ciudadana (pacientes) en la gestión de los servicios de salud, a través de la creación de consejos de salud, calificando la gestión y otros mecanismos de participación.

- 3. Reducir las desigualdades en salud:** La descentralización busca cortar las brechas reduciendo las desigualdades en el sector salud entre diferentes regiones y poblaciones.
- 4. Mejorar la eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos:** La descentralización busca mejorar la eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos, a través de la transferencia de competencias y recursos hacia los gobiernos regionales y locales.

Sin embargo, la descentralización de la salud en Perú enfrenta serias deficiencias, como:

- 1. Falta de recursos:** La falta de recursos financieros y humanos en los gobiernos regionales y locales puede limitar su capacidad para gestionar los servicios de salud.
- 2. Falta de capacidad institucional:** La falta de capacidad institucional en los gobiernos regionales y locales puede limitar su capacidad para gestionar los servicios de salud de manera efectiva.
- 3. Desigualdades en la distribución de los recursos:** La desigualdad en la distribución de los recursos puede limitar la capacidad de los gobiernos regionales y locales para gestionar los servicios de salud de manera efectiva.

Como consecuencia de la escasa capacidad de gestión, se evidencia carencias en la formulación e implementación de políticas regionales en los diferentes campos del quehacer sanitario, sin duda el que reviste mayor gravedad es los recursos humanos, sobre todo ad portas de la puesta en funcionamiento de tres nuevos hospitales de la región: Hospital de Pisco, los hospitales Santa María del Socorro y Regional en Ica, éste último de alta complejidad. El nuevo Hospital Regional que contará con equipamiento médico para el nivel mencionado carece de especialistas en neurocirugía, endocrinología, radiología, psiquiatría, gastroenterología, cardiología, geriatría, infectología, etc. Sin embargo, Ica cuenta

con una Facultad de Medicina que forma especialistas y que no es convocada para generar políticas y acciones coordinadas tendientes a la formación progresiva de los recursos humanos faltantes. Las redes de salud de Región, particularmente de la provincia de Ica, acostumbrada a trabajar bajo el mandato directo del MINSA - normas, directivas y supervisión - no ha mostrado tener la capacidad para responder al desafío de la autonomía en las decisiones que levanta la descentralización. Se sigue en espera que el paternalismo centralista acuda a salvar las insuficiencias, de allí el avance de la tuberculosis y VIH SIDA en la región.²

LA SALUD GEOGRÁFICAMENTE EN EL PERÚ

El Perú cuenta con 1 874 distritos y 196 provincias distribuidos geográficamente dentro de los 25 departamentos incluido la Provincia Constitucional del Callao, muchos de los cuales cuentan con establecimientos de salud nivel I-3 o I-4, esta diversidad de establecimientos con categorías no compatibles con la necesidad de la población hace que las capitales de departamento y los hospitales nacionales colapsen en su capacidad de atención.

Esto trae a colación, otra problemática de gran magnitud que los hospitales en general tengan un mínimo criterio de prioridad al momento de hacer la distribución de los ambientes debiendo ser: Consulta externa, emergencia, hospitalización, Servicios de Apoyo al Diagnóstico, estos mismos con: Laboratorio, Rayos X, Tomografía axial computarizada y resonancia. Esto para facilitar la atención y permitir una ubicación pronta de los servicios por el usuario.

Esta realidad, y lo que nos vuelve al problema, hace que establecimientos de salud alejados, al no contar con: por ejemplo, cirugía o gineco obstétrico, los pacientes tengan que ser referidas a hospitales que están demasiados alejados de la provincia. Y esto causa riesgos por la gravedad misma de su atención. Por el tiempo que toma el traslado.

² Descentralización en salud, cuadernos de debates en salud (marzo 2012) - Colegio Médico del Perú.

Por su parte la Defensoría del Pueblo inició una supervisión a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, y verificó el alto grado de deterioro de sus instalaciones, por la falta de mantenimiento y por la antigüedad de su infraestructura. Situación que pone en peligro la integridad de las personas y la calidad de los servicios de salud que brindan.

También se comprobó la falta de personal médico especializado. En la mayoría de los centros de salud se requiere ginecólogos, pediatras, pese a su categoría y en razón de su demanda; así como de insumos en el servicio de radiografía para el apoyo en el diagnóstico.

En lo que va de las visitas efectuadas a los centros médicos de los distritos de Magdalena del Mar, Lince, Jesús María, Breña, La Victoria, Chorrillos, Rimac y Cercado de Lima, se pudo comprobar la presencia de paredes en mal estado, la falta de accesibilidad en las puertas de ingreso y al interior de los centros, así como mobiliario en pésimo estado y equipos médicos sin mantenimiento u obsoletos, que requieren ser reemplazados.

Durante su presencia en el Centro de Salud "Juan Pérez Carranza", ubicado en el Cercado de Lima, Alberto Huerta, jefe de la oficina de Lima de la Defensoría del Pueblo, expresó su preocupación al comprobar que a dichas instalaciones llegan, diariamente, en promedio 200 personas, la mayoría afectada por tuberculosis, y se observó a solo dos médicos y seis enfermeras atendiendo a los numerosos pacientes.

También resulta preocupante la ausencia de algunos insumos de laboratorio como, por ejemplo, reactivos para diagnosticar TBC. Asimismo, los establecimientos de salud presentan limitaciones presupuestales que se agravan por las trabas burocráticas para la adquisición de material de limpieza, tanto para el local, que incluye los servicios higiénicos de uso del público, como para el aseo del personal, siendo esta una problemática de gravitante para el actual período de pandemia.



Huerta hizo una convocatoria a las autoridades del Ministerio de Salud (Minsa) – a través de sus Direcciones de Redes Integradas de Salud – con la finalidad de atender las necesidades que registran los centros de salud para que las personas usuarias no se vean obligadas a trasladarse a los hospitales en búsqueda, en muchos casos, de atención oportuna a su malestar cuando debieran ser atendidos en el primer nivel más cercano a sus domicilios.

De acuerdo con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) aprobada en el 2020, del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención, el 77,78% presenta capacidad instalada inadecuada expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente.

En Lima, existen 838 establecimientos del primer nivel de atención y 641 de ellos, es decir, el 76 %, presenta capacidad instalada inadecuada, de acuerdo con la referida política.

La Defensoría del Pueblo recuerda que los centros de salud de primer nivel son los llamados a efectuar, principalmente, actividades de promoción y prevención de salud, realizando un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad.³

Es por eso, teniendo estos parámetros que nos sirven para realizar una medición de las necesidades de la población en materia de salud. Podemos advertir que muchas provincias de todo el País no cuentan con ⁴establecimientos de categoría - Nivel II-1 o nivel II-2. Y urge que estas sean priorizadas y recategorizadas. Para

³ <https://www.defensoria.gob.pe/centros-de-salud-de-lima-registran-graves-problemas-de-infraestructura-y-falta-de-personal-medico/>

⁴ A pesar de los esfuerzos aún Persiste una inadecuada organización en la oferta de servicios. "Categorías de establecimientos del sector Salud". NT 1 021-MINSA/DGSP V. Norma técnica. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección General de Servicios de las Personas. https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf



que ninguna capital de provincia deje de contar con establecimientos con las mismas competencias para poder servir a la población.

Según el MINSA establece lineamientos para la distribución regional de las intervenciones revisara anualmente los criterios de priorización en la gestión de recursos para inversión, operación y mantenimiento, para apoyar a los Gobiernos Regionales y a las Direcciones Integradas de Salud de Lima Metropolitana para la mejora de los establecimientos de salud bajo su jurisdicción, atendiendo al alcance de los presentes lineamientos.

Para tal propósito se aplicara tres instrumentos: i) los indicadores de brecha de infraestructura y equipamiento de los establecimiento de salud utilizados en el marco de la programación multianual de la inversión (condiciones de la oferta sanitaria); ii) el índice de vulnerabilidad en materia sanitaria estimado por el Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de Enfermedades del MINSA, en base a los indicadores que se muestran en la Tabla N° 1 (situación de salud y factores condicionantes) y ; iii) el volumen de población que se atiende usualmente en la red publica de servicios de salud (en los establecimientos de salud a cargo del Ministerio de salud de los gobiernos regionales a nivel nacional).

Tabla N° 1.
Indicadores y puntajes aplicados en el análisis de vulnerabilidad territorial

Indicadores	Puntaje			
	1	2	3	4
Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años (2021)	Menor de 3,2%	De 3,2% a 4,7%	De 4,8% a 6,8%	Mayor o igual a 6,9%
Prevalencias de anemia en menores de 36 meses (2021)	Menor de 35,4%	De 35,4% a 40,2%	De 40,3% a 51,4%	Mayor o igual a 51,5%
Tasa de muertes maternas por 100 000 mujeres en edad fértil (2017-2021)	Menor de 3,9	De 3,9 a 5,8	De 5,9 a 7,9	De 8,0 a más
% de partos institucionales (2021)	De 97,6% a más	De 95,5% a 97,5%	De 90,9% a 95,4%	Menor de 90,8%
Cobertura de vacunación en menores de 12 meses (2021)	De 75,2 a más	De 72,0% a 75,1%	De 67,7% a 71,9%	Menor de 67,7%
% de personas de 15 a más años con obesidad (2021)	Menor de 17,5%	De 17,5% a 21,5%	De 21,6% a 30,4%	De 30,5% a más
Razón de años de vida potencialmente perdidos (RAVPP) por 1000 habitantes (2021)	Menor de 108,0	De 108,8 a 115,3	De 115,4 a 125,4	De 125,9 a más
Tasa de defunciones por 100 000 habitantes (2021)	Menor de 722,5	De 722,5 a 799,6	De 799,7 a 888,7	Mayor o igual a 888,8
Tasa de personas muertas, desaparecidas y afectadas por desastres por 10.000 habitantes (2021)	Menor de 45,2	De 45,2 a 102,8	De 102,9 a 304,6	De 304,7 a más
Densidad de médicos por 10 000 habitantes (2021)	Mayor o igual de 16,2	De 13,1 a 18,1	De 10,8 a 13,0	Menor de 10,8
Densidad de recursos humanos en salud por 10 000 habitantes (2021)	Mayor o igual de 51,1	De 41,4 a 51,0	De 36,6 a 41,3	Menor de 36,6
Razón de IPRESS públicas por 10.000 habitantes (2021)	Mayor o igual de 5,9	De 4,2 a 5,8	De 2,2 a 4,1	Menor de 2,2
% de población con cobertura por un seguro de salud (2021)	Mayor o igual 89,3%	De 85,7% a 89,2%	De 77,4% a 85,6%	Menor de 77,4%
% de viviendas con red pública de agua	De 95,1% a más	De 91,8% a 95,0%	De 86,1% a 96,7%	Menor de 86,1%
% de viviendas con alcantarillado y disposición de excretas (2021)	De 80,8% a más	De 70,4% a 80,7%	De 59,1% a 70,3%	Menor de 59%
% de mujeres alguna vez unidas que sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero a lo largo de su vida (2021))	Menor de 51,7%	De 51,7% a 55,4%	De 55,5% a 59,4%	De 59,5% a más
% de población con pobreza monetaria (2021)	Menor de 18,3%	De 18,3% a 25,2%	De 25,3% a 35,0%	De 35,1% a más
Promedio de años de estudio aprobados (2021)	De 10,6 a más	De 9,3 a 10,5	De 8,9 a 9,2	Menor de 8,9
PEA ocupada por cada 1000 personas (2020)	De 654,6 a más	De 439,6 a 654,5	De 248,2 a 439,5	Menor de 248,2

Fuente y elaboración: Unidad de Análisis de Situación de Salud del CDC - MINSA.

A la condición de vulnerabilidad territorial en materia sanitaria que define en base a los indicadores de la tabla 1, los niveles de vulnerable, no vulnerable, poco vulnerable y no vulnerable, cabe agregar los indicadores referidos a las condiciones en la cual se encuentran la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer nivel de atención (ESI) y el volumen de población que se atiende en los establecimientos públicos de salud (MINSA y gobiernos regionales). Con dichos indicadores, se ha efectuado una distribución

de un número significativo de establecimientos de salud en los que inicialmente se aplicarían los presentes lineamientos, según se muestra en la Tabla 2.⁵

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE INTERVENCIONES EN ESTABLECIMIENTOS
CATEGORÍAS I-2 Y I – 3, SEGÚN CONDICIONES DE LA OFERTA,
VULNERABILIDAD SANITARIA Y VOLUMEN POBLACIONAL

ÁMBITO REGIONAL	ES 2023 (I-2, I-3)	% ESI (Condic. Inadec.)	Nivel de Vulnerabilidad Sanitaria	Población que se atiende en Red Pública	ESI por Región en PLAN MIL
AMAZONAS	115	96.3%	Vulnerable	343,720	30
ANCASH	138	94.8%	No vulnerable	730,593	39
APURIMAC	150	92.2%	Poco vulnerable	298,383	33
AREQUIPA	213	95.2%	No vulnerable	749,503	40
AYACUCHO	126	80.4%	Poco vulnerable	503,398	37
CAJAMARCA	259	96.1%	Poco vulnerable	1,031,595	73
CALLAO	55	95.2%	No vulnerable	289,645	13
CUSCO	166	91.2%	Poco vulnerable	857,754	42
HUANCAVELICA	120	90.2%	Muy vulnerable	214,995	32
HUANUCO	172	94.4%	Muy vulnerable	557,315	56
ICA	125	98.8%	Poco vulnerable	413,704	31
JUNIN	219	96.8%	Vulnerable	848,234	61
LA LIBERTAD	232	90.1%	Vulnerable	1,029,376	64
LAMBAYEQUE	131	98.0%	No vulnerable	584,271	35
LIMA Metropolitana	454	97.9%	No vulnerable	2,352,977	111
LIMA Provincias	129	97.0%	Poco vulnerable	545,012	32
LORETO	110	95.6%	Muy vulnerable	673,808	32
MADRE DE DIOS	30	100.0%	Muy vulnerable	138,021	10
MOQUEGUA	41	95.7%	No vulnerable	72,779	7
PASCO	74	95.9%	Muy vulnerable	153,299	20
PIURA	211	94.2%	Vulnerable	1,122,468	63
PUNO	206	93.4%	Muy vulnerable	966,572	73
SAN MARTIN	77	96.2%	Vulnerable	691,440	23
TACNA	59	95.9%	No vulnerable	185,646	13
TUMBES	27	89.3%	Vulnerable	152,660	8
UCAYALI	64	97.3%	Muy vulnerable	428,818	22
PERÚ	3703	94.5%		15,423,721	1000

Fuente: MINSA. Programación Multianual 2021-2023; RENIPRES, CDC-MINSA.
Elaboración: MINSA. OGPP-OPMI

⁵ Documento técnico: "lineamientos para la mejora de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención (Plan Mil)-MINSA

A. Número de Establecimientos de Salud priorizados con información del Banco de Proyectos (Proyectos de Inversión e IOARR)

PLAN MIL. Distribución regional de establecimientos priorizados según categorías

REGIÓN/DIRIS	I-2	I-3	I-4	Total general
Amazonas	5	24	1	30
Áncash	24	15		39
Apurímac	19	12	2	33
Arequipa	27	13		40
Ayacucho	16	21		37
Cajamarca	38	34	1	73
Callao	10	3		13
Cusco	26	15	1	42
Huancavelica	17	15		32
Huánuco	32	24		56
Ica	24	7		31
Junín	31	30		61
La Libertad	50	14		64
Lambayeque	22	13		35
Lima	17	15		32
Lima Centro		22	2	24
Lima Este	5	16	1	22
Lima Norte	6	27		33
Lima Sur	14	18		32
Loreto	3	29		32
Madre de Dios	9	1		10
Moquegua	2	5		7
Pasco	12	8		20
Piura	32	31		63
Puno	29	37	7	73
San Martín	3	14	6	23
Tacna	11	2		13
Tumbes	3	5		8
Ucayali	16	6		22
Total general	503	476	21	1000

Fuente: MINSA. OGPPM. OPMI. CRIIS Regionales y de DIRIS 2023
Elaboración: MINSA. OGPP-OPMI

MEDIDAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD

- a) Abastecimiento de medicamentos, cambiar el actual indicador de disponibilidad de medicamentos en la farmacia por el de nivel de servicio: recetas completas entregadas efectivamente / recetas prescritas.

- b) Promover la receta médica electrónica para mejorar el acceso, uso y trazabilidad de las terapias farmacológicas y el proceso de abastecimiento.
- c) Mejorar la cadena logística a cargo de la entrega de medicamentos para pacientes crónicos mediante el expendio y dispensación en farmacias y boticas privadas.
- d) Implementar un paquete de seguimiento y tratamiento a pacientes adultos mayores y población en riesgo en sus hogares como parte de la estrategia de Redes Integradas de Salud.
- e) Promover la adecuación de los establecimientos I-1 como anexos de los establecimientos de mayor complejidad en las zonas urbanas.
- f) Puesta en marcha de la historia clínica electrónica y de sistemas ERP en los establecimientos de salud, logrando la interoperabilidad de las fuentes de datos disponibles.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Establecimiento de salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

El segundo nivel de atención de salud deberá contar como mínimos con los siguientes recursos humanos:

- **PROFESIONALES DE LA SALUD**

Médico internista, pediatra, gineco-obstetra, cirujano general, anestesiólogo, odontólogo, psicólogo, enfermero, obstetriz, asistente social, nutricionista, químico farmacéutico, tecnólogo médico (en laboratorio, terapia física y radiología).

- **TÉCNICOS Y/O AUXILIARES**



Técnico de laboratorio, técnico de enfermería, auxiliar de enfermería, técnico sanitario, técnico auxiliar de estadística y personal servicios generales.

UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS (UPS)

Las Unidades Productoras de Salud (UPS) en Perú son establecimientos de salud que brindan servicios de atención médica y sanitaria a la población. Estas unidades pueden ser públicas o privadas y se clasifican en diferentes niveles de complejidad según los servicios que ofrecen, según el MINSA la UPS II: Unidades de salud que brindan servicios de atención secundaria, como hospitalización, cirugías, atención de emergencia, entre otros.

Consulta externa. - área funcional dedicada a la atención integral ambulatoria de los usuarios mediante actividades de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud cuenta con médicos de las cuatro especialidades básicas: cirugía, pediatría, gineco – obstetricia, medicina interna y otros.

La Consulta externa se realiza la entrevista, evaluación clínica, prescripción, procedimientos medico quirúrgicos brindándose diariamente con turnos establecidos de acuerdo al volumen y características de la demanda.

Área funcional para la atención inmediata de pacientes en situación de emergencia con equipamiento, mobiliario e infraestructura suficiente para una emergencia cama de observación diferenciada mínimo por sexo con una atención diaria, internamiento y hospitalización durante las 24 horas garantizando disponibilidad.

El segundo nivel de atención en líneas generales ofrece servicios de atención médica y sanitaria de mayor complejidad que el primer nivel, y se enfoca en la atención de pacientes que requieren cuidados especializados y hospitalarios, se presentan algunos de los servicios que ofrece el segundo nivel de atención de salud:

A) SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Hospitalización: Atención médica y cuidados de enfermería para pacientes que requieren estancia hospitalaria.
2. Cirugías: Procedimientos quirúrgicos para tratar enfermedades y lesiones.
3. Atención de emergencia: Atención médica inmediata para pacientes que requieren cuidados urgentes.
4. Medicina especializada: Atención médica especializada en áreas como cardiología, neumología, gastroenterología, entre otras.
5. Diagnóstico por imágenes: Servicios de diagnóstico por imágenes, como radiografías, tomografías computarizadas y resonancia magnética.

B) SERVICIOS DE APOYO

1. Laboratorio clínico: Análisis de muestras biológicas para diagnóstico y seguimiento de enfermedades.
2. Farmacia hospitalaria: Dispensación de medicamentos y productos farmacéuticos para pacientes hospitalizados.
3. Nutrición y dietética: Asesoramiento y planificación de dietas para pacientes con necesidades nutricionales especiales.
4. Rehabilitación: Servicios de rehabilitación física, ocupacional y de habla para pacientes con discapacidades o lesiones.

C) SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

1. Consultas médicas especializadas: Consultas médicas con especialistas en diferentes áreas de la medicina.
2. Procedimientos ambulatorios: Procedimientos médicos y quirúrgicos que no requieren hospitalización.
3. Atención de enfermedades crónicas: Atención y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas.

El segundo nivel de atención de salud ofrece una amplia gama de servicios de atención médica y sanitaria, incluyendo hospitalización, cirugías, atención de emergencia, medicina especializada, diagnóstico por imágenes, laboratorio clínico, farmacia hospitalaria, nutrición y dietética, rehabilitación, consultas médicas especializadas, procedimientos ambulatorios y atención de enfermedades crónicas.

CRISIS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

La crisis en el segundo nivel de atención de salud se refiere a los desafíos y problemas que enfrentan los establecimientos de salud de este nivel, como hospitales y clínicas, para brindar atención médica de calidad a la población.

Entre los problemas que se han reportado se encuentran:

- a. Falta de recursos financieros y humanos:** Muchos establecimientos de salud de segundo nivel enfrentan dificultades para obtener los recursos necesarios para funcionar de manera efectiva.
- b. Infraestructura deficiente:** Algunos establecimientos de salud de segundo nivel tienen infraestructura deficiente, lo que puede afectar la calidad de la atención médica.
- c. Falta de equipamiento y suministros:** La falta de equipamiento y suministros médicos es otro problema común en los establecimientos de salud de segundo nivel.
- d. Dificultades para acceder a servicios especializados:** La población que depende de los establecimientos de salud de segundo nivel puede enfrentar dificultades para acceder a servicios especializados, como cirugías y tratamientos de alta complejidad.

Es importante destacar que estos problemas pueden variar dependiendo de la región y del establecimiento de salud específico. Sin embargo, en general, la crisis en el segundo nivel de atención de salud en Perú requiere una atención urgente para garantizar que la población tenga acceso a servicios de salud de calidad.

El déficit en el segundo nivel de atención en zonas rurales y poblaciones vulnerables pobreza y pobreza extrema en Perú es un problema de gran magnitud, ya que, Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 35,2% de la población de las Américas reporta necesidades insatisfechas de atención de salud, con disparidades más altas en los sectores de menores ingresos (38,5%).⁶

En Perú, este déficit se manifiesta en la falta de acceso a servicios de salud de calidad, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables pobreza y pobreza extrema. La Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Ley N° 23330) busca abordar este problema, estableciendo que el servicio de salud se realizará en establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención, ubicados en zonas rurales y urbano marginales.

Sin embargo, la falta de recursos financieros y humanos, la infraestructura deficiente y la falta de equipamiento y suministros médicos son algunos de los desafíos que enfrentan los establecimientos de salud en estas zonas. Además, la pandemia de COVID-19 ha exacerbado estos problemas, destacando la necesidad de fortalecer la atención primaria de salud y abordar las barreras financieras y no financieras que impiden el acceso a servicios esenciales.

Es importante destacar que la OPS recomienda fortalecer la atención primaria de salud, abordar las barreras financieras y no financieras, mejorar la protección financiera y promover políticas que reduzcan las desigualdades socioeconómicas para abordar el déficit en el segundo nivel de atención en zonas rurales y poblaciones vulnerables

I. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

Esta iniciativa legislativa no contradice la Constitución o la legislación nacional por

⁶ <https://www.paho.org/es/noticias/12-12-2024-ops-subraya-necesidad-priorizar-atencion-primaria-salud-para-avanzar-hacia>



el contrario es totalmente compatible con el proceso de descentralización integral del país.

El contenido de la propuesta se encuentra enmarcado dentro de los alcances constitucionales y no colisiona con alguna otra norma del ordenamiento jurídico peruano, ni con las obligaciones o tratados internacionales.

II. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

El presente Proyecto de Ley no irroga egreso alguno al erario nacional; al realizarse las recategorizaciones de Nivel de los establecimientos de salud pues solo reordena, refuerza y fortalece los ya existentes.

El beneficio es muy importante porque emana de la necesidad de toda una población, y con esta modificación de la ley, se podrá ampliar el número de pobladores – pacientes - usuarios atendidos.

III. BASE NORMATIVA

- Constitución política del Perú.
- Ley 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA. Aprueba el NT 1 021-MINSA/DGSP V. Norma técnica. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección General de Servicios de las Personas.

IV. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

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

• Política de Estado 13: Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

(...)

Política de Estado N° 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente

Con este objetivo el Estado busca incrementar la cobertura, calidad y celeridad de la atención de trámites así como de la provisión y prestación de los servicios públicos, en particular, servicios de salud, para lo que establecerá y evaluará periódicamente los estándares básicos de los servicios que el Estado garantiza a la población; asimismo, aspira a establecer en la administración pública mecanismos de mejora continua en la asignación, ejecución, calidad y control del gasto fiscal; mejorar la capacidad de gestión del Estado mediante la reforma de la administración pública de servicios de salud.⁷

Lima, 21 de febrero de 2025.

⁷ <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/>