



Proyecto de ley N°:

1492/2016-CR

Ley que modifica el artículo 2° del Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los servicios complementarios en salud"

El Congresista de la República por el departamento de Cajamarca, que suscribe, **CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ**, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y a través del Grupo Parlamentario **Alianza para el Progreso – APP** conforme a lo dispuesto por el numeral 2 del artículo 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente iniciativa legislativa:

PROYECTO DE LEY

El Congreso de la República
Ha dado la siguiente ley:



LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 2° DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1154, QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD

Artículo 1.- Objeto de la ley

La ley tiene como objeto satisfacer los servicios de salud en los distintos establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, sus organismos públicos adscritos, los establecimientos de salud de los gobiernos regionales, del Seguro Social de Salud (Es Salud), las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; permitiendo que los profesionales de salud brinden servicios complementarios sin convenio.

Artículo 2.- Modificación del artículo 2° del DL. N° 1154

Modifícase el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1154, de acuerdo con el siguiente texto:

Artículo 2.- Definición de los Servicios Complementarios en Salud

El servicio complementario en salud, es el servicio que el profesional de salud presta en forma voluntaria, en el mismo establecimiento de salud donde labora o en otro establecimiento de salud, por carencia de oferta especializada constituyendo una actividad complementaria adicional determinada por las entidades comprendidas en el ámbito de aplicación de la presente norma.

La falta de oferta en el mercado de profesionales especializados de la salud autoriza al establecimiento de salud carente de los mismos

la contratación excepcional de servicios complementarios; quedando obligada bajo responsabilidad del titular de comunicar a la entidad en la que labora el profesional de la salud dicha contratación. La prestación de estos servicios no afectara el horario del servicio de su unidad ejecutora.

La entrega económica por el servicio complementario en salud debe encontrarse diferenciada en la planilla única de pagos.

Esta entrega económica no tiene carácter pensionable, no está sujeta a cargas sociales, ni forma parte de la base de cálculo para la determinación de la compensación por tiempos de servicios. Se encuentra afecta al impuesto a la Renta.

Artículo 3.- Pago de servicios complementarios

El pago se efectuará a cargo de la entidad a donde pertenece el establecimiento en el que se realiza el servicio complementario.

Lima, 08 de mayo de 2017

Gloria Montero
César Vásquez Sánchez
César Vásquez Sánchez
Congresista de la República

Marisol Espinoza Cruz
Eloy Macóñez
Julio Ríos
Benito Ríos
Marisol Espinoza Cruz

MARISOL ESPINOZA CRUZ
Directiva Portavoz Titular
Grupo Parlamentario
Alianza para el Progreso - APP

I.- EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1 Antecedentes

El artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1154 estipula que el servicio complementario lo prestan los profesionales de salud en el mismo establecimiento o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga firmado un convenio de prestación de servicios complementarios, Convenios pactados con las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Salud o Convenios de Intercambio Prestacional, constituyendo una actividad complementaria adicional determinada por las entidades comprendidas en el ámbito de aplicación de la presente norma.

La norma antes precisada, establece que para que un profesional de la salud pueda brindar servicios complementarios era necesario la firma de un convenio, lo que evidentemente limita la actividad; pues desde de la promulgación de esta en el año 2013 los problemas persiste, lo que significa que esta medida no ha ayudado a resolver el problema para la cual fue emitida.

Actualmente una de las brechas sociales de desigualdad, es la ausencia de profesionales de la salud, lo que ha conllevado a que por años se genere lo que se denomina el fenómeno de la exclusión social en salud, la mismas que se da en medio de la interacción entre las necesidades de salud y la capacidad de respuesta del Sistema de Salud frente a dichas necesidades. En este contexto la principal función del Sistema de Salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud, cumpliendo adecuadamente los parámetros de acceso, cobertura, eficiencia, equidad, calidad, seguridad y sostenibilidad¹. Sin embargo dicho sistema actualmente no está cumpliendo dicha función.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) precisa que son cuatro causas principales de exclusión en salud, cada causa con varias dimensiones e indicadores. Las causas son: 1. Déficit de infraestructura adecuada, 2. **Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos**, 3. Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud y 4. Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados.²; ello esta corroborado con los indicadores actuales, que señalan que faltan 24,500 médicos especialistas, esta cifra se disgrega en 16,500 para los hospitales del Ministerio de Salud - Minsa y 8,000 profesionales

¹ MINISTERIO DE SALUD. Análisis de Situación de Salud del Perú. Primera Edición – Septiembre del 2013. Pág. 34. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

² MINISTERIO DE SALUD. Análisis de Situación de Salud del Perú. Primera Edición – Septiembre del 2013. Pág. 34. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

para los nosocomios de la seguridad social (EsSalud)³; a estos indicadores hay que sumar la profunda crisis sanitaria que en este momento atraviesa nuestro país producto del periodo de emergencia; pues al haberse declarado en estado de emergencia sanitaria a **Ica, Áncash, Cajamarca y La Libertad** por un periodo de 90 días, además de las regiones de **Lambayeque, Piura y Tumbes** la situación es más dramática aún; a ello hay que sumar que recientemente se informa que hospitales como el Santa Rosa en Piura habría colapsado⁴, por exceso de pacientes y por déficit de personal de salud; este hecho evidentemente se presenta en otras regiones.

A lo antes precisado y para relucir el gran problema que se viene en el sistema a salud, es las sanciones impuestas a servidores del sector salud, así como los procedimientos disciplinarios iniciados en contra de estos, que de manera excepcional han brindado sus servicios a otras entidades y por las cuales han recibido una contraprestación; lo que ha conllevado a que sean procesados por la doble percepción del sueldo; partiendo básicamente de una interpretación literal de la constitución y diversas normas de carácter legal, pero sin realizar un análisis sistémico del ordenamiento jurídico, pues resulta evidente que por encima de un precepto orgánico, está un derecho fundamental como es el derecho a la salud de las personas, el cual el estado está obligado a proteger de conformidad con la Constitución Política del Perú.

1.2 Análisis

1.2.1.- Responsabilidad Constitucional de la prestación de salud

El Tribunal Constitucional, precisa que desde el ámbito del derecho internacional de los Derechos Humanos, **la salud no debe entenderse como un derecho por la cual se exige que el Estado garantice a todos sus súbditos el funcionamiento normal de su sistema orgánico, tanto en sus aspectos físicos, biológicos y psíquicos, sino más bien como uno que garantice el acceso a prestaciones de salud adecuadas, de calidad, con médicos competentes y con políticas públicas coherentes.** Sin embargo, desde una perspectiva constitucional, lo expuesto condujo al supremo intérprete de la Constitución a la conclusión de que la salud no puede ser entendida desde un ámbito negativo de ausencia de enfermedad, sino que **exige también una contraparte, una faceta positiva, en el sentido de que todos tienen "(...) el derecho de que se le asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y**

³LA REPUBLICA. Edición Impresa del 13 de septiembre del 2015. <http://larepublica.pe/impresa/sociedad/703050-en-hospitales-del-minsa-y-de-essalud-hay-deficit-de-24500-medicos-especialistas>.

⁴LA REPUBLICA. Edición Impresa del 21 de abril del 2017. <http://larepublica.pe/impresa/sociedad/867884-hospital-santa-rosa-colapsa-por-exceso-de-pacientes>

asistencia médica, correspondiente al nivel que lo permiten los recursos públicos y la solidaridad de la comunidad⁵.

Sin embargo, el estado no puede garantizar el acceso a las prestaciones de salud adecuadas, pues las brechas en recursos humanos en los últimos años se han agudizado; así según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud consideran que el mínimo de médicos indispensable para garantizar una adecuada atención de salud a la población debe ser 10 por 10 mil habitantes. **El Perú está por debajo de esa cifra como promedio nacional (9,4), siendo la brecha y las inequidades mucho mayor en la perspectiva que se tiene para los niveles regionales y subregionales.** Así por ejemplo sólo contamos con 750 psiquiatras para atender a más 30 millones de peruanos, es decir, uno por cada 40 mil personas⁶.

De lo expresado se aprecia que la brecha de estos recursos es por la falta de profesionales de la salud y esto es fundamentalmente porque este tipo de profesionales su remuneración es muy diminuta, porque según el Colegio Médico del Perú⁷, alrededor de 1,000 médicos peruanos emigran cada año a diversas partes del mundo en busca de mejores oportunidades; ello debido a las disminuidas oportunidades que tienen en nuestro país, basta con señalar algunas de ellas, como por ejemplo que la remuneración económica en nuestro país es por debajo del promedio regional; pues el sueldo promedio de los médicos peruanos no sobrepasa los 1 500 dólares, considerándose uno de los más bajos en América Latina que es de 3, 000 dólares. A ello debe agregarse que no existe una política pública que permita a nuestros médicos seguir especializándose.

Estos hechos fácticos, se refleja en la carencia de recursos humanos; pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ la carencia de capital humano es una de los obstáculos más importantes para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos por ONU, puesto que reducir la mortalidad infantil (objetivo 4) y mejorar la salud materna dependen directamente (objetivo 5), entre otros factores, de que exista y esté disponible el personal calificado. La OMS recomienda que el número mínimo de médicos, obstetras y enfermeras sea mínimo 23 por cada 10,000 habitantes. Cabe señalar, que un deficiente nivel de salud afectará las oportunidades de desarrollo y la productividad de las personas lo que repercute en la producción agregada.

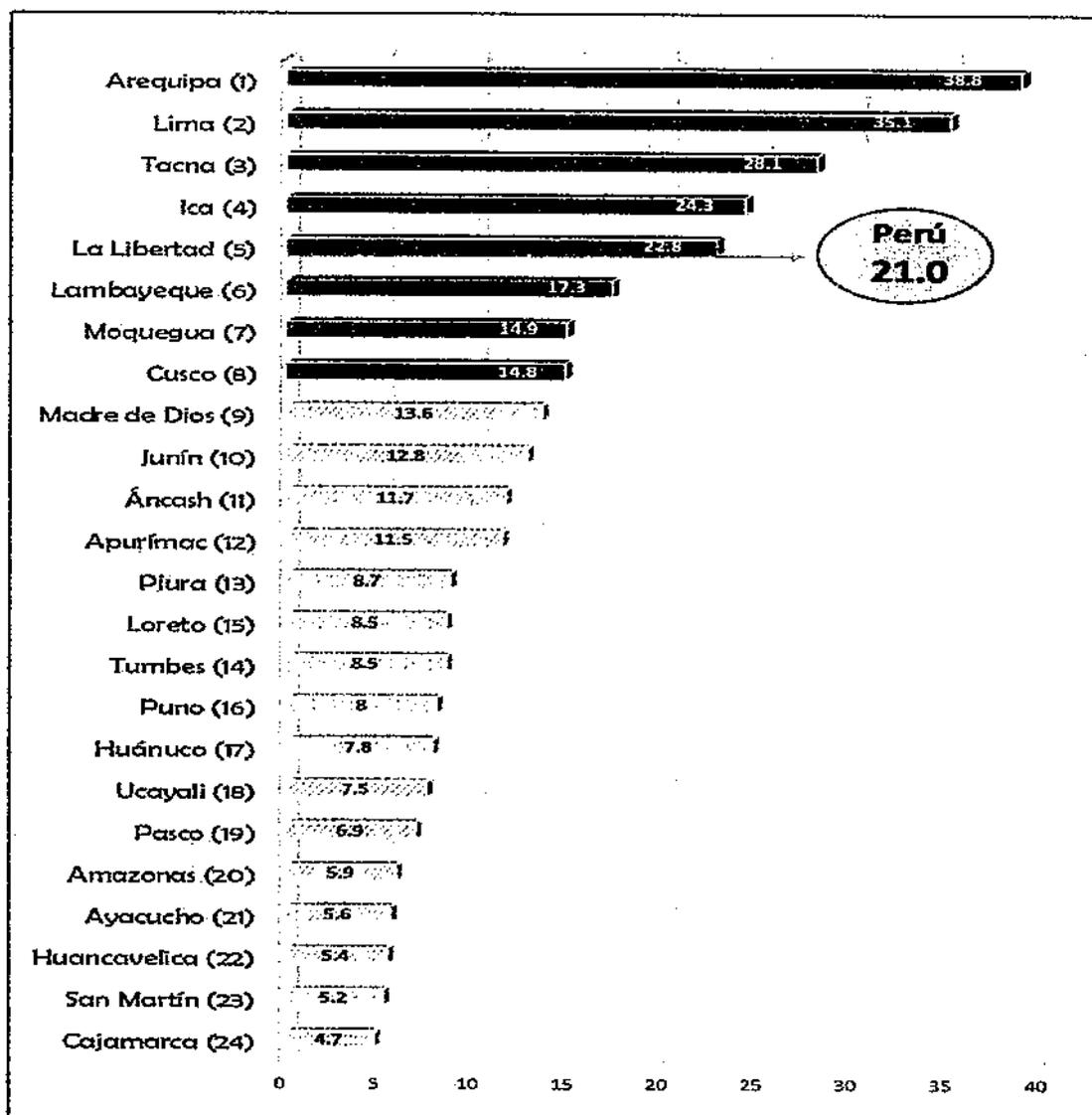
⁵ EXPEDIENTE N.º 3081-2007-PA/TC. <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2008/03081-2007-AA.html>

⁶ <http://peru21.pe/actualidad/solo-hay-750-psiquiateras-30-millones-peruanos-segun-colegio-medico-peru-2229093>

⁷ El Peruano. Edición del 03 de mayo del 2016. <http://www.elperuano.pe/noticia-crece-demanda-medicos-peruanos-40610.aspx>

⁸ Instituto Peruano de Economía. <http://ipe.org.pe/content/mas-personal-medico-su-servicio>

Cobertura de Personal Médico: Entre paréntesis el puesto entre 24 regiones y valor en número de médicos por cada 10 000 habitantes:



Fuente: INEI – Elaboración Instituto Peruano de Economía.

De lo anotado Arequipa es la región con mayor cantidad de personal médico con 38,8 médicos, mientras que Cajamarca es la región con la menor cantidad de personal médico, esto con tan solo 4,7 médicos. Así también se puede precisar que solamente cuatro regiones sobrepasan el nivel promedio establecido por la Organización Panamericana de la Salud, eso es 23 médicos por cada 100 000 mil habitantes. Estas regiones son Arequipa, Lima, Tacna e Ica, mientras que 20 regiones están por debajo del promedio latinoamericano, algunas regiones muy por debajo de estos promedios.

Entonces resulta claro que actualmente el estado ha resultado incapaz de brindar prestaciones de salud adecuadas; ello debido a la falta de profesionales de la salud, especialmente de los especialistas; pues al 2015 le faltan 16.633 especialistas⁹, lo que objetivamente imposibilita que el estado brinde de manera adecuada este servicio. Ello se evidencia a diario, en unas interminables colas para atenderse, las referencias para dos o tres meses solo para tener una cita médica. Bajo esos parámetros el estado no está cumpliendo el compromiso asumido con sus ciudadanos por mandato constitucional.

En esa dirección, resulta fundamental tener en cuenta lo manifestado por el Tribunal Constitucional quien estima que en el marco de un Estado social y democrático de derecho la salud es un derecho constitucional de carácter indiscutible, lo que descarta la discrecionalidad, por lo que es deber del Estado adoptar las medidas pertinentes para la satisfacción del derecho. Así lo ha puesto de relieve en el fundamento 7 de la citada sentencia N° 2945-2003-AA/TC: "(...) O la salud es un derecho constitucional indiscutible y, como tal, generador de acciones positivas por parte de los poderes públicos, o simplemente se trata de una opción de actuación discrecional y, como tal, prescindible de acuerdo con la óptima disponibilidad de recursos. Entre ambas alternativas, y por lo que ya se ha puntualizado, el Estado social solo puede ser compatible con la primera de las descritas, pues resulta inobjetable que allí donde se ha reconocido la condición fundamental del derecho a la salud, deben promoverse, desde el Estado, condiciones que lo garanticen de modo progresivo, y que se le dispense protección adecuada a quienes ya gocen del mismo"¹⁰.

1.2.2.- Prestación de los servicios complementarios

Debe precisarse que esta iniciativa se basa en la excepcionalidad, pues resulta claro que solo se podrá realizar servicios complementarios cuando la oferta de este tipo de profesionales no se encuentre en el mercado; es decir cuando una entidad requiera un profesional deberá preferir a los profesionales que no tienen vínculo laboral, sino se encuentra recién proceder a contratar a los profesionales dependientes; asimismo ningún

⁹LA REPUBLICA. Edición Impresa del 25 de mayo del 2015. <http://larepublica.pe/impresa/sociedad/2665-faltan-mas-de-16-mil-medicos-especialistas-en-todo-el-pais>

¹⁰ EXPEDIENTE N.° 3081-2007-PA/TC. Visto desde el ámbito del derecho internacional de los Derechos Humanos, la salud no debe entenderse como un derecho por la cual se exige que el Estado garantice a todos sus súbditos el funcionamiento normal de su sistema orgánico, tanto en sus aspectos físicos, biológicos y psíquicos, sino más bien como uno que garantice el acceso a prestaciones de salud adecuadas, de calidad, con médicos competentes y con políticas públicas coherentes. Sin embargo, desde una perspectiva constitucional, lo expuesto condujo al supremo intérprete de la Constitución a la conclusión de que la salud no puede ser entendida desde un ámbito negativo de ausencia de enfermedad, sino que exige también una contraparte, una faceta positiva, en el sentido de que todos tienen "(...) el derecho de que se le asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, correspondiente al nivel que lo permiten los recursos públicos y la solidaridad de la comunidad".

profesional dependiente podrá realizar servicios complementarios si es que su régimen laboral es a dedicación exclusiva.

La iniciativa, **busca fundamentalmente que el estado brinde prestaciones de salud adecuadas y acorde con la demandas de la población; es por ello que resulta fundamental que ante el déficit de profesionales de la salud se permita que estos realicen servicios complementarios sin esperar a la suscripción de convenio alguno, pues este último constituye una limitante para prestar dichos servicios;** con ello estaríamos logrando no solo mejorar la atención a la población sino también mejorando los ingresos económicos de los profesionales de la salud, lo que daría como consecuencia que muchos profesionales opten por brindar sus servicios al estado y sobre todo evitar que estos migren a otros países como actualmente se viene haciendo.

Por ello resulta imprescindible la realización de los servicios complementarios sin la previa suscripción de convenios, porque estos convenios hoy se han convertido en procedimientos burocráticos sin ninguna finalidad, que lo único que ha logrado es saturar procedimientos administrativos autoritativos, sin resultados concretos; en consecuencia lo que se busca es dejar a la entidad requirente buscar al profesional que considere pertinente para brindar un buena prestación de salud que garantice no solo el acceso, sino a una atención rápida y eficaz.

La suscripción de un convenio está limitando para que los profesionales de la salud puedan realizar los servicios complementarios, porque si bien es cierto que existe déficit de profesionales en el sector; sin embargo con esta medida se busca incentivar a este tipo de profesionales para que presten servicios extras, que traiga como resultado la racionalización y dinamización de la prestación del servicio; con ello solucionamos en parte las brechas que existe en este sector referente al personal.

II.- ANÁLISIS COSTO- BENEFICIO

En el ordenamiento jurídico peruano realizar el análisis costo-beneficio implica un método para conocer en términos cuantitativos el impacto y el efecto que tiene un proyecto de ley sobre diversas variables que afectan a la sociedad; así lo dispone la Ley 26889, Ley Marco para la Producción y Sistematización Legislativa y, específicamente, el artículo 3° del Decreto Supremo N° 008-2006-JUS, Reglamento de la referida ley.

Para realizar el análisis costo – beneficio es indispensable contar con las variables necesarias para tener una idea clara del costo que implicaría la implementación de esta ley, en el presente caso, sería la realización de servicios complementarios sin previo convenio como indicador del estado en el cumplimiento de sus deberes constitucionales.

En ese sentido, dada la naturaleza jurídica de la iniciativa legislativa, no generará costo al erario público, todo lo contrario, contribuirá a lo siguiente:

- Cierre de brecha en recursos humanos en el sector salud que a su vez constituye una política pública.
- El ciudadano tendrá la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud que el estado realiza para cumplir con sus deberes.
- Mejorará las condiciones económicas de los profesionales de salud.
- Evitará la migración de estos profesionales, pues nuestro país, será atractivo en cuanto las posibilidades de desarrollo de esta profesión.

III.- EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa se orienta a modificar el artículo 42 del Decreto Legislativo N° 1154, respecto a la previa suscripción de convenio para realizar servicios complementarios.

Esta modificación no afecta la vigencia de norma alguna, ni las disposiciones contenidas en la Constitución, por el contrario, se busca consolidar el derecho fundamental a la salud, que implica que el estado brinde un servicio adecuado de las prestaciones de salud.

IV.- VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa tiene vinculación con las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

- **Segunda Política de Estado¹¹: Equidad y Justicia Social - 13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social**

¹¹ https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/PlanBicentenarioversionfinal.pdf
(Consultado el 05 de septiembre del 2016)