



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

COMISIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Periodo Anual de Sesiones 2024-2025

Señor presidente:

Ha sido remitido para dictamen de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social el Proyecto de Ley 10641/2024-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Bloque Democrático Popular, a iniciativa del congresista Edgard Reymundo Mercado, que propone optimizar el primer nivel de atención del servicio público de salud, a fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población.

1. SITUACIÓN PROCESAL.

1.1. ANTECEDENTES PROCEDIMENTALES.

El Proyecto de Ley 10641/2024-CR, fue presentado al Área de Trámite Documentario el 27 de marzo de 2025, e ingresó a la Comisión de Trabajo y Seguridad Social (CTSS), el 28 de marzo del mismo año, siendo la segunda comisión dictaminadora y la primera la Comisión de Salud y Población.

Al respecto, la Comisión de Trabajo y Seguridad Social ha verificado que el proyecto de ley cumple con los requisitos establecidos en los artículos 75° y 76° de Reglamento del Congreso de la República, tales como la exposición de motivos, los efectos de la vigencia de la norma que se propone para el ordenamiento jurídico, el análisis costo-beneficio y el vínculo con las políticas de Estado del Acuerdo Nacional. Asimismo, cuenta con la firma del portavoz del grupo parlamentario, así como de las firmas correspondientes de los demás congresistas integrantes que apoyan la propuesta.

1.2. ANTECEDENTES PARLAMENTARIOS

Entre los proyectos de ley presentados desde julio de 2021, no se han identificado iniciativas similares.

2. CONTENIDO DEL PROYECTO LEGISLATIVO

El Proyecto de Ley 10641/2024-CR se compone de 4 artículos y 1 disposición complementaria final.

LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD

Artículo 1.- Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto mejorar y optimizar el primer nivel de atención del servicio público de salud, a fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población.

Artículo 2.- Evaluación de los establecimientos del primer nivel de atención



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

El Ministerio de Salud, en coordinación con las entidades del Poder Ejecutivo relacionadas, ejecuta una evaluación de los establecimientos del primer nivel de atención a fin de identificar las deficiencias y fortalezas, para mejor y optimizar el servicio en favor de la población.

Artículo 3. Criterios de optimización

Los establecimientos del primer nivel de atención del servicio público de salud deberán reordenarse bajo los criterios de población, territorio y déficit de infraestructura. El procedimiento será establecido en el reglamento de la presente ley.

Artículo 4. Essalud y establecimientos privados

Essalud y establecimientos privados, en coordinación con el Ministerio de Salud, y en el marco de sus competencias, mejoraran y optimizaran el su primer nivel de atención, a fin de complementar lo establecido en la presente ley en favor de la población.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

UNICA. El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, y en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, aprueban el reglamento de la presente ley, en un plazo no mayor de 60 días.

3. MARCO NORMATIVO

3.1 LEGISLACIÓN NACIONAL

- Constitución Política del Perú.
- Reglamento del Congreso de la República.
- Ley 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS)
- Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud (2011-2021)
- Norma Técnica de Salud N°171-MINSA/2021/DGAIN

3.2. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

La Declaración de Alma-Ata de 1978 fue una declaración internacional que estableció la atención primaria de salud (APS) como un derecho humano fundamental. Se firmó en Alma-Ata, capital de Kazajistán, el 12 de septiembre de 1978.

Esta declaración señala en su VI acápite lo siguiente:

“La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los a los individuos y las familias en la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. **Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo**



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”¹.

4. ANÁLISIS DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA

El derecho a la salud

De acuerdo con el MINSA en sus “Cuadernos de Promoción de la Salud. Derechos Humanos y Derecho a la Salud: construyendo ciudadanía en Salud”, el derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales y, por su complejidad, es uno de los más difíciles de garantizar a plenitud, así como de precisar en su contenido y alcances. Es un derecho por el valor que tiene en sí misma la salud para el desarrollo de las capacidades, personalidad y proyectos de vida de las personas, del mismo modo que para el desarrollo de las colectividades. Es un derecho fundamental, porque está directamente vinculado a los derechos a la vida y a la integridad moral, psíquica y física, que son la base, condición y límite del ejercicio de todos los derechos humanos. La salud es, por lo tanto, una condición esencial, un atributo sustantivo y una prerrogativa inalienable de la dignidad de las personas como seres individuales y sociales².

Para que este derecho pueda aplicarse de manera oportuna, plena y con calidad es importante que en nuestro país se cierren las brechas en salud, tanto en infraestructura, equipamiento y sobre todo en Recursos Humanos, es decir en profesionales de la salud que puedan atender la demanda en salud de la población.

Características del primer nivel de atención de salud en Perú

En la prestigiosa revista “Anales de la Facultad de Medicina”, volumen 81, 3 de julio-setiembre del 2020, bajo el título “**Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19**”, se menciona sobre el primer nivel de atención (PNA) lo siguiente:

“En el Perú, el PNA reproduce la participación de distintas instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas en el sistema, cada una de las cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados. Las instituciones que brindan servicios de salud son: Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, Seguro Social de Salud - EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), Sanidad de la Policía Nacional del Perú e instituciones del sector privado.

La red más grande de establecimientos de salud del PNA, pertenecen al Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, contando con 7851 establecimientos a nivel nacional,

¹ https://www.paho.org/sites/default/files/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf

² https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/217_CPS16.pdf



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

de los cuales 4350 (55%) no cuentan con médico y funcionan con otros profesionales de salud y técnicos asistenciales.

Existe un número reducido de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria en el subsistema público de salud a pesar de que la normatividad peruana sobre categorías de establecimientos de salud del Ministerio de Salud, vigente desde el 2011, establece que todos los establecimientos de salud de categoría I-4 deben contar con estos profesionales.

La red de establecimientos de salud del PNA, por muchos años estuvo enfocada y diseñada para la resolución de problemas de salud materno infantiles. Y la carga del cuidado de las enfermedades no transmisibles, como las oncológicas, las cardiovasculares, la diabetes, y la salud mental no han sido eficientemente manejadas desde estos establecimientos³.

Por su parte, el Ministerio de Salud en su “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud (2011-2021)” refiere sobre el PNA lo siguiente:

“La incorporación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) después de Alma Ata 1978 ha permitido mejorar la situación sanitaria en los países que la adoptaron. Sin embargo, el mundo y la APS han cambiado drásticamente, el propósito de renovar la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. **Es decir, se trata de adoptar un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud.**”

En el Perú existen desiguales oportunidades de enfermar y morir entre sectores de la población, así como en las posibilidades de ser atendidos y sanar. Ello se manifiesta en enormes brechas en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud, lo que es socialmente inaceptable. El vigente modelo de atención integral en salud, constituye el marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y de prevención, recuperación y rehabilitación; siendo el centro del modelo la persona.

El país se encuentra en un período de implementación de reformas sustantivas, entre las que se encuentran la Descentralización y el Aseguramiento Universal en Salud”.

En el mismo documento se menciona:

El Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, el Ministerio de Salud colocó como una de sus principales prioridades de reforma del sistema de salud peruano, el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con énfasis en la Atención Primaria de Salud en el marco del 99 y la Descentralización en Salud, orientada a todo el ámbito país, iniciándose en el 2010 en las regiones pilotos del AUS y

³ An. Fac. med. vol.81 no.3 Lima jul-set 2020

Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

descentralización, con el fin de asegurar la oferta de servicios de salud más equitativos, eficientes y de calidad y que respondan a las necesidades y demandas de la población, en un nuevo enfoque de intervención en salud; teniendo como eje central del modelo de atención integral, a la persona, familia y la comunidad.

Para garantizar el derecho a la salud de la población, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales actualmente ofertan a través de redes de servicios de salud 7,469 establecimientos de salud, de ellos, 10 son Institutos Especializados, 136 son hospitales; 1,306 Centros de Salud y 6017 Puestos o Postas de Salud. Estos dos últimos tipos de establecimientos (centros y puestos de salud) que representan la oferta del Primer Nivel de Atención constituyen el 98,05% de todos los establecimientos de salud

En la seguridad social podemos apreciar la siguiente distribución con respecto al primer nivel:

De acuerdo al documento “**Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud**”, publicado por el MINSA en enero de 2022, la población asegurada de EsSalud se ha incrementado en los últimos 10 años a una tasa de 2.2% en promedio; ha pasado de 9,786,864 asegurados en el año 2012 a 11,767,048 al tercer trimestre del año 2021. Del total del año 2021, se cuenta con el 60.1% de la población asegurada adscrita al primer nivel de atención y el 39.9% al segundo nivel de atención.

Tabla 1. Población asegurada adscrita, según Nivel de Atención Tercer Trimestre 2021

Nivel de atención	Población asegurada - EsSalud		
	Femenino	Masculino	Total
Primer Nivel	3,472,082	3,602,138	7,074,220
Segundo Nivel	2,309,879	2,382,931	4,692,828
Total	5,781,979	5,985,069	11,767,048

FUENTE: EsSalud

En la misma publicación se menciona lo siguiente sobre la capacidad instalada en el primer nivel de atención:

**DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.****Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.**

De acuerdo con datos del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud, el Sector Salud cuenta con más de ocho mil establecimientos de salud del primer nivel de atención, incluyendo a EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

En la Tabla 3 se presenta solo la cantidad de establecimientos de salud activos y en funcionamiento, por categoría y según institución responsable. No se ha incluido establecimientos de salud que no cuentan con Código Único de IPRESS o con la clasificación correspondiente a su nivel resolutivo.

Tabla 3. Establecimientos de Salud del PNA del Sector Público 2020

Institución Responsable	Categoría del Establecimiento de Salud				Total	Porcentaje
	I-1	I-2	I-3	I-4		
ESSALUD	1	164	121	23	309	3.52%
GOBIERNO REGIONAL	4303	2028	1091	274	7696	87.62%
INPE	14	31	8		53	0.60%
MINSA	4	152	195	35	386	4.39%
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	3	13	12		28	0.32%
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL		1	37		38	0.43%
SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU	3	14	7	2	26	0.30%
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU	11	23	3	2	39	0.44%
SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU	6	37	32	3	78	0.89%
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU	27	84	10	9	130	1.48%
Total	4372	2547	1516	348	8783	100.00%
Porcentaje	49.78%	29.00%	17.26%	3.96%	100.00%	

Fuente: RENIPRESS en Portal Institucional de SUSALUD. Diciembre de 2020.

Del total de ES del primer nivel de atención, se determina la proporción de ES que se encuentran funcionando en condiciones inadecuadas respecto a la infraestructura y equipamiento. Esta proporción constituye la brecha de infraestructura del primer nivel de atención en términos de calidad.

**DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.****Para el 2021, la situación de estos establecimientos varió levemente:****Tabla 4. Establecimientos de Salud del PNA del Sector Público 2021**

Institución Responsable	Categoría del Establecimiento de Salud				Total	Porcentaje
	I-1	I-2	I-3	I-4		
ESSALUD	2	163	122	24	311	3.50%
GOBIERNO REGIONAL	4310	2042	1141	280	7,773	87.62%
INPE	15	31	8		54	0.60%
MINSA	5	156	198	35	394	4.39%
MUNICIPALIDAD DISTRICTAL	3	14	15		32	0.32%
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL		1	38		39	0.43%
SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU	2	14	7	2	25	0.30%
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU	11	23	3	2	39	0.44%
SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU	6	35	34	1	76	0.89%
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU	28	85	12	8	133	1.48%
Total	4382	2564	1578	352	8,876	100.00%
Porcentaje	49.37%	28.89%	17.78%	3.97%	100.00%	

Fuente: RENIPRESS en Portal Institucional de SUSALUD. Diciembre de 2021.

Es necesario tener en cuenta que la cantidad total de ES puede variar ya que como consecuencia de inspecciones técnicas un ES que brinda servicios a la población puede reportarse como activo, en funcionamiento o inoperativo. Así, en el año 2020 existían 8783 ES del primer nivel de atención en funcionamiento según datos del RENIPRESS, pero para el año 2021 esta cifra cambió a 8876.

Asimismo, podemos apreciar en el mismo documento un cuadro que señala el alto porcentaje de ES del primer nivel con capacidad instalada inadecuada. El Callao, Ica, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali tiene el 100% de sus ES del PNA con capacidad instalada inadecuada. El departamento de Tumbes presenta la menor cantidad nominal (54 ES) de brecha y Cajamarca presenta la brecha con mayor cantidad (865 ES) en términos de infraestructura y equipamiento. El departamento que presenta la menor brecha en términos porcentuales es Ayacucho con el 87.41%. (Ver Tabla 5)



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

Tabla 5. Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada por Circunscripción Departamental 2021

Departamento	Total de establecimientos de salud (ES)	Valor Proyectado de ESI *		Valor Logrado de ESI	
		ESI Nominal	ESI Porcentual	ESI Nominal	ESI Porcentual
AMAZONAS	490	481	98%	480	97.96%
ANCASH	424	400	94%	413	97.41%
APURIMAC	397	367	92%	383	96.47%
AREQUIPA	293	287	98%	290	98.98%
AYACUCHO	413	330	80%	361	87.41%
CAJAMARCA	874	849	97%	865	98.97%
CALLAO	84	83	99%	84	100.00%
CUSCO	375	349	93%	355	94.67%
HUANCAVELICA	417	398	95%	406	97.36%
HUANUCO	338	323	96%	328	97.04%
ICA	165	164	99%	165	100.00%
JUNIN	536	526	98%	531	99.07%
LA LIBERTAD	332	314	95%	318	95.78%
LAMBAYEQUE	199	198	99%	199	100.00%
LIMA	851	842	99%	846	99.41%
LORETO	458	449	98%	456	99.56%
MADRE DE DIOS	99	97	98%	99	100.00%
MOQUEGUA	70	69	99%	69	98.57%
PASCO	269	265	99%	267	99.26%
PIURA	448	431	96%	436	97.32%
PUNO	487	459	94%	471	96.71%
SAN MARTIN	390	370	95%	383	98.21%
TACNA	98	98	100%	98	100.00%
TUMBES	56	52	93%	54	96.43%
UCAYALI	220	220	100%	220	100.00%
TOTAL	8783	8421	96%	8577	97.65%

Fuente: RENIPRESS, noviembre 2021. Banco de Inversiones. **Elaboración: OPMI-MINSA.**
 * ESI: Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada

Brecha de Recursos Humanos en Salud

Como referimos en el dictamen del PL 10156/2024-CR, aprobado por esta Comisión, nuestro país enfrenta una serie de brechas en infraestructura, recursos humanos y equipamiento, que sumado al aún bajo presupuesto asignado al sector, generan gran insatisfacción por parte de los pacientes en el sistema de salud.

Tanto el Sistema Integral de Salud (SIS) como el Seguro Social de Salud (EsSalud) experimentan una alta demanda, con citas programadas con meses de anticipación y una disponibilidad limitada de cupos.

De acuerdo al portal Infobae de abril del 2024 se menciona lo siguiente: “Según datos del **Ministerio de Salud** (Minsa), la situación es alarmante: solo hay **17 médicos por cada 10 mil habitantes** en el país, cifra que disminuye a solo cuatro en el primer nivel de atención, lejos del estándar recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de **43 médicos por 10 mil habitantes**”

La **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) sugiere que debería haber al menos **23 médicos** por cada 10 mil habitantes. Sin embargo, el déficit estimado



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

por el **Minsa** asciende a 24 mil trabajadores de salud solo en el primer nivel, el cual debería atender el 80 % de las necesidades de la población.

Los **departamentos más afectados** son Loreto, Cusco, Puno, Lima y Cajamarca, que requieren un mayor número de profesionales de la salud para satisfacer las necesidades de la población.⁴

En el caso concreto de ESSALUD, tenemos que la brecha calculada para el año 2023 es de 6383 médicos, 8171 profesionales de la salud y 7608 técnicos, es decir 22162 servidores como brecha de recursos humanos al 2023.

Siendo entonces el primer nivel de atención la puerta de entrada al sistema de salud y en donde deberían solucionarse la mayoría de las patologías frecuentes, las cuales pueden constituir hasta el 80% de los motivos de consulta, este debería ser potenciado y así superar las brechas tanto de infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

5. ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO Y EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA.

Nuestro sistema de salud se encuentra hiper fragmentado, con ES que dependen del MINSa, con los de la Seguridad Social que dependen del MINTRA, con los de la Policía Nacional que dependen del MININTER, con los de las fuerzas armadas que dependen del MINDEF, los ES en el interior del país que dependen administrativamente de sus gobiernos regionales y en Lima con Hospitales de la Solidaridad administrados por la Municipalidad de Lima además del sector privado, siendo una realidad común en Latinoamérica.

Ante esta realidad, en diferentes momentos y gobiernos, se ha intentado integrar el sistema de salud, tal como se menciona en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (Vol. 36, N° 2 jun/set 2019) de la siguiente manera:

- “En 1978, el gobierno militar emitió el Decreto Ley 22365, creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud con el objetivo de coordinar acciones con niveles escalonados en la atención desde el hogar y la comunidad, hasta hospitales especializados. Hasta esta fecha, los prestadores de servicios de salud actuaban independientemente y el MINSa sólo tenía un rol normativo para los servicios públicos, por lo que la fragmentación y la falta de coordinación intersectorial del sistema eran casi una norma.

- En 1990, la Ley de Organización y Funciones del MINSa, dada mediante Decreto Ley 584, derogó el Decreto Ley 22365; para integrar representantes de la sociedad civil en la conformación del Consejo Nacional de Salud.

⁴ <https://www.infobae.com/peru/2024/04/14/solo-hay-4-medicos-por-cada-10-mil-habitantes-en-peru-cuantos-son-necesarios-para-atender-a-toda-la-poblacion/>

DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

- Entre 1992 y 1995 se habla de experiencias de Desarrollo Integral de la Salud, al mismo tiempo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa las Redes Integradas de Salud (RIS) como unidades de conducción, programación y gerencia, refiriéndole en su informe.
- Entre 2001 y 2002, se establece la Ley 27783, que determina la conformación de Redes; bajo el concepto de microrredes de Establecimientos y Servicios de Salud.
- En agosto de 2002 se promulgó la Ley 27813, que creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Así se empezaron a delimitar las Direcciones de Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y en 2003 se presentó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como el marco referencial para el diseño de una nueva política de salud.
- En 2009 se aprobó la Ley 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud, la cual constituyó el hito más fuerte en la implementación de una serie de reformas y generación de herramientas estructurales que podrían actuar como factores para impulso de una estrategia de RIS.
- En 2011 se plantea un documento normativo para el fortalecimiento del primer nivel de atención, como parte de este impulso, pero que no llegó a contribuir mucho debido a la falta de legislación y compromiso. Por otro lado, el MAIS, renueva su compromiso a través de una apuesta centrada en la familia y la comunidad.
- En 2013 se promulgó el Decreto Legislativo 1166, que establece el marco normativo para el funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud (RIAPS); pero que posteriormente fue derogada en 2017 por el incumplimiento de la reglamentación.
- En diciembre de 2018 se aprueba la propuesta de las RIS, bajo la Ley 30885, este documento normativo, establece que el ámbito de implementación de las RIS se da en los establecimientos de salud del MINSA y gobiernos regionales, dejando como opcional la integración a la RIS de los establecimientos de salud de los otros subsistemas⁵.

Ley 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS)

Esta norma señala que tiene por objeto establecer el marco normativo para su conformación y funcionamiento a nivel nacional; y, define a la RIS como el conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

⁵ http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200022



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

EL CONCEPTO DE RED INTEGRADA DE SALUD

De acuerdo al artículo “**Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú**” publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (vol. 36, N°2 jun/set 2019), “una RIS es el conjunto de organizaciones que, por medio de acuerdos institucionales, prestan una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, que rinde cuentas por los resultados sanitarios de la población objetivo.

La organización en RIS busca lograr la consolidación del derecho a la salud, generando la integración de los atributos de APS como: acceso, oportunidad, continuidad de atención y cuidados y de calidad de los servicios. La OPS considera que las RIS son una forma de optimizar el enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, favoreciendo la cobertura y el acceso universal en salud; la atención integral, integrada y continua; el primer contacto con los servicios de salud; el cuidado apropiado; la organización y gestión; la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial”.⁶

Podemos entonces referir que, las RIS se plantean como una política para contrarrestar la fragmentación en el sector, ya que la actual normativa no varía de manera significativa esta dispersión; esto a su vez genera la poca eficiencia en el manejo de los recursos públicos, así como escasa rectoría en los demás componentes del sistema de salud. Para el logro de una real transformación del sistema sanitario será necesario que se generen normas que fortalezcan esta rectoría a través de potenciar el primer nivel de atención.

6. ANÁLISIS DE LAS OPINIONES E INFORMACIÓN SOLICITADA.

6.1 OPINIONES E INFORMACIÓN SOLICITADAS

Pedidos de Opinión Realizados por la Comisión de Trabajo y Seguridad Social

Número de Oficio	Institución Consultada	Fecha del Pedido
OFICIO 1822-2024-2025-CTSS/P-CR	Ministerio de Economía y Finanzas	01/04/2025
OFICIO 1827-2024-2025-CTSS/P-CR	FED-CUT-ESSALUD	01/04/2025
OFICIO 1853-2024-2025-CTSS/P-CR	Academia Nacional de Medicina	01/04/2025
OFICIO 1823-2024-2025-CTSS/P-CR	ESSALUD	01/04/2025
OFICIO 1850-2024-2025-CTSS/P-CR	Colegio Médico del Perú	01/04/2025

⁶ http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200022



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

OFICIO 1824-2024-2025-CTSS/P-CR	Presidencia del Consejo de Ministros	01/04/2025
OFICIO 1851-2024-2025-CTSS/P-CR	Federación Médica Peruana	01/04/2025
OFICIO 1821-2024-2025-CTSS/P-CR	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	01/04/2025
OFICIO 1851-2024-2025-CTSS/P-CR	Ministerio de Salud	01/04/2025
OFICIO 1851-2024-2025-CTSS/P-CR	SINAMSSOP	01/04/2025

6.2 OPINIONES E INFORMACIÓN RECIBIDA

A la fecha de elaboración del presente dictamen, han llegado a la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, opiniones de las siguientes instituciones, mediante los documentos que se detallan a continuación:

Presidencia del Consejo de Ministros

Mediante Oficio 240-CDN-FED-CUT-ESSALUD-2025 del 08 de abril del 2025 refieren que:

Conclusión

El proyecto de ley presenta un objetivo legítimo y urgente: mejorar el primer nivel de atención en el país. Sin embargo, su implementación debe enmarcarse en el respeto absoluto por el orden constitucional y legal vigente. En tal sentido:

- Se respalda el fortalecimiento del primer nivel de atención, siempre que se realice de forma autónoma desde cada subsistema.
- Se rechaza tajantemente cualquier intento de unificación operativa forzada que implique la afectación de los recursos, infraestructura o personal de EsSalud.
- Se advierte que permitir el acceso generalizado de población no asegurada a los servicios de EsSalud, sin un diseño técnico-financiero sostenible, representa una afectación directa a los derechos de los asegurados y una pérdida de sostenibilidad del sistema contributivo.
- Se recomienda impulsar una estrategia de mejora del primer nivel desde EsSalud, con gestión eficiente, autonomía fortalecida y eliminación de la excesiva burocracia interna.

Por todo lo expuesto, se recomienda que el proyecto de ley sea ajustado y precisado, de modo que garantice el fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco de respeto a la institucionalidad, autonomía financiera y marco constitucional que protege a la seguridad social en el Perú. Sin otro particular nos suscribimos de usted, reiterándole las muestras de nuestra especial consideración y estima personal

Mesa de Trabajo

El día 10 de abril del 2025 se llevó a cabo una mesa de trabajo con la participación de los representantes del Ministerio de Salud, ESSALUD, la



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

Universidad Peruana Cayetano Heredia, y los asesores del despacho del congresista proponente. Estos aportes fueron recogidos en parte para la confección del presente pre dictamen.

MESA DE TRABAJO EN RELACIÓN AL P.L. 10641/2024-CR	
Nombres y Apellidos	Institución que Representa
Dra. Margot Blas Aedo	EsSalud
Dr. Carlos Alvarado Chico	Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud
Dra. Ethel Baltazar Vega	Directora Ejecutiva de la Dirección de Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud
Dra. Nelly Vásquez Jiménez	Asesora Legal de DGAIN – Ministerio de Salud
Dra. Roxana Maribel Ríos Córdova	Representante de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
Pamela Torres	Asesora del despacho del Congresista Edgard Reymundo
Gustavo Vela	Asesor del despacho del Congresista Edgard Reymundo
Dr. César Palomino Colina	Asesor de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social
Dr. Guillermo Jiménez Palacios	Asesor de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social
Mg. Khely Santiago Rivera	Técnica de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social





DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

7. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente norma busca una priorización y repotenciación del primer nivel de atención, siendo este la puerta de entrada de las personas al sistema de salud y que, si estuviera debidamente potenciado, al cubrir cerca del 80% de las patologías frecuentes que acuden a consulta, se evitaría congestión en los hospitales del segundo y tercer nivel a fin de que se aboquen a resolver los problemas de salud más complejos, además de reafirmar el modelo de las Redes Integradas de Servicios de Salud – RIS, las cuales constituyen una nueva propuesta que implica el rediseño organizacional del Sistema Nacional de Salud, desde la persona, la familia, la comunidad, los establecimientos de salud cercanos al domicilio y los hospitales. Además, con énfasis en la Atención Primaria de la Salud (APS), intervenciones en los determinantes económicos, sociales y culturales; así como en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y en un adecuado flujo de los usuarios a través de todos los niveles de atención médica.

En ese sentido, los costos y beneficios generados para los diferentes actores se detallan en el siguiente cuadro:

Análisis de Costos y Beneficios por Actores

Actores	Directos	Indirectos
SISTEMA DE SALUD	<p>Mejorar y optimizar el primer nivel de atención del servicio público de salud, a fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población.</p> <p>El primer nivel de atención proveerá servicios de salud para el cuidado integral de salud, a través de la promoción, prevención, diagnóstico, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de manera articulada entre los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que la conforman en su ámbito. Estos cuidados integrales de salud se brindan mediante la oferta fija o móvil, e incluyen las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales.</p>	<p>Al potenciarse y tener una real capacidad resolutoria, cubrirán cerca del 80% de las patologías frecuentes que acuden a consulta, se evitaría congestión en los hospitales del segundo y tercer nivel a fin de que se aboquen a resolver los problemas de salud más complejos.</p> <p>Al dar realce a la actividad preventivo promocional que por esencia se realiza en el primer nivel, se prevendrán complicaciones por las consecuencias de enfermedades crónicas detectadas y tratadas a tiempo como la Hipertensión arterial y la diabetes, generando ahorro para el sistema de salud en general.</p>
PACIENTES	<p>Resolverán de manera pronta, con calidad y calidez la mayor parte de los problemas de salud que los motiva a acudir a un EE.SS. del primer nivel, además que al tener acceso oportuno se podrán detectar a través de las actividades preventivo promocionales</p>	<p>La participación activa de la comunidad en este nivel de atención genera mayor responsabilidad y autocuidado de la salud en la ciudadanía.</p>



DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY 10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO, PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

	problemas de salud y realizar las intervenciones oportunas a fin de evitar las secuelas que podrían generar, como por ejemplo infartos o accidentes cerebro vasculares en los pacientes hipertensos o diabéticos, así como prevenir y manejar problemas de salud como la anemia y sus consecuencias sobre todo en la infancia.	
--	--	--

RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa legislativa guarda concordancia con el Acuerdo Nacional, particularmente con el punto II. Equidad y Justicia Social específicamente en el numeral 13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.

8. CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, de conformidad con el inciso b) del artículo 70 del Reglamento de Congreso de la República, recomienda la aprobación del Proyecto de Ley 10641/2024-CR, con el texto sustitutorio siguiente:

LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto mejorar y optimizar el primer nivel de atención del servicio público de salud, para fortalecer la calidad de vida de la población.

Artículo 2. Evaluación de los establecimientos del primer nivel de atención del servicio público de salud

El Ministerio de Salud, en coordinación con las entidades del Poder Ejecutivo que correspondan, evalúa los establecimientos del primer nivel de atención del servicio público de salud identificando las brechas, deficiencias y fortalezas para su mejora y optimización.

Artículo 3. Criterios de optimización

3.1 Los establecimientos del primer nivel de atención del servicio público de salud deben reordenarse, bajo responsabilidad del titular del sector, de acuerdo con los criterios previstos en la Ley 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), con la finalidad de priorizar su repotenciación o construcción de nuevos establecimientos de salud tomando en cuenta la demanda de atención y su real capacidad resolutive.



**DICTAMEN RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY
10641/2024-CR QUE, CON TEXTO SUSTITUTORIO,
PROPONE LA LEY QUE OPTIMIZA EL PRIMER NIVEL
DE ATENCION DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.**

3.2 Las brechas identificadas en el primer nivel de atención del servicio público de salud se incluyen en el Plan Multianual de Inversiones de los sectores correspondientes.

Artículo 4. Primer nivel de atención en los subsectores de salud

Los establecimientos del primer nivel de atención del Seguro Social de Salud (EsSalud), de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú y de los demás subsectores de salud, en coordinación con el Ministerio de Salud y en el marco de su autonomía y competencias, mejoran y optimizan su primer nivel de atención, considerando las disposiciones de la presente ley.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Cláusula de evaluación

El Ministerio de Salud informa anualmente a la Comisión de Salud y Población y a la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso de la República, sobre el resultado de las políticas, medidas o acciones implementadas para el cierre de brechas y para corregir las deficiencias encontradas en el primer nivel de atención del servicio público de salud.

SEGUNDA. Reglamento

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, aprueba el reglamento de la presente ley dentro del plazo no mayor a sesenta días calendario contados a partir de su vigencia.

Sala de Comisión.

Lima, abril del 2025.