



FREDDY DÍAZ MONAGO
Congresista de la República

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

El Grupo Parlamentario **ALIANZA PARA EL PROGRESO** a iniciativa del Congresista **FREDDY RONALD DIAZ MONAGO**, en uso de las facultades conferidas por el artículo 102º numeral 1), y 107º de la Constitución Política del Perú, y en los artículos 22º inciso c), 75º y 76º del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente proyecto de Ley;

LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

FORMULA LEGAL:

Artículo 1º. - Objeto de la Ley

Declarar de necesidad pública e interés nacional el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud, que contribuya a mejorar la calidad, equidad, eficiencia, cobertura y efectividad del servicio universal de la salud pública, como un derecho fundamental del ser humano. Propiciando así la implementación inmediata de los Puestos de Salud y su debida articulación, coordinación e integración con las Redes de Servicios de Salud, Hospitales e Institutos Especializados a fin de mejorar la atención a la población principalmente vulnerable.



Firmado digitalmente por:
JULON IRIGOIN Bva Edht
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 31/05/2022 11:11:58-0500



FREDDY DÍAZ MONAGO
Congresista de la República

Firmado digitalmente por:
DIAZ MONAGO Freddy Ronald
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/05/2022 15:45:11-0500



Firmado digitalmente por:
CHIABRA LEON Roberto
Enrique FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/05/2022 16:38:01-0500



Firmado digitalmente por:
RUIZ RODRIGUEZ Magaly
Rosmary FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/05/2022 16:47:17-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardo
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/05/2022 15:56:02-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardo
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/05/2022 15:56:32-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **3** de **junio** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N°2205-2021-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. SALUD Y POBLACIÓN.

JAVIER ÁNGELES ILLMANN
DIRECTOR GENERAL PARLAMENTARIO
Encargado de la Oficialía Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA

El derecho a la salud surge como derecho universal de segunda generación, un derecho social de carácter programático; los cuales son derechos económicos y sociales guardando coherencia con lo establecido en la Constitución¹.

Es más, la Organización Mundial de la Salud, textualmente se señala:

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud ha precisado que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades. Así mismo, el goce del máximo grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social². (Constitución de la OMS, p.1)

La salud involucra entonces actividades de prevención, promoción y protección e implica un enfoque integral en donde se incluyen los entornos físico y social y los demás factores relacionados con la existencia. Bajo un enfoque similar, la Corte Constitucional ha entendido el derecho a la salud como 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 su estabilidad orgánica y funcional. De allí que este derecho implique una acción de conservación y otra de restablecimiento por parte del poder público como de la sociedad, la familia y del mismo individuo.

¹Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300019

² Principios básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

1.1. MARCO CONCEPTUAL

1.1.1. LA SALUD COMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En esta parte recurrimos conceptos comparados, como del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MPAS de Guatemala³, que define la prestación de servicios como el cumplimiento de las obligaciones del Estado en términos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

GRÁFICO N° 01
COMPONENTES Y ELEMENTOS DEL ÁMBITO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



FUENTE: GRÁFICO EXTRAÍDO DEL DOCUMENTO DEL MSAS-GUATEMALA

Como refiere el gráfico, el Modelo establece dos **componentes pilares de la prestación de servicios**:

- **Salud Pública:** Entendida como las acciones de alcance colectivo que el Estado desarrolla para proteger y mejorar la salud de la población, a través de la vigilancia de la salud, la promoción de la salud, la regulación y el control sanitario, a través de la generación, revisión y cumplimiento de normativa que protege la salud de los habitantes de aquellas actuaciones públicas o privadas que generan riesgos o amenazas a la salud.

³ Conceptos establecidos en el documento: Modelo de Atención integral de la Salud del MSAS-Guatemala
https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo_de_atencion_integral_en_salud_MSPAS.pdf

- **Atención en salud:** Entendida como acciones de proveedores de salud institucionales y comunitarios para la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación rehabilitación de la salud y rehabilitación del daño, ejecutando intervenciones a escala individual, familiar y comunitaria.

Aquí en el Perú, recurrimos al documento determinado por el Ministerio de Salud, en el año 2017, titulado: *Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud en las Redes de Servicios de Salud (redes Integradas de Atención Primaria de Salud)* ⁴. Menciona, que las redes de servicios deben establecerse en función del territorio, su población y accesibilidad y el servicio debe estar centrada en la persona.

También señala que, las ofertas de los servicios de salud deben determinarse en base a las necesidades de salud de la población de la red, es decir en base a la data o diagnostico construida desde los Puestos de Salud, que son como los más fundamentales en la prestación de los servicios de salud del nivel primario. Estas, son los Puestos de Salud que tienen que garantizar la continuidad de la atención, de ser necesarios, mediante la referencia

1.1.2. LA SALUD COMO SERVICIO PÚBLICO

Es importante diferenciar la noción de salud como derecho del concepto de salud como servicio público. Ambos enfoques son interdependientes. Ello significa que el sistema que garantiza los servicios de salud no puede desconocer la existencia y prevalencia del derecho a la salud.

Es más, el servicio público de salud constituye la estrategia institucional encaminada a la realización del mencionado derecho. Para la Corte Constitucional de Colombia:

La salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizándose en él a todas las personas el acceso al mismo para la promoción, protección y recuperación de este derecho. (..) Corresponde al poder público organizar,

⁴ Documento aprobado por Resolución Ministerial 167-2017/MINSA, del 15 de marzo del 2017

*dirigir, reglamentar, establecer políticas para que las personas privadas presten ese servicio, y definir las competencias a cargo de los distintos órdenes, nacional, de las entidades territoriales y de los particulares, con el fin de que se haga de manera descentralizada y participativa.*⁵

1.1.3. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El Primer Nivel está esbozado para prevenir la salud y resolver las necesidades más frecuentes de salud de la población, utilizando lo básico adecuado a los diferentes contextos culturales locales y regionales del país. Así como brindar su contribución en las actividades de recuperación y rehabilitación de la salud y acciones dirigidas al control del ambiente.

Como editorializa Asociación Médica del Perú, en nov.2019⁶, el mismo que se publicó en el título la *"La Pandemia en el Perú: Acciones, impactos y consecuencias del covid-19"* de autoría de Herbert Cuba, se define la alta importancia del Primer Nivel de Atención de salud, dice:

El primer nivel de atención en salud es el eje sobre el cual gira el Sistema Nacional de Salud. Son establecimientos de salud que facilitan y coordinan los flujos de los pacientes y usuarios en función de la capacidad de respuesta integral del sistema hospitalario y "la puerta de entrada y adscripción" al Sistema Nacional de Salud. El primer nivel de atención tiene una serie de tareas, como la Atención Primaria de Salud, la medicina preventiva, la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales y la salud pública. Además, gestiona los riesgos, la promoción de la salud y el control de daños y enfermedades. El estudio del terreno biológico y la detección precoz de las enfermedades en cada uno de los usuarios sanos y enfermos, como personas, en la familia y en la comunidad. (...)

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia creada en Alma Ata por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, con la

⁵ En la publicación de la Defensoría del Pueblo de Colombia, EL DERECHO A LA SALUD en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales 48 – 49 pp. Cita sobre su Sentencia 484 del año 1992.

⁶ En la web del Colegio Médico del Perú: <https://amp.pe/retroceso-de-primer-nivel-y-la-atencion-primaria-de-salud/>



finalidad de involucrar a la propia comunidad a través de medios aceptables, fundados en la ciencia, baratos y con gran impacto en la salud y en desarrollo local, realizado por la propia comunidad, en la comunidad y para la comunidad. El primer nivel de atención de salud es uno de los promotores, junto con la comunidad, con las autoridades electas y otros actores, de la Atención Primaria de Salud. (Cuba - 2021, p.50,51)

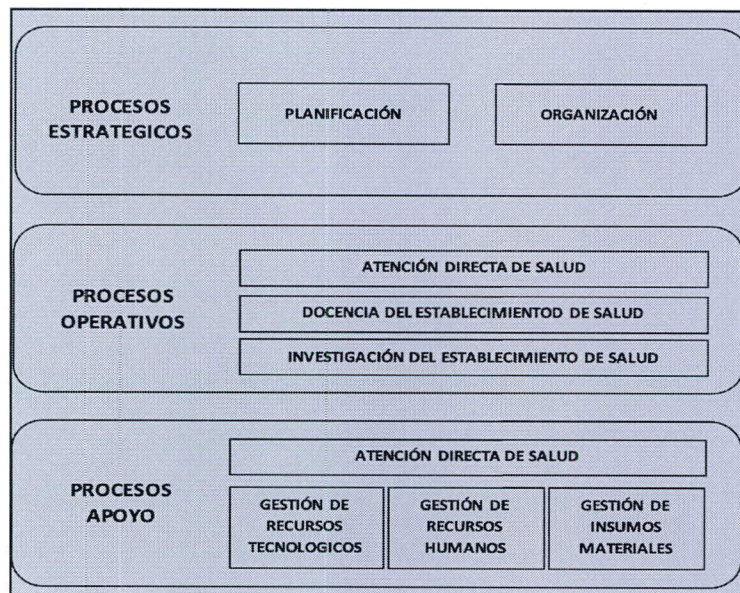
Así, según Normas Técnicas del MINSA, este nivel de atención comprende establecimientos con categoría de I-1 al I-4, estructuralmente organizados en redes, que atienden el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos: En este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

Es más, en este nivel se establece una estrecha relación con los otros sistemas de salud. En el caso que el problema de salud supera la capacidad en este nivel, se hacen las referencias correspondientes a los siguientes niveles que cuenten con la capacidad resolutive, quienes complementarán la respuesta. Por lo mismo, este nivel necesita la participación de representantes comunitarios, principalmente en el desarrollo de las actividades de promoción y prevención. Asimismo, este nivel primario está definido como la puerta de entrada al sistema de salud.

El siguiente Gráfico 02, se detalla el Mapa de Procesos de los establecimientos de salud, comprendiendo como es que dentro de las diferentes categorías de establecimiento del sector salud realiza la alta dirección, órganos de línea, administrativo, y personas asistenciales.

GRÁFICO N° 02

MAPA DE PROCESOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



FUENTE: RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546- 2011-MINSA⁷

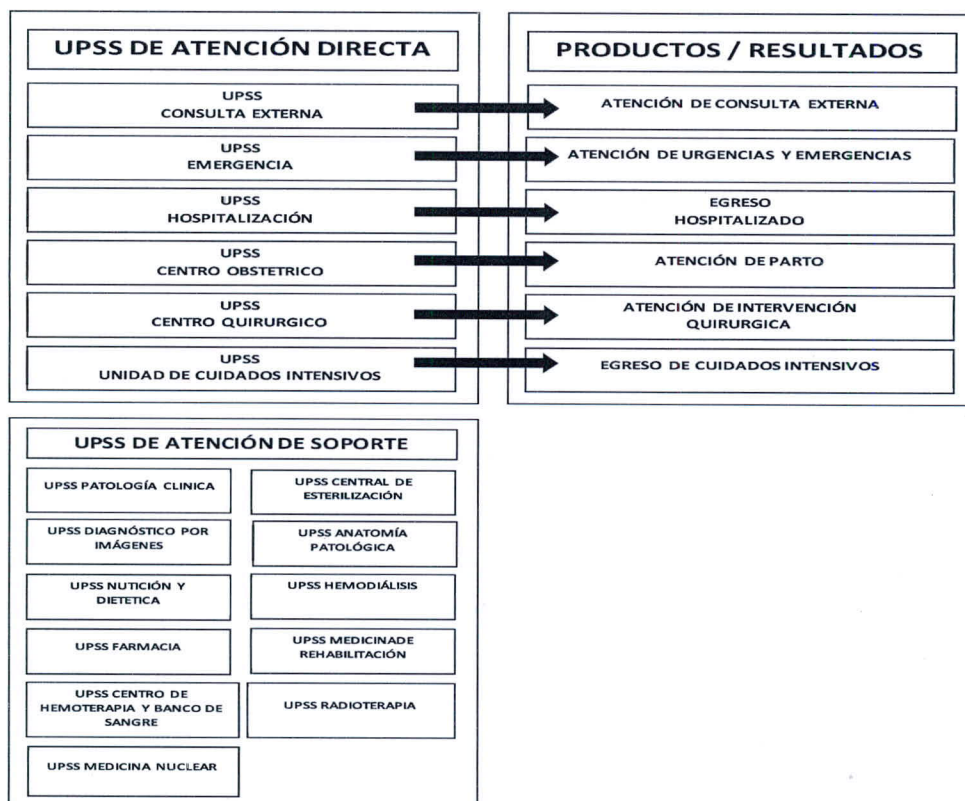
Según la Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA del Ministerio de Salud, las categorías de las instituciones de su sector se clasifican de acuerdo a sus niveles de complejidad. Dichos establecimientos se dividen según las características funcionales que posean. *"En conjunto, determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes", indica el documento⁸.*

Lo que a continuación se muestra, en Gráfico 3, es que las Unidades Productoras de Servicios de Salud- UPSS de Atención Directa y de Atención de Soporte, planteados en las cuatro categorías del MINSA, permitiendo de esta manera saber los resultados o productos que se van a brindar, como se ve en siguiente gráfica:

⁷ NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 -NORMA TÉCNICA DE SALUD- "Categorías de Establecimientos del Sector SALUD" – ANEXO 01

⁸ <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/como-funciona-la-categorizacion-en-establecimientos-de-salud>

GRÁFICO N° 03
UPSS DE ATENCIÓN DIRECTA Y DE ATENCIÓN DE SOPORTE



FUENTE: RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546- 2011-MINSA⁹

Estos niveles de complejidad responden a las necesidades de salud de los usuarios a quienes atienden. Para que se realice una categorización eficaz, se consideran las siguientes etapas:

Primer nivel de atención:

- Categoría I-1: Puesto de salud, posta de salud o consultorio con profesionales de salud no médicos.
- Categoría I-2: Puesto de salud o posta de salud (con médico). Además de los consultorios médicos (con médicos con o sin especialidad).
- Categoría I-3: Corresponde a los centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos.

⁹ NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 -NORMA TÉCNICA DE SALUD- "Categorías de Establecimientos del Sector SALUD" – ANEXO 01

- Categoría I-4: Agrupan los centros de salud y los centros médicos con camas de internamiento.

Una vez establecidas, cabe resaltar que la vigencia de la categorización es por un plazo de tres años. Luego de este lapso, el establecimiento debe solicitar una recategorización.

GRÁFICO N.º 04

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIRECTA Y DE ATENCIÓN DE SOPORTE POR CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (OBLIGATORIAS)

CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO	ACTIVIDADES	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4
PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	ATENCIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS	X	X	X	X
	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	X	X	X	X
	DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN.	X	X	X	X
	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	X	X	X	X
	REGISTROS DE ATENCIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN	X	X	X	X
	SALUD AMBIENTAL	X	X	X	X
	SALUD OCUPACIONAL	X	X	X	X
	INTERNAMIENTO				X
PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON POBLACIÓN ASIGNADA	ACCIONES DE SALUD AMBIENTAL EN LA COMUNIDAD	X	X	X	X
	NUTRICIÓN INTEGRAL	X	X	X	X
	SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	X	X	X	X
	ATENCIÓN CON MEDICAMENTOS	X	X	X (1)	X (1)
	PRUEBAS RÁPIDAS Y ROMA DE MUESTRAS	X	X	X	(2)
	PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER	X	X	(3)	(3)
	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA DE CONSULTORIO EXTERNO	X (4)	X	X	X
	ATENCIÓN DE PARTO INMINENTE		X	X	X
	ATENCIÓN DE LA GESTANTE EN EL PERÍODO DE PARTO	X	X	X	
	ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO EN ÁREA DE OBSERVACIÓN				X
	ECOGRAFÍA				X
	RADIOLOGÍA				X
PARA TODOS LOS CENTROS ODONTOLÓGICOS	RADIOLOGÍA DENTAL			X	
	LABORATORIO DENTAL			X	

(1) A partir de los establecimientos de salud con población asignada, categoría I-3, se cuenta con Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria

(2) Los establecimientos de salud con población asignada, categoría I 4 cuentan con la UPSS Farmacia.

(3) Los establecimientos de salud con población asignada, categoría I - 3 Y 1 - 4 cuentan con la UPSS Patología Clínica.

(4) En establecimientos de salud con población asignada, categoría I - 1 realizan actividades de prevención de Cáncer

La clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutoria, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes, se grafican a continuación:

GRÁFICO N° 05

UPSS Y ACTIVIDADES RELACIONADAS DE ATENCIÓN DIRECTA Y DE ATENCIÓN DE SOPORTE OBLIGATORIAS

	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (con población asignada)				SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN			TERCER NIVEL DE ATENCIÓN		
					ATENCIÓN GENERAL		ATENCIÓN ESPECIALIZADA	ATENCIÓN GENERAL		ATENCIÓN ESPECIALIZADA
	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	II - E	III - 1	III - 3	III - 2
UPSS / ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIRECTA OBLIGATORIAS	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA	UPSS CONSULTA EXTERNA
	Internamiento				UPSS HOSPITALIZACIÓN	UPSS HOSPITALIZACIÓN	UPSS HOSPITALIZACIÓN	UPSS HOSPITALIZACIÓN	UPSS HOSPITALIZACIÓN	UPSS HOSPITALIZACIÓN
	Atención de urgencias y emergencias				UPSS EMERGENCIA	UPSS EMERGENCIA		UPSS EMERGENCIA		UPSS EMERGENCIA
	Atención de parto				UPSS CENTRO OBSTÉTRICO	UPSS CENTRO OBSTÉTRICO		UPSS CENTRO OBSTÉTRICO		UPSS CENTRO OBSTÉTRICO
	Atención de la gestante en el periodo de parto				UPSS CENTRO QUIRÚRGICO	UPSS CENTRO QUIRÚRGICO		UPSS CENTRO QUIRÚRGICO		UPSS CENTRO QUIRÚRGICO
UPSS / ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE SOPORTE OBLIGATORIAS						UPSS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		UPSS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		UPSS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
	Atención de urgencias y emergencias				UPSS FARMACIA	UPSS FARMACIA	UPSS FARMACIA	UPSS FARMACIA	UPSS FARMACIA	UPSS FARMACIA
	Toma de muestra de sangre o fluidos corporales				UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA	UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA	UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA	UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA	UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA	UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA
	Nutrición Integral				UPSS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	UPSS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	UPSS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	UPSS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	UPSS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	UPSS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
	Ecografía				UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
	Radiología									
	Rehabilitación Basada en la Comunidad				UPSS MEDICINA DE REHABILITACIÓN	UPSS MEDICINA DE REHABILITACIÓN		UPSS MEDICINA DE REHABILITACIÓN		UPSS MEDICINA DE REHABILITACIÓN
	Desinfección y Esterilización				UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN		UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN		UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
					UPSS CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	UPSS CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE		UPSS CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE		UPSS CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
					Anatomía Patológica	UPSS ANATOMÍA PATOLÓGICA		UPSS ANATOMÍA PATOLÓGICA		UPSS ANATOMÍA PATOLÓGICA
					Dialisis	Dialisis		UPSS DEMODIALISIS		UPSS DEMODIALISIS

FUENTE : RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546- 2011-MINSA¹⁰

¹⁰ NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 -NORMA TÉCNICA DE SALUD- "Categorías de Establecimientos del Sector SALUD" – ANEXO 01

1.2. PROBLEMATIZACIÓN

A más de dos años de confirmarse el primer caso de coronavirus en el país, nuestro sistema de salud agoniza cada vez más. La pandemia lo puso en el centro del debate, pero sus deficiencias ya se habían normalizado. Por ello, resulta importante evaluar la situación de nuestros centros de salud, hospitales y demás tipos de infraestructura sanitaria para comprender los inmensos retos que debemos superar si queremos construir un mejor sistema, que garantice el derecho a la salud a más peruanos.

En esa línea de ideas se identifican una serie de problemas en cada componente del Primer Nivel de Atención: En la estructura de recursos disponibles, en el desarrollo de sus procesos claves para cumplir con sus roles y funciones, en su articulación sectorial y comunitaria para la legitimidad de los procesos y fortalecimiento de la gestión, que finalmente traen como consecuencia, las bajas coberturas de atención en salud y aumento de la exclusión social, inequidad de las prestaciones, ineficiencia en el uso de los recursos, ineficacia de los planes, programas y proyectos y débil participación social y ciudadana en la gestión pública y el cuidado de su salud, contribuyendo con las brechas de insatisfacción y desconfianza de la población por los servicios de salud públicos.

A inicios de 2021, el 97.1% de los establecimientos de salud de primer nivel de atención (8,531 de 8,783) presenta capacidad instalada inadecuada, lo que se entiende como infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Esta cifra refleja la urgencia de una intervención integral en infraestructura y equipamiento en casi todos los establecimientos de atención primaria¹¹.

Para efectos de estimación del valor de los indicadores de brecha de calidad, se considera que un establecimiento de salud- ES presenta capacidad instalada inadecuada si la infraestructura y el equipamiento de sus servicios de salud

¹¹ Publicado en Semanario ComexPerú, feb.2021 - <https://www.comexperu.org.pe/articulo/el-97-de-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-cuenta-con-capacidad-instalada-inadecuada>

trazadores no se encuentran de acuerdo con lo establecido en las Normas Técnicas de Salud de Infraestructura y Equipamiento No 113, N° 110 y N° 119¹².

GRÁFICO N.º 06

INDICADORES DE BRECHA DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL SECTOR SALUD 2020

Indicador de Brecha	Valor Absoluto	Porcentaje
1. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	8531	97%
2. Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar	1791	44%
3. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada	236	96%
4. Porcentaje de nuevos hospitales por implementar	156	41%
5. Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	10	77%
6. Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada	39	95%
7. Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada	23	96%
8. Porcentaje de centros de promoción y vigilancia comunal requeridos	1393	69%
9. Porcentaje de sedes administrativas con inadecuado índice de ocupación	898	79%
10. Porcentaje de sistemas de información de salud que no funcionan adecuadamente	159	76%

FUENTE: RENIPRESS, Banco de Inversiones. ELABORACIÓN: OPMI-MINSA.

Si bien es cierto que las inversiones de optimización, ampliación marginal, reposición y rehabilitación contribuyen al cierre de brechas de infraestructura y equipamiento, no se han contabilizado para determinar capacidad instalada de los establecimientos de salud en general, ya que son intervenciones específicas que se realizan sobre servicios de salud focalizados o incluso solo sobre activos estratégicos. Al ser inversiones de menor alcance, en comparación con los proyectos, su sola ejecución no cierra la brecha total del establecimiento de salud.

Asimismo, los proyectos de inversión que intervienen solo en una parte de los servicios de salud, se consideran como intervenciones parciales que contribuyen al cierre de brechas pero que por si mismos no definen una capacidad instalada adecuada, en términos de infraestructura y equipamiento.

¹² DIAGNÓSTICO DE BRECHAS – MINSA- Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

GRÁFICO N° 07
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON
CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA POR CIRCUNSCRIPCIÓN
DEPARTAMENTAL 2020

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

FUENTE: RENIPRESS, Banco de Inversiones. ELABORACIÓN: OPMI-MINSA

En cuanto al estado de los hospitales, de los 247 contabilizados a nivel nacional al cierre de 2020, 236 tienen capacidad instalada inadecuada. En términos proporcionales, el incremento de infraestructura inadecuada entre 2019 y 2020 habría pasado del 51% al 95.5%. Esta brecha se explicaría por el colapso sanitario que originó el incremento sustancial de las atenciones a pacientes con coronavirus. A nivel desagregado, los departamentos con menores indicadores de brecha de infraestructura y equipamiento en estos establecimientos son Tumbes (67%), San Martín (70%), Moquegua (75%) e Ica (89%).

GRÁFICO N° 08
HOSPITALES CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA POR
CIRCUNSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL 2020

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

FUENTE: RENIPRESS, Banco de Inversiones. ELABORACIÓN: OPMI-MINSA

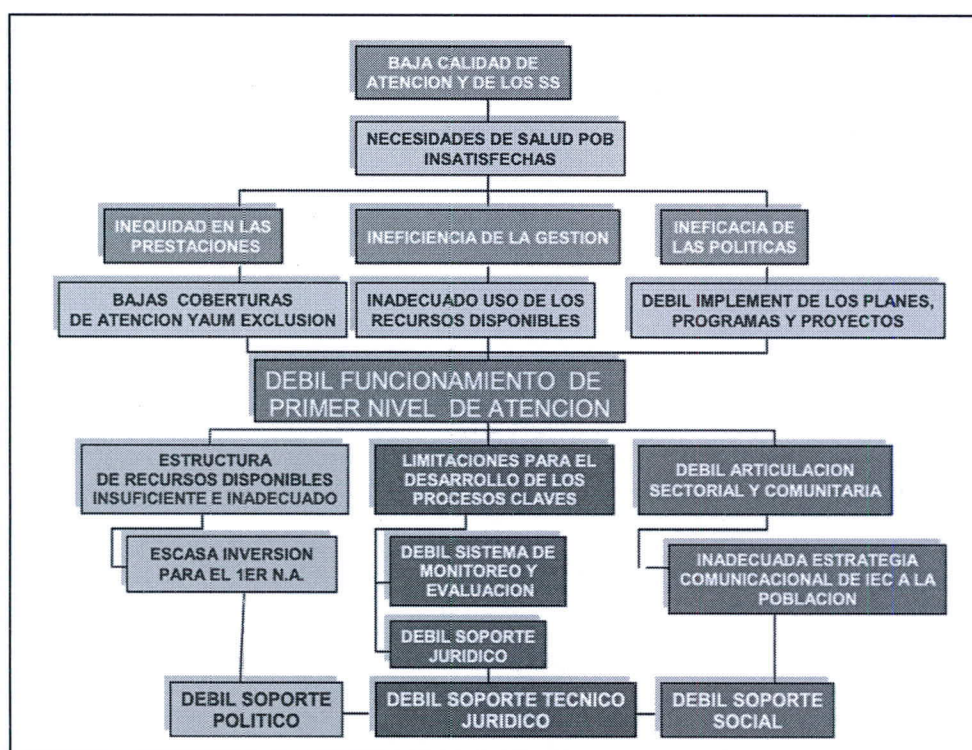
Por su parte, el 77% de los institutos especializados (10 de los 13 existentes a nivel nacional) no cuenta con infraestructura y equipamiento acordes con los estándares sectoriales establecidos, mientras que en 2019 este valor era del 60%. Y si analizamos los laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS), entidad dedicada a la investigación de problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, la realidad es preocupante, con un 95.1% de establecimientos con capacidad instalada inadecuada, y tanto la cifra de 2019 como la meta para 2022 reflejan una variación nula. Y la situación es similar en el caso de laboratorios regionales de salud pública, de los cuales el 96% no se

encuentra en condiciones óptimas en relación con la infraestructura y el equipamiento especializado para ofrecer el servicio¹³.

Se ha tenido un gran escenario, en donde no existe una sola familia del Perú, que no haya perdido a un familiar, y ese dolor que ha causado, se debe a que nuestro país aun enfrenta una crisis en la salud, de donde deviene principales problemas que se detallan a continuación:

GRÁFICO N° 09

DEBIL FUNCIONAMIENTO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



FUENTE: DOCUMENTO TÉCNICO – MINISTERIO DE SALUD

1.2.1. Inadecuada organización de los servicios de salud

- La organización de la oferta de servicios de salud no responde a las necesidades de salud de la población.
- Establecimientos de salud categorizados inadecuadamente.
- Incumplimiento de la norma técnica de categorización.

¹³ ComexPeú - <https://www.comexperu.org.pe/articulo/el-97-de-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-cuenta-con-capacidad-instalada-inadecuada>

- Deficiente red prestacional para la continuidad de la atención.
- Limitados elementos de soporte para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- La organización de los servicios de los establecimientos de salud no está acorde al Modelo de Atención Integral de Salud.

1.2.2. Efectos de los Problemas en el Primer Nivel de Atención

- Bajas Coberturas de atención y aumento de la exclusión,
- La cobertura del SIS en los Q1 y Q2, se incrementó significativamente por efectos de la implementación del aseguramiento en las regiones priorizadas, pero aun no esta en las coberturas esperadas.
- Igualmente la Extensión de Uso en la población mejoró considerablemente por efectos de la implementación del aseguramiento, sin embargo el esfuerzo debe sostenerse porque existe una brecha histórica de postergación y abandono del primer nivel de atención que debe recuperarse a favor de la población mas necesitada.
- La Intensidad de uso de las atenciones en la parte preventiva es baja y la recuperativa es alta y no acorde a la Atención Integral de Salud.
- La demanda de servicios de salud en los establecimientos con categoría I - 4 es alta, siendo éstos muy pocos; y los establecimientos de salud no realizan atención acorde a su categoría.

1.2.3. Inadecuado uso de los recursos

- Rendición de cuenta (Caja chica, remesas por encargo, entre otros) inoportuna e incumplimiento de las normas vigente.
- Inadecuado uso de los recursos del SIS, privilegia los gastos administrativos.
- El personal de salud no participa en la formulación de los presupuestos participativos locales.

1.2.4. Las necesidades de salud de la población insatisfecha

- Existe una demanda insatisfecha del usuario externo y una minoría de establecimientos han realizado la evaluación de la satisfacción del usuario externo.

- La evaluación de la satisfacción del usuario interno solo se ha realizado en algunos establecimientos seleccionados.
- La evaluación del clima organizacional está en fase inicial de implementación en los establecimientos de salud.
- Escasa institucionalización de resultados exitosos de los proyectos de mejora continúa implementados.

II. JUSTIFICACIÓN DE LA LEY QUE DECLARA DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

2.1. MARCO LEGAL

- **Ley N.º 26842, Ley General de Salud**

Título Preliminar

I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

- **Ley N° 29124, "Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones"**

Artículo 1º.- Objeto de la Ley

La presente Ley establece el marco general de la cogestión y participación ciudadana para los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de las Regiones, para contribuir a ampliar la cobertura, mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con participación de la comunidad organizada, en el marco de la garantía del ejercicio del derecho a la salud, y en concordancia con el proceso de descentralización.

Entiéndese por cogestión en salud, a las acciones que desarrolle la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, y que impliquen tanto su participación en los servicios públicos como su acción sobre los determinantes de la salud y en la toma de decisiones conjuntas respecto de las prioridades de políticas e intervenciones en salud vinculadas al cuidado de ésta y de los recursos; y la implementación de mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las acciones, adoptando las formas convencionales que las partes acuerden.

• Decreto Supremo N° 017-2008-SA, Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29124, que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones

Título I

Del objeto, ámbito de aplicación, base legal y glosario de términos

Artículo 1º.- Objeto

El presente Reglamento establece los lineamientos y el desarrollo de la participación ciudadana en salud, así como los aspectos sanitarios, administrativos, legales, financieros y contables de la cogestión, para la correcta aplicación de la Ley No 29124, Ley de Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones, en adelante la Ley, con la finalidad de contribuir a mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, ampliar la cobertura, mejorar la calidad de la atención integral de la salud y las intervenciones sobre los determinantes de la salud; con participación de la comunidad organizada en el marco del ejercicio del derecho a la salud.

2.2.IMPORTANCIA DE DECLARACIÓN DE NECESIDAD PÚBLICA E INTERÉS NACIONAL EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

La pandemia de COVID-19 nos ha recordado que el desconocimiento, el grado de contagio, morbilidad y letalidad de un agente patógeno no excusa a los médicos a actuar y a enfrentarlo "con lo que se tiene". El estudio y conocimiento del agente etiológico (virus), la búsqueda de medicamentos específicos y las vacunas requiere tiempo, que es escaso en pleno desarrollo de una pandemia. Los médicos y profesionales contagiados y fallecidos por el COVID-19 recuerdan y reiteran el sacrificio del médico pasqueño Daniel Alcides Carrión García. La búsqueda y hallazgo del agente etiológico, el tratamiento de los pacientes, con medidas de soporte y a veces, con tratamientos empíricos requieren dedicación y presencia física al lado del paciente. Lo que, debido al alto nivel de contagio del COVID-19, han cobrado vidas. Más aún en medio de la precariedad del Sistema Nacional de Salud y de la escasez de medidas de protección personal.

La pandemia ha revalorado la ética médica y el "concepto de cuidado". Ahora más que nunca han quedado obsoletos los conceptos de "atenciones" y "atendidos". Se ha avanzado en la comprensión de la medicina preventiva, el cuidado de la salud, la Atención Primaria de la Salud, la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud. Ha quedado demostrado que el rol del Primer Nivel de Salud, de los centros y puestos de salud es clave, siempre y cuando se guíen con el enfoque comunitario; es decir, con la más amplia participación social y articulado con la organización comunitaria.

Próximos a cumplir el bicentenario de su independencia nacional, el Perú, más que nunca, esta pasando por un proceso de reflexión de su actuar en todas las esferas de su sociedad, y en particular en su accionar para hacer realidad el derecho a la salud de todos sus habitantes.

Esta reflexión tiene como referente varios eventos que enmarcaron el devenir de las políticas de Estado en Salud. El Acuerdo Nacional suscrito el 22 de julio de 2002 convino en 31 Políticas de Estado, una de las cuales propuso *"garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, promoviendo el acceso universal a la jubilación y la seguridad social y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado."*

La realización del derecho a la salud tiene como punto de partida el sistema que organice el Estado para responder a la demanda de servicios de la comunidad. Por esta razón, la doctrina le asigna el carácter de **derecho prestacional**, lo cual significa que requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura¹⁴.

La prestación que involucra el derecho a la salud es de carácter programático porque requiere de un proceso en el que se diseñan y planifican las

¹⁴ DOCUMENTO TÉCNICO "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, En el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada"

instituciones y el sistema que lo hacen posible. Ello exige tiempo y la apropiación de recursos que luego deben ser destinados bajo una serie de parámetros que deben ser discutidos democráticamente. Su realización es, en este sentido, progresiva.

III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente propuesta legislativa no genera ni implica costo adicional para el erario nacional, por el contrario, el objetivo es declarar de necesidad pública e interés nacional el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud.

Cabe destacar que la presente iniciativa legislativa, por su naturaleza, no irroga gasto al erario nacional, por el contrario, la aprobación de la presente propuesta de ley establecerá un marco jurídico que otorgue al Sector Salud la capacidad para el Primer Nivel de Atención en Salud.

IV. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente propuesta legislativa, no contraviene el ordenamiento jurídico nacional, no modifica, ni deroga ninguna norma legal, está en función de asegurar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, mediante la articulación, coordinación, e integración a fin de resolver las necesidades y demandas en la atención de la salud en la población.

V. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se enmarca en las políticas de Estado contenidas en el Acuerdo Nacional:

- **EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL**

- 13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

- 16. Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud