



KAROL PAREDES FONSECA
Congresista de la República

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

PROYECTO DE LEY QUE CONTRIBUYE AL CIERRE DE BRECHAS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La Congresista de la República que suscribe, **KAROL IVETT PAREDES FONSECA**, integrante del Grupo Parlamentario “Avanza País”, al amparo de lo dispuesto en los artículos 102 y 107 de la Constitución Política del Perú, y de conformidad con los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente iniciativa legislativa:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE CONTRIBUYE AL CIERRE DE BRECHAS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Artículo 1. Objeto y finalidad de la ley

La presente ley tiene por objeto establecer el marco normativo para la identificación, cuantificación técnica y registro obligatorio de la brecha de recursos humanos en salud a nivel nacional, con la finalidad de optimizar la asignación presupuestal y garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

Artículo 2. Definición de brecha de recursos humanos en salud

Se entiende por brecha de recursos humanos en salud a la diferencia técnica entre la demanda real de servicios de salud de la población y la disponibilidad actual de personal asistencial y administrativo competente en los establecimientos de salud.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

La presente ley se aplica a todas las entidades del sector público que prestan servicios de salud o medicina legal, incluye:

- a) El Ministerio de Salud y sus organismos públicos adscritos.
- b) Los Gobiernos Regionales (DIRESAS/GERESAS).
- c) El Seguro Social de Salud (EsSalud).
- d) Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.
- e) El Instituto Nacional Penitenciario (INPE).
- f) El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público.

Artículo 4. Metodología para la estimación de brechas y vinculación presupuestal

kparedes@congreso.gob.pe

Jr. Huallaga 358 Edificio Fernando Belaunde
Telf. (01)311777 anexo 7206

- 4.1. Ámbito del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales e INPE:** La identificación y cuantificación de la brecha de recursos humanos en las entidades señaladas en los literales a), b) y e) del artículo 3 de la presente ley se realiza aplicando la metodología técnica aprobada por el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector.
- 4.2. Ámbito de EsSalud, Sanidades y Ministerio Público:** El Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policiales, y el Instituto de Medicina Legal (Ministerio Público) adoptan metodologías de estimación de brechas adecuadas a sus normas de creación, naturaleza funcional y poblaciones adscritas, en concordancia con los lineamientos de la Política Nacional Multisectorial de Salud.
- 4.3. Vinculación Presupuestal:** Para las entidades comprendidas en el numeral 4.1 de esta ley, la aplicación de la metodología técnica aprobada por el ente rector constituye requisito indispensable para la aprobación de sus Cuadros de Asignación de Personal (CAP) Provisional, Presupuestos Analíticos de Personal (PAP) y para la tramitación de demandas adicionales de recursos ante el Ministerio de Economía y Finanzas. Toda solicitud de financiamiento para personal que no cuente con el sustento del informe técnico de brechas conforme a la metodología oficial se tiene por no presentada.

Artículo 5. Registro Nacional de Brechas de Recursos Humanos en Salud

En el marco de lo dispuesto en la presente ley, se crea el Registro Nacional de Brechas de Recursos Humanos en Salud, el cual es administrado por el Ministerio de Salud. Todas las entidades comprendidas en el artículo 3 se encuentran obligadas a remitir anualmente la cuantificación de sus brechas al Ministerio de Salud para su consolidación, bajo responsabilidad funcional del titular de la entidad. Este registro es de acceso público y sirve de base única para la planificación multianual del sector.

Artículo 6. Financiamiento

La implementación de la presente ley se financia con cargo a los presupuestos institucionales de los pliegos involucrados, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público, salvo las asignaciones que se aprueben progresivamente para el cierre de brechas sustentadas conforme a lo dispuesto en el artículo 4.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Vigencia de instrumentos técnicos

Las metodologías establecidas en las Normas Técnicas del Ministerio de Salud referentes al cálculo de brechas de recursos humanos asistenciales y administrativos continúan vigentes, sin perjuicio de la facultad del ente rector para su actualización. Los

Gobiernos Regionales en un plazo de noventa (90) días calendario actualizan sus estimaciones de brechas conforme a lo dispuesto en la presente ley.

SEGUNDA. Régimen de incentivos

El MEF, en coordinación con el MINSA, puede establecer mecanismos de incentivos dentro del marco de la Ley del Presupuesto del Sector Público para aquellas regiones que demuestren avances significativos y una eficiente ejecución de los recursos destinados a cerrar la brecha de recursos humanos en salud.

Lima, enero de 2026



Firmado digitalmente por:
PAREDES FONSECA Karol
Ivett FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/01/2026 17:15:57-0500



Firmado digitalmente por:
GONZALES DELGADO Diana
Carolina FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/03/2026 14:24:13-0500



Firmado digitalmente por:
TUDELA GUTIERREZ Adriana
Josefina FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 05/03/2026 10:08:27-0500



Firmado digitalmente por:
CAVERO ALVA Alejandro
Enrique FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/03/2026 15:27:11-0500



Firmado digitalmente por:
WILLIAMS ZAPATA Jose
Daniel FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/02/2026 16:43:20-0500



Firmado digitalmente por:
WILLIAMS ZAPATA Jose
Daniel FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/02/2026 16:43:35-0500



Firmado digitalmente por:
AMURUZ DULANTO Yessica
Rosselli FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/03/2026 11:36:32-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I.- FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

A.- Antecedentes y diagnóstico de la situación actual

El Sistema Nacional de Salud peruano enfrenta una crisis estructural y sostenida en la dotación, distribución y capacidad de sus recursos humanos, que constituye uno de los principales obstáculos para garantizar el derecho fundamental a la salud de la población. Esta brecha se manifiesta en:

- **Déficit Cuantitativo y Cualitativo:** Existe una marcada insuficiencia de personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos, entre otros) para atender las necesidades de la población, agravada por una distribución geográfica inequitativa que perjudica a las zonas rurales y de menor desarrollo relativo.
- **Impacto en la Salud Pública:** La carencia de personal adecuado limita la capacidad resolutive de los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, genera sobrecarga laboral, afecta la calidad de la atención, aumenta los tiempos de espera y perpetúa las desigualdades en salud.
- **Falta de Planificación Estratégica Unificada:** No existe una metodología estandarizada y obligatoria a nivel nacional que permita cuantificar con precisión la brecha real de recursos humanos, considerando variables esenciales como la cartera de servicios, infraestructura y equipamiento. La información existente es fragmentada, asimétrica y no se utiliza sistemáticamente para la toma de decisiones presupuestales.
- **Desarticulación entre la Identificación de Necesidades y el Financiamiento:** Actualmente, no existe un mecanismo legal que obligue a una programación presupuestaria multianual que financie de manera progresiva, priorizada y basada en evidencia el cierre de la brecha identificada. Esto genera soluciones parches, desfinanciamiento crónico y una incapacidad para ejecutar políticas de Estado de mediano y largo plazo.

Esta situación contradice los principios de universalidad, equidad y calidad establecidos en la Constitución Política del Perú y en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y compromete la consecución de los compromisos asumidos en el Plan Nacional de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3 (Salud y Bienestar).

La brecha de recursos humanos en salud representa uno de los desafíos más críticos para alcanzar la cobertura universal de salud en Perú, América Latina y el mundo. Cuando se considera todos los trabajadores de salud agregados (médicos, enfermeros, obstetras, odontólogos, tecnólogos médicos y otros profesionales sanitarios), Perú se aproxima al estándar mínimo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 44,5 profesionales por 10,000 habitantes. Sin embargo, esta cifra agregada oculta brechas críticas y profundas desigualdades por tipo de profesión y distribución territorial.

Las brechas más preocupantes se concentran en: (1) Enfermería: con solo 23-24 enfermeras por 10,000 habitantes versus 70 recomendados por OMS, representando un déficit de aproximadamente 46 enfermeras por 10,000 habitantes; (2) Médicos especialistas: apenas 42 por cada 100,000 habitantes frente a 230 recomendados; (3) Médicos generales en primer nivel de atención: insuficientes para garantizar accesibilidad; y (4) Distribución territorial extremadamente desigual, con zonas rurales andinas y amazónicas con 10-12 enfermeras por 10,000 habitantes.

Para los gestores en salud, esta situación implica que las cifras agregadas que cumplen con estándares internacionales pueden enmascarar crisis profundas en servicios específicos y territorios vulnerables, siendo imperativo implementar estrategias urgentes de planificación, retención y distribución equitativa de la fuerza laboral según necesidades específicas.

1. BRECHA A NIVEL MUNDIAL

1.1 DÉFICIT PROYECTADO MUNDIAL

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud proyecta un déficit de 10 millones de trabajadores de salud para 2030, con particular prevalencia en países de ingresos bajos y medios-bajos. Esta escasez afecta desproporcionadamente la capacidad de los sistemas de salud para responder a los desafíos contemporáneos, incluyendo el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y la persistencia de enfermedades infecciosas.¹

1.2 ENFERMERÍA: UNA EMERGENCIA ESPECÍFICA

El sector de enfermería enfrenta una crisis particularmente grave. Se proyecta una escasez global de aproximadamente 4,5 millones de profesionales de enfermería para 2030, a pesar de que este colectivo constituye casi un tercio del total de profesionales sanitarios. Esta brecha es especialmente crítica considerando que las enfermeras representan la primera línea de atención en muchos contextos y son fundamentales para la implementación de la atención primaria de salud.²

1.3 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS ESENCIALES

La insuficiencia de recursos humanos se traduce directamente en limitaciones de cobertura: aproximadamente 4.500 millones de personas no estaban plenamente cubiertas por servicios de salud esenciales en 2021, y desde 2015 se han cosechado muy pocos avances en este indicador crítico.³

¹ Véase: <https://www.deloitte.com/cl/es/Industries/health-care/perspectives/perspectivas-globales-cuidado-de-la-salud-2025.html>

² Recuperado de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/download/8654/6649/>

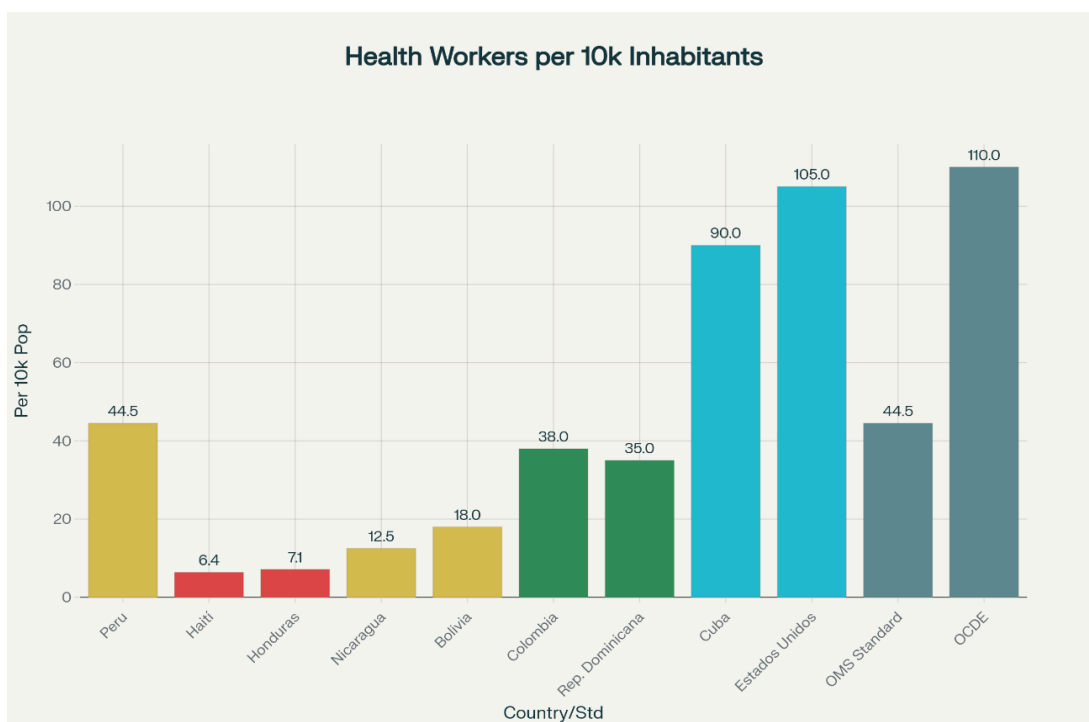
³ Véase: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

2. SITUACIÓN EN PERÚ: UN PANORAMA PREOCUPANTE

2.1 DENSIDAD INSUFICIENTE DE PROFESIONALES

El Perú enfrenta una brecha severa de recursos humanos. El país cuenta con solo 13,6 médicos por cada 10,000 habitantes, cuando la OMS recomienda un mínimo de 23 por cada 10,000 habitantes, lo que representa un déficit de 9,4 médicos por cada 10,000 habitantes. Esta cifra es particularmente alarmante considerando que en las Américas el promedio regional es de 66,57 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Figura 1: Densidad de profesionales de salud por 10,000 habitantes: Perú, América Latina y estándares internacionales



En cuanto a enfermería, Perú dispone de tan solo 24 enfermeras por cada 10,000 habitantes, cuando la OMS recomienda al menos 70, generando un déficit de aproximadamente 46 enfermeras por cada 10,000 habitantes. Esto significa que el país debe duplicar prácticamente su fuerza de trabajo de enfermería para cumplir con los estándares internacionales.⁷

Véase: <https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2024/10/RRI-07-2024-brechas.pdf>

⁵ Recuperado: <https://www.infobae.com/peru/2025/08/30/deficit-de-enfermeras-peru-solo-cuenta-con-24-por-cada-10-mil-habitantes-lejos-de-los-110-que-recomienda-la-ocde/>

⁶ Véase: <https://www.comexperu.org.pe/articulo/rumbo-al-bicentenario-recursos-humanos-de-salud>

⁷ Véase: <https://www.infobae.com/peru/2025/08/30/deficit-de-enfermeras-peru-solo-cuenta-con-24-por-cada-10-mil-habitantes-lejos-de-los-110-que-recomienda-la-ocde/>

kparedes@congreso.gob.pe

Jr. Huallaga 358 Edificio Fernando Belaunde
Telf. (01)311777 anexo 7206

2.2 DÉFICIT DE ESPECIALISTAS

Más allá de los números agregados, existen brechas críticas en especialidades específicas. Se estima que Perú requiere 11,401 médicos especialistas adicionales, particularmente en ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general y anestesiología. A nivel institucional, sistemas como EsSalud estimaban necesitar aproximadamente 5,000 profesionales médicos de distintas especialidades ya en 2019.⁸⁹

2.3 CONCENTRACIÓN URBANA Y DESIGUALDADES TERRITORIALES

Un problema estructural en Perú es la distribución sumamente desigual de profesionales de salud. La concentración de médicos en zonas urbanas excede en un 300% la de las áreas rurales. Regiones como Cajamarca, Huánuco, Loreto, Puno, Piura y Madre de Dios enfrentan las mayores brechas, donde en muchas ocasiones un solo médico debe atender a miles de personas.¹⁰

En zonas rurales, solo el 50% de los establecimientos de salud tienen servicios básicos como agua potable, electricidad y telecomunicaciones, comparado con el 85% en zonas urbanas. El 65% de los encuestados en áreas rurales percibió barreras críticas para acceder a servicios de salud, en comparación con el 25% en áreas urbanas.¹¹

2.4 ASIMETRÍA EN LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

El sistema peruano presenta una marcada asimetría: existe un médico por cada dos trabajadores administrativos, cuando los estándares internacionales sugieren que deben existir alrededor de 5 médicos por cada trabajador administrativo. Esta distorsión refleja ineficiencias en la organización de los sistemas de salud y representa un desperdicio de recursos estratégicos.¹²

**Figura 2: Brecha de recursos humanos en salud en Perú por profesión
(cifras actuales vs. estándares OMS)**

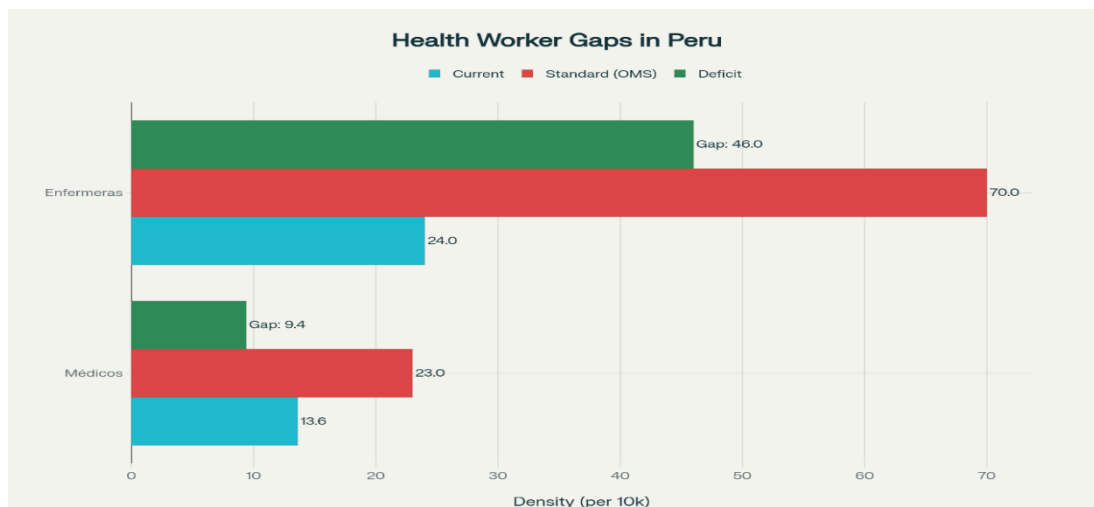
⁸ En: <https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2024/10/RRI-07-2024-brechas.pdf>

⁹ Recuperado: <https://usamedic.pe/especialidades-medicas-mas-requeridas/>

¹⁰ Véase: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9959042.pdf>

¹¹ En: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9959042.pdf>

¹² Véase: <https://www.comexperu.org.pe/articulo/rumbo-al-bicentenario-recursos-humanos-de-salud>



3. CONTEXTO REGIONAL: AMÉRICA LATINA ANTE LA CRISIS

3.1 MAGNITUD DE LA BRECHA REGIONAL

América Latina enfrenta un déficit proyectado de entre 600,000 y 2 millones de profesionales de salud para 2030. Actualmente, el 66,7% de los países de América Latina y el Caribe presenta un déficit de profesionales de salud para alcanzar los estándares de cobertura universal. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Catorce países de la región se encuentran por debajo del umbral mínimo de la OMS (44,5 trabajadores de salud por 10,000 habitantes), incluyendo Haití (6,38), Honduras (7,13), Nicaragua, Bolivia, San Cristóbal-Nevis, Jamaica, Belice, Guatemala, Venezuela, Santa Lucía, Colombia, República Dominicana y Perú. En contraste, Cuba y Estados Unidos casi cuadruplican la meta internacional. ¹⁵

3.2 FACTORES QUE INCREMENTAN ESTA BRECHA

Varios factores contribuyen a la persistencia y expansión de esta brecha en la región:

- **Capacidad formativa limitada:** Muchos países latinoamericanos tienen sistemas educativos en salud con oferta insuficiente y problemas de calidad, lo que limita la producción de nuevos profesionales.
- **Envejecimiento de la fuerza laboral:** Gran parte del personal de salud se encuentra entre los 35 y 44 años, pero en ciertos contextos como Estados Unidos y Guatemala, casi la mitad de los médicos tiene 55 años o más, lo que subraya la necesidad urgente de formar nuevas generaciones.

¹³ Véase: <https://www.paho.org/es/temas/recursos-humanos-para-salud>

¹⁴ Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/30-4-2025-nuevo-informe-ops-revela-que-14-paises-americas-enfrentan-escasez-trabajadores>

¹⁵ En: <https://www.cronicaviva.com.pe/columna/escasean-trabajadores-de-la-salud-en-14-paises-de-america/>

- **Migración y “fuga de cerebros”:** Entre el 25% y 28% de los médicos de la región andina emigran hacia países más desarrollados, particularmente hacia España, Estados Unidos y otros países europeos. Las razones principales incluyen bajos salarios, excesiva carga laboral, malas condiciones de trabajo y pocas oportunidades de desarrollo profesional.¹⁶¹⁷
- **Distribución desigual:** Existe una concentración notable de profesionales de salud en áreas urbanas y en el segundo y tercer nivel de atención, con grave insuficiencia en el primer nivel de atención, donde se concentra el potencial de cobertura universal.

4. CAUSAS ESTRUCTURALES DE LA BRECHA

4.1 FACTORES ECONÓMICOS Y REMUNERATIVOS

Los factores económicos son los más determinantes para la fuga y retención de personal, impactando en un 80% de la captación y deserción de profesionales. Los bajos salarios en relación con otros sectores y con países desarrollados generan migración constante, particularmente de médicos jóvenes que buscan mejorar sus condiciones económicas.¹⁸

En zonas rurales, los principales incentivos para retención, en orden de importancia, son: mejoras salariales (consideradas por muchos como un aumento del 30-100%), oportunidades de formación y capacitación, estabilidad laboral y nombramiento, mejoras en infraestructura y equipos, e incremento del personal.¹⁹

4.2 PRECARIEDAD LABORAL Y CONTRATOS INESTABLES

Miles de profesionales de salud, particularmente enfermeras, permanecen contratadas por terceros sin estabilidad ni protección social. Esta situación genera inseguridad laboral, disuade la permanencia en el sector y compromete la calidad de vida de los trabajadores. Durante la pandemia de COVID-19, esta precariedad se hizo aún más visible, con pérdidas significativas de personal en primera línea.²⁰

4.3 SÍNDROME DE BURNOUT Y CONDICIONES LABORALES

La exposición a factores psicosociales hostiles en el entorno laboral genera síndrome de Burnout con prevalencia variable: el 44,5% presenta baja realización personal,

¹⁶ Véase: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000300003

¹⁷ Recuperado: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/migracion_andina.pdf

¹⁸ En: <https://repositorio.esan.edu.pe/bitstreams/deaae8ad-611a-4bc1-afa7-39082f2267bd/download>

¹⁹ Recuperado de: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4074081/>

²⁰ Véase: <https://www.infobae.com/peru/2025/08/30/deficit-de-enfermeras-peru-solo-cuenta-con-24-por-cada-10-mil-habitantes-lejos-de-los-110-que-recomienda-la-ocde/>

36,8% alta despersonalización, y 12,4% cumple criterios completos de Burnout. Los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería y profesionales con trayectorias de 20-29 años presentan mayor prevalencia. Jornadas excesivas (más de 50 horas semanales), falta de autonomía y escaso reconocimiento perpetúan esta crisis.²¹

4.4 DESAFÍOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

El envejecimiento poblacional en América Latina es exponencial: se proyecta que para 2050 habrá 2,1 veces más personas de 65 años y más que en 2024, pasando del 9,9% al 18,9% de la población total. Esta transición epidemiológica incrementa la demanda de servicios, particularmente para manejo de enfermedades crónicas y multimorbilidad, lo que requiere perfiles profesionales específicos que actualmente no están disponibles en cantidad suficiente.²²

4.5 LIMITACIONES EN FINANCIAMIENTO Y PLANIFICACIÓN

En Perú, el financiamiento destinado a capacitación se redujo de 27 millones de soles en 2016 a 20 millones de soles en 2018. Esta reducción compromete directamente el desarrollo de capacidades. Además, existen limitaciones en sistemas de información que permitan planificación efectiva de recursos humanos, aunque iniciativas recientes como el Sistema de Información de Recursos Humanos de Salud (SIRHS) buscan modernizar esta gestión.²³

4.6 DERECHO COMPARADO

La experiencia internacional demuestra que cerrar brechas requiere planificación vinculante, no solo dinero:

- **OCDE:** Los países miembros planifican sus recursos humanos basándose en la "densidad por carga de enfermedad" y no solo en el número de camas. La presente ley alinea al Perú con este estándar al exigir sustento técnico.
- **Chile (Modelo de Redes Asistenciales):** El Ministerio de Salud chileno condiciona la transferencia de recursos a que los Servicios de Salud demuestren técnicamente su brecha mediante estudios de red. Es un modelo de "incentivo condicionado" similar al que propone este proyecto.
- **Colombia (Modelo MIAS):** Los departamentos deben presentar planes bienales de talento humano territorial. Si la necesidad no está cuantificada en el plan, no recibe cofinanciación nacional.

²¹ Véase: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-sindrome-burnout-profesionales-sanitarios-un-S1138359323001028>

²² En: <https://www.cepal.org/es/enfoques/demanda-cuidados-transiciones-demograficas-epidemiologicas>

²³ Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400007

La inercia en la planificación de recursos humanos

Actualmente, el país cuenta con instrumentos técnicos avanzados para calcular cuántos médicos, enfermeras y personal técnico se necesitan realmente en cada establecimiento de salud (Resoluciones Ministeriales N° 176-2014-MINSA y N° 437-2014-MINSA). Sin embargo, existe un "cuello de botella" en la gestión descentralizada: **los Gobiernos Regionales (DIRESAS/GERESAS) no utilizan obligatoriamente esta metodología para sustentar sus pedidos de presupuesto.**

En la práctica, la solicitud de plazas se realiza por inercia histórica o presión social, y no por un cálculo técnico de demanda insatisfecha. Esto genera que el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) rechace las demandas adicionales por falta de sustento técnico, perpetuando la carencia de personal en las zonas más críticas.

B.- Justificación de la norma

El presente proyecto de ley se fundamenta en:

- 1. Función Rectora del Ministerio de Salud (MINSA):** La norma fortalece el rol conductor del MINSA, otorgándole las herramientas para generar información técnica válida y unificada que oriente la política nacional de recursos humanos en salud, tal como lo manda su Ley de Organización y Funciones.
- 2. Principio de Eficiencia y Transparencia en la Gestión Pública:** Al crear el Registro Nacional de Brechas de Recursos Humanos en Salud, administrado por el Ministerio de Salud. Todas las entidades comprendidas, sin excepción, están obligadas a remitir anualmente la cuantificación de sus brechas al Ministerio de Salud para su consolidación, bajo responsabilidad funcional del titular de la entidad. Este registro es de acceso público y sirve de base única para la planificación multianual del sector.
- 3. Planificación Presupuestaria con Enfoque Multianual y por Resultados:** El proyecto articula directamente la planeación en salud con la programación presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Establece un vínculo formal entre la identificación técnica de una necesidad (la brecha) y su financiamiento progresivo, alineándose con los principios de las Leyes del Presupuesto del Sector Público.
- 4. Equidad Territorial:** Al priorizar el financiamiento inicial para las regiones que presenten su diagnóstico validado, se incentiva la gestión descentralizada responsable y se atiende con criterios de justicia distributiva, comenzando por quienes demuestran capacidad de planificación.
- 5. Sostenibilidad del Sistema de Salud:** Abordar la brecha de recursos humanos es una condición sine qua non para la sostenibilidad futura del sistema. Una dotación adecuada de personal es el pilar sobre el cual descansan la promoción, prevención y recuperación de la salud.

La presente iniciativa legislativa no busca crear nuevas plazas, sino **ordenar la gestión**. Al otorgar rango de Ley a la obligatoriedad de la metodología, se establece un mecanismo vinculante (Artículo 4): si la DIRESA no aplica la calculadora de brechas del MINSA, no puede solicitar presupuesto. Esto profesionaliza el pedido de recursos y obliga al gestor regional a planificar con evidencia.

Asimismo, se respeta la autonomía de EsSalud, las Sanidades, INPE y Ministerio Público obligándolas a transparentar sus cifras en un Registro Nacional Único, pero permitiéndoles usar sus propias metodologías acordes a su población asegurada, evitando así conflictos normativos que harían inviable la ley.

Sobre la Universalidad del Alcance

La brecha de recursos humanos en salud no es exclusiva de los hospitales del MINSA. La presente iniciativa legislativa en su artículo 3, reconoce la situación crítica del personal de salud en el **sistema penitenciario (INPE)**, donde la falta de médicos y enfermeros pone en riesgo la salud pública y la seguridad sanitaria de la población penal y sus custodios. Asimismo, se incorpora al **Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público**, entendiendo que la falta de médicos legistas y peritos forenses constituye una barrera para el acceso a la justicia. Por ello, la Ley se plantea con un alcance verdaderamente nacional e intersectorial.

Sobre la Metodología Diferenciada

La norma, en su artículo 4 establece un **mecanismo inteligente de gestión** que reconoce la diversidad operativa del Estado. Mientras que, al MINSA, Gobiernos Regionales e INPE —que dependen directamente del Presupuesto Público y atienden salud asistencial básica— se les exige la aplicación estricta de la metodología rectora para ordenar sus demandas presupuestales ante el MEF; a instituciones como **EsSalud, las Sanidades y el Ministerio Público** se les faculta a adecuar sus cálculos.

Esta diferenciación técnica (Art. 4.2) es fundamental para respetar su autonomía y naturaleza funcional: un médico legista no produce lo mismo que un médico cirujano, y EsSalud financia sus plazas con aportes privados, no con el Tesoro Público. Sin embargo, **todos quedan obligados a transparentar su déficit real**, garantizando que el Estado tenga, por primera vez, una cifra única y consolidada de la necesidad de profesionales de la salud en el país.

C. Objetivos y beneficios esperados de la aprobación de la ley

Objetivo General:

Establecer un marco legal permanente y procedimental para diagnosticar, planificar y financiar de manera progresiva la reducción de la brecha de recursos humanos en salud, fortaleciendo la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud.

Beneficios Específicos:

1. Para el Sistema de Salud y sus Usuarios:

- Mejora en la cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud.
- Reducción de la carga laboral del personal existente, mejorando su entorno laboral.
- Atención más oportuna y disminución de listas de espera.
- Fortalecimiento de la atención primaria y de la red de servicios.

2. Para la Gestión Pública:

- Decisiones basadas en evidencia: El MINSA y el MEF contarán con el "Informe Nacional" como herramienta técnica sólida para la asignación de recursos.
- Predictibilidad y continuidad: El financiamiento progresivo y multianual permite una gestión estratégica, superando el enfoque reactivo y anual.
- Coordinación intergubernamental: Refuerza la articulación obligatoria entre el MINSA, los Gobiernos Regionales (a través de las Diresas) y el MEF.
- Transparencia y rendición de cuentas: La información pública de la brecha y los avances en su financiamiento permite un control social más efectivo.

3. Para el Desarrollo Nacional:

- Una población más sana es un requisito para el desarrollo económico y social.
- Inversión en capital humano (formación y empleo en salud) que dinamiza la economía.
- Cumplimiento de compromisos constitucionales e internacionales en materia de derechos humanos.

D.- Argumentos jurídicos y de política pública

La presente iniciativa se enmarca y es coherente con:

- Constitución Política del Perú: Artículo 7° (Derecho a la salud) y Artículo 9° (Política Nacional de Salud).
- Ley N° 26842, Ley General de Salud: Artículo 5° (Funciones del MINSA).
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE): Reconoce la función rectora del MINSA.
- Política Nacional de Salud (aprobada por D.S. N° 004-2022-SA): En sus ejes estratégicos relacionados con recursos humanos y financiamiento.
- Plan Nacional de Desarrollo del Bicentenario (Perú al 2050): En su dimensión social vinculada a salud y bienestar.
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Objetivo 3 (Salud y Bienestar) y su meta 3.c (Aumentar la financiación y contratación de personal sanitario).

La crisis de recursos humanos en salud no es un problema nuevo, pero requiere una solución estructural, normativa y financiera que trascienda los periodos de gobierno.

Este proyecto de ley ofrece un mecanismo claro, ordenado y viable para transformar la manera en que el Estado peruano diagnostica y atiende una de sus más críticas limitaciones para proveer salud a todos sus ciudadanos.

No se trata solo de asignar más recursos, sino de asignarlos mejor: con información certera, con planificación multianual y con un compromiso progresivo y verificable. Es una ley de inversión social estratégica que sentará las bases para un sistema de salud más sólido, equitativo y resiliente para las próximas décadas.

II. ANÁLISIS DE IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

Este proyecto de ley tiene un impacto estructural y habilitante en el marco normativo de salud, sin generar duplicidad ni rigidez presupuestal:

1. Fortalece la rectoría del MINSA

Consolida legalmente el rol del MINSA como ente rector en la planificación de recursos humanos en salud, dotándolo de un mandato expreso para estandarizar metodologías y producir información técnica vinculante para la política pública.

2. Crea un puente normativo entre planificación y presupuesto

Introduce, por primera vez, una obligación legal de articulación entre la estimación técnica de brechas y la programación presupuestaria multianual del MEF, corrigiendo una histórica desconexión del sistema.

3. Mejora la calidad regulatoria sin invadir competencias

No interfiere con la autonomía regional ni crea nuevas estructuras administrativas; ordena procedimientos, responsabilidades y plazos, fortaleciendo la descentralización bajo criterios técnicos comunes.

4. Incorpora el enfoque de financiamiento progresivo basado en evidencia

Establece un mecanismo gradual y fiscalmente responsable, alineado con la Ley de Presupuesto y el enfoque de resultados, evitando mandatos de gasto inmediato o inconstitucionales.

5. Refuerza la transparencia y el control público

Al crear el Registro Nacional de Brecha de Recursos Humanos en Salud como insumo obligatorio y público, eleva los estándares de rendición de cuentas y evaluación de la política de recursos humanos en salud.

La iniciativa no solo complementa la Ley General de Salud, sino que corrige una falla estructural del ordenamiento vigente, sentando bases legales permanentes para una

política de Estado en recursos humanos en salud, con impacto directo en equidad territorial, eficiencia del gasto y garantía del derecho a la salud.

III. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La aprobación de esta norma **no irroga gasto directo ni automático al erario nacional**, puesto que se trata de una norma de ordenamiento administrativo y de gestión.

A. Costos

- **Costo fiscal inicial bajo y controlado:** la ley no crea gasto inmediato ni automático; establece un financiamiento progresivo condicionado a la disponibilidad fiscal y a la programación multianual desde 2027.
- **Costos administrativos marginales:** la estimación de brechas, consolidación de información e informes anuales se realizan con estructuras existentes del MINSA y las DIRESAS, sin creación de nuevas entidades.
- **Inversión gradual en personal de salud:** el mayor costo proviene del cierre progresivo de la brecha (contratación, nombramiento, incentivos y formación), distribuido en varios ejercicios fiscales y focalizado territorialmente.

B. Beneficios

- Mayor eficiencia del gasto público: la asignación de recursos se basa en evidencia técnica, reduciendo duplicidades, subejecución y decisiones discrecionales.
- Retornos sociales y económicos altos: una mayor dotación de personal reduce mortalidad evitable, tiempos de espera y costos futuros por enfermedades mal atendidas.
- Fortalecimiento del primer nivel de atención: disminuye la presión sobre hospitales y los gastos más costosos del sistema.
- Previsibilidad y sostenibilidad fiscal: la planificación multianual permite al Estado anticipar y ordenar el gasto, evitando soluciones de emergencia más onerosas.

IV. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

El Acuerdo Nacional²⁴, establece 34 Políticas de Estado que orientan el desarrollo en el Perú, la presente propuesta legislativa se encuentra directamente alineado con los

²⁴ <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/>

consensos del Acuerdo Nacional, en particular con sus políticas de Estado en materia social, institucional y de descentralización, destacando las siguientes:

Política de Estado N° 05: Gobierno en función de objetivos con planeamiento estratégico, prospectiva nacional y procedimientos transparentes

Al establecer una metodología estandarizada, un informe nacional anual y su uso obligatorio en la programación presupuestaria, la ley refuerza la gestión pública basada en evidencia, resultados y planificación de mediano y largo plazo.

Política de Estado N° 08: Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú

La norma respeta y fortalece la descentralización al asignar responsabilidades claras a las DIRESAS o GERESAS en la estimación de brechas, promoviendo coordinación intergubernamental bajo criterios técnicos comunes.

Política de Estado N° 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación

La priorización del financiamiento hacia regiones con mayores brechas y rezagos en salud incorpora un enfoque de equidad territorial, reduciendo desigualdades históricas entre zonas urbanas y rurales.

Política de Estado N° 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

La iniciativa contribuye de manera directa al cumplimiento de esta política al fortalecer la disponibilidad y distribución equitativa del recurso humano, condición indispensable para garantizar el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud en todo el territorio nacional.

El proyecto de ley operacionaliza los compromisos del Acuerdo Nacional, traduciéndolos en mecanismos legales concretos, medibles y sostenibles, y consolida una política de Estado orientada a cerrar brechas estructurales en salud, más allá de los ciclos de gobierno.