



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN

PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2020-2021

Dictamen N°056-2020-2021/CSP-CR

Señor presidente:

Ha ingresado a la Comisión de Salud y Población, el Oficio N° 166-2021-PR, el día 23 de marzo del 2021 mediante el cual el Poder Ejecutivo, en uso de las atribuciones previstas en el Artículo 108° de la Constitución Política del Perú, alcanza las observaciones formuladas a la autógrafa de ley que modifica diversos artículos del decreto legislativo 1154, decreto legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud.

El presente dictamen fue aprobado por mayoría con la dispensa del acta en la trigésima primera sesión ordinaria de la Comisión, celebrada el martes 08 de junio de 2021. Votaron a favor los señores congresistas, Omar Merino López, Jorge Luis Pérez Flores, María Teresa Céspedes Cárdenas, Miguel Ángel Gonzáles Santos, Manuel Arturo Merino de Lama, Absalón Montoya Guivin, **Tania Rosalía Rodas Malca, (en contra)** Vigo Gutiérrez Widman Napoleón y Barrionuevo Romero Betto

I. SITUACIÓN PROCESAL.

1.1. Antecedentes.

Los Proyectos de Ley 81/2016-CR, 1241/2017-CR, 1492/2017, 4908/2020, 5463/2020, 5252/2020, 6814/2020, materia de la autógrafa observada, fue decretado a la Comisión de Salud y Población, con fecha 23 de marzo del 2021, para su estudio y dictamen.

El 08 de noviembre del 2017 la Comisión de Salud y Población, aprobó por mayoría en la quinta sesión ordinaria el Dictamen de los Proyecto de Ley N° 81/2016-CR, 1241/2017-CR, y 1492/2017 y el Pleno del Congreso, a su vez, aprobó la "Ley que declara en emergencia el sistema nacional de salud y regula su proceso de reforma" en su sesión virtual del 26 de mayo del 2020 y dispensado de segunda votación en la misma fecha.

La Autógrafa se remitió al Presidente de la República el 03 de marzo del 2021; de conformidad con el artículo 108 de la Constitución Política del Perú, cuenta con 15 días para promulgarla u observarla, así el 23 de marzo del 2021, presenta la observación a la autógrafa remitida.



II. OBSERVACIONES FORMULADAS POR EL PODER EJECUTIVO.

Con fecha 23 de marzo del 2021 se recibió en el Congreso de la República el Oficio N° 166-2021-PR, firmado por el Presidente de la República Francisco Rafael Sagasti Hochhausler y la Presidenta del Consejo de Ministros Violeta Bermúdez Valdivia, observando la autógrafa de Ley, la cual en su análisis plantea puntos de reflexión que podemos dividir en 06 observaciones de la siguiente manera:

Primera observación: Servicio complementario en salud

La concepción inicial del Servicio Complementario en Salud, consideraba como ejecutor de dicho servicio al médico y/o médico especialista.

Posteriormente, el Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, establece en su artículo 11 que el servicio complementario en salud, es el servicio que el profesional de la salud presta en forma voluntaria, en el mismo establecimiento de salud o en otro con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga suscrito un convenio de prestación de servicios complementarios, convenio o contrato de intercambio prestacional o convenios pactados con las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS.

Del mismo modo, el Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los Servicios Complementarios en Salud, en su artículo 2 define a los servicios complementarios como el servicio que el profesional de la salud presta en forma voluntaria, en el mismo establecimiento de salud donde labora, 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.

Como puede advertirse, con la entrada en vigencia de los Decretos. Legislativos N° 1153 y 1154, se considera como ejecutor de los servicios complementarios en salud a los profesionales de la salud en general.

Segunda observación: Sobre la modificación del artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1154

La autógrafa contiene dos diferencias sustanciales respecto del Decreto Legislativo N° 1154: primero, restringe la prestación de servicios complementarios en salud únicamente a los profesionales de la salud con título de especialista; y segundo, para la realización de servicios complementarios en salud en un establecimiento de salud distinto al que se tiene vínculo laboral, se suprime la exigencia de contar con un convenio.

En cuanto a lo primero, se considera que, si bien existe una brecha de profesionales de la salud especialistas en el país, también es cierto que dicha brecha existe para los profesionales de la salud en general. En ese sentido, sería contraproducente restringir los alcances de los servicios complementarios en salud solo a los profesionales de la salud que tengan título de especialista, puesto que dicha medida contribuiría por el contrario a que la brecha de recursos humanos en salud existente se acreciente.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que, como consecuencia de la emergencia sanitaria por la COVID-19, los servicios complementarios en salud han permitido cerrar las brechas de profesionales de la salud en los establecimientos de salud a nivel nacional; por ejemplo:

- El artículo 11 del Decreto de Urgencia N° 039-2020, permitió ampliar el número de horas de servicios complementarios en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.
- El artículo 7 del Decreto de Urgencia N° 002-2021, modificado por el Decreto de Urgencia N° 020-2021, autoriza ampliar el número de horas de servicios complementarios en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, con especial énfasis en las unidades de cuidados intensivos e intermedios.
- El artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 020-2021, autoriza ampliar el número de horas de servicios complementarios en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Respecto a lo segundo, sobre la eliminación del requisito de contar con un convenio para la realización de servicios complementarios en otros establecimientos de salud, debemos indicar que la suscripción del convenio constituye la herramienta para viabilizar la realización de los servicios complementarios en salud, habida cuenta que, de acuerdo a los literales a) y b) del numeral 9.1 del artículo 9 de la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, el pago del Seguro Integral de Salud (SIS), en su calidad de Institución Administradora de Fondo de Aseguramiento en Salud (IAFAS), a otras IAFAS o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas, en el marco de los convenios o contratos de intercambio prestacional o compraventa de servicios complementarios a las prestaciones contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud -PEAS, se efectúa, ya sea mediante transferencias financieras a las unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y de los gobiernos regionales, en el marco de los convenios que se suscriban con el Seguro Integral de Salud (SIS), para la prestación de servicios, o directamente a las IPRESS, privadas o mixtas, de acuerdo a las condiciones que se establezcan en los contratos de compraventa de servicios complementarios.



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

Lo antes expuesto, es concordante con las disposiciones contenidas tanto en el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los Servicios Complementarios en Salud, como con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, este último establece lo siguiente:

Artículo 4. - De los Convenio Contratos

La transferencia de fondos o pago que efectúe el Seguro Integral de Salud (SIS) requiere la suscripción obligatoria de un convenio o contrato, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables.

En los convenios y contratos suscritos con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas y privadas respectivamente, podrán establecerse diferentes modalidades y mecanismos de pago.

Asimismo, el Seguro Integral de Salud (SIS) podrá realizar convenios de gestión directamente con asociaciones civiles sin fines de lucro que desarrollan acciones de cogestión en salud.

Los convenios y contratos con las IPRESS, así como con otras IAFAS, podrán reconocer el costo integral de la prestación".

Atendiendo a ello, se estima que debe mantenerse la exigencia de la suscripción del convenio como la herramienta que viabiliza la prestación de servicios complementarios en salud, a fin de guardar coherencia con lo dispuesto en el numeral 9.1 del artículo 9 de la Ley N° 29761 y el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1163.

Por otra parte, la eliminación del convenio supondría la vulneración de uno de los principios que orienta el financiamiento del aseguramiento universal en salud, como es el Principio de Eficiencia, recogido en el literal a) del artículo 3 de la Ley N° 29761, el mismo que persigue:

"(. . .) la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el aseguramiento público sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente, administrando de manera eficiente los recursos para el financiamiento de los regímenes de aseguramiento subsidiado y semicontributivo, que se destinen al Seguro Integral de Salud (SIS) en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)".

Debe tenerse en cuenta que la prestación de los servicios complementarios en salud, debe ser entendida como una prestación de servicios adicionales, de carácter voluntario, derivados de la relación laboral preexistente entre el profesional de la salud y su establecimiento de salud público empleador, y no como una relación jurídica entre dicho profesional de la salud y el establecimiento de salud que requiere de los servicios complementarios, de ahí la importancia de establecer los convenios como mecanismo de cooperación entre dichos establecimientos de salud para efectos de la prestación de servicios complementarios, sin que el profesional de la salud contravenga el artículo 40 de



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

la Constitución Política del Perú, que prohíbe que el funcionario o servidor público pueda desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, con excepción de uno más por función docente; prohibición que ha sido desarrollada por el artículo 3 de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público, según el cual:

"Ningún empleado público puede percibir del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso. Es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado. Las únicas excepciones las constituyen la función docente y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas".

Al respecto, si bien el artículo 40 de la Constitución Política ha sido modificado por la Ley N° 31122, Ley de reforma constitucional que habilita el doble empleo o cargo público remunerado del personal médico especializado o asistencial de salud, en casos de emergencia sanitaria; que amplía temporalmente la referida excepción, en casos de emergencia sanitaria, para el personal médico especialista o asistencial de salud, nótese que para su implementación se requiere previamente de una ley que autorice la ampliación temporal de dicha excepción, la que debe ser aprobada con el voto favorable de más de la mitad del número legal de los congresistas.

Ahora bien, no obstante que mediante los Decretos de Urgencia N°. 039-2020 (artículo 11), 002-2020 (artículo 7) y 020-2020 (artículo 2), se dispuso ampliar el número de horas de servicios complementarios en salud, exonerando a las entidades de la suscripción del convenio; debe tenerse en consideración que dichas medidas son de carácter estrictamente excepcional y temporal, y responden a la necesidad de dotar de mayor agilidad a las entidades para cubrir sus brechas de recursos humanos en salud debido al contexto de emergencia sanitaria que atraviesa el país por la pandemia de la COVID-19. En ese sentido la exoneración otorgada a las entidades respecto de la suscripción del convenio para realizar servicios complementarios no puede ser entendida como una medida de carácter permanente.

Adicionalmente, la citada reforma constitucional del artículo N° 40 no ha establecido ninguna excepción respecto de los cesantes y jubilados que perciben pensión por servicios prestados al Estado, en el sentido de que se pueda percibir simultáneamente pensión por servicios prestados al Estado y remuneración, ni tampoco ha habilitado al Congreso de la República a aprobar ninguna norma que pueda contener una excepción de ese tipo.

Por tanto, subsiste la prohibición establecida en el artículo 3 de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público en el sentido de que resulta incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado.

Tercera observación: Sobre la modificación del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1154

La autógrafa establece que los servicios complementarios en salud se podrán realizar hasta en un máximo de doce (12) horas (se entiende que se refiere a 12 horas por día). Considerando que la jornada ordinaria de trabajo de un profesional de la salud es de seis (6) horas diarias y que los servicios complementarios en salud se realizan fuera de dicha jornada, entonces, el profesional de la salud en un día podría prestar dieciocho (18) horas de servicio.

Al respecto, actualmente el artículo 7 del Decreto Supremo N° 001-2014-SA, Reglamento del Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los servicios complementarios en salud, dispone que los servicios complementarios en salud se pueden realizar hasta un máximo de seis (6) horas diarias. Sobre el particular, se debe tener en consideración que Ley N° 23536, Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, y su reglamento (aprobado por Decreto Supremo N° 019-83-PCM), determina una jornada especial de trabajo para los profesionales de la salud (6 horas diarias o 36 horas semanales o 150 horas mensuales); la misma que tiene como razón de ser, se brinde un adecuado servicio de salud a los pacientes o usuarios del servicio. En ese sentido, señalar como regla general que los servicios complementarios en salud puedan brindarse hasta un máximo de 12 horas por día, desnaturaliza la finalidad que se buscaba al establecer una jornada laboral especial para los profesionales de la salud.

En este punto cabe señalar nuevamente que, mediante los Decretos de Urgencia N°.039-2020 (artículo 11), 002-2020 (artículo 7) y 020-2020 (artículo 2), se han aprobado disposiciones temporales para la ejecución de los servicios complementarios en salud, tales como la ampliación del número de horas para realizar servicios complementarios, sin embargo, dichas medidas, entre otras, tienen carácter excepcional y transitorio que responde al contexto de la emergencia sanitaria por la COVID-19.

De otro lado, la autógrafa plantea que en el caso de los profesionales de la salud especialistas cesantes y jubilados, que estén en aptitud física y mental, puedan realizar servicios complementarios en salud.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que la edad de jubilación obligatoria en el Perú es de 70 años, aplicable a los regímenes laborales de los Decretos Legislativos N° 276 y N° 728, siendo que solo en este último régimen se permite el pacto en contrario; y que en el régimen laboral del Decreto Legislativo N° 1057 no se ha establecido un límite de edad para la prestación de servicios. En ese sentido, podríamos interpretar que la medida propuesta está dirigida principalmente para los profesionales de la salud especialistas cesantes y jubilados que pertenecieron al régimen del Decreto Legislativo N° 276. En ese orden de ideas, si la finalidad de los servicios complementarios es contribuir con el cierre de brechas de recursos



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

humanos en salud, la implementación de la medida planteada por la autógrafa requeriría de una evaluación previa respecto de la eficacia estimada que tendría dicha medida para el cierre de brechas de recursos humanos, evaluación que no se advierte en los dictámenes emitidos por la Comisión de Salud y Población de fecha 14 de noviembre de 2017 y la Comisión de Trabajo y Seguridad Social de fecha 05 de junio de 2019.

Al respecto, esta misma disposición señala que los servicios complementarios en salud se podrán programar hasta 12 horas (por día), por lo que, se debe evaluar si a los profesionales de la salud especialistas cesantes y jubilados también se les podría someter a una prestación de dicha naturaleza. considerando que ciertas actividades requieren condiciones físicas e intelectuales que de acuerdo a la edad se pueden menoscabar.

Adicionalmente, cabe mencionar que de acuerdo con el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1154, el servicio complementario en salud constituye una actividad complementaria adicional, es decir, es una prestación adicional derivada de una relación laboral preexistente. En ese sentido, considerando que la autógrafa en el artículo 2 de la propuesta

mantiene esta característica de los servicios complementarios en salud, así como, que los profesionales de la salud especialistas cesantes y jubilados ya no mantienen vinculación laboral, existe una contradicción entre los artículos 2 y 3 de la propuesta legal.

Cuarta observación: Sobre la modificación del artículo 4 del D.L. N° 1154

En cuanto a la modificación planteada al artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1154, en aspectos de forma, se advierte lo siguiente:

En los numerales 4.1 y 4.3 del artículo 4 se alude en la parte final de los mismos únicamente a los gobiernos regionales, empero, de acuerdo con el artículo 1 del Decreto Legislativo N° 1154, los servicios complementarios en salud son prestados por profesionales de la salud del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos adscritos, de los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales, del Seguro Social de Salud (ESSALUD), así como de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

El segundo párrafo del artículo 4 es reiterativo de lo señalado en el segundo párrafo del artículo 2, por lo que la primera disposición debe suprimirse.

Respecto a los temas de fondo, se advierte que el artículo 4 establece como nueva regla que cuando el servicio complementario en salud se realice en un establecimiento de salud distinto a donde labora el profesional de la salud, el pago de dicho servicio se realiza en el primero, es decir, donde prestó el servicio



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

complementario en salud. Sobre el particular, como hemos señalado previamente, al haberse suprimido el mecanismo del convenio entre las entidades para la prestación de servicios complementarios, autorizando que el pago al profesional de la salud lo haga efectivo el establecimiento de salud que requirió los servicios complementarios, se estaría contraviniendo la

prohibición de doble percepción de ingresos en el sector público, contemplada en el artículo 40 de la Constitución Política del Perú y legislativamente, en el artículo 3 de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público.

Quinta observación: Sobre el Sistema Nacional de Residencia Médico

Sobre el particular, debe tenerse en consideración que el artículo 23 de la Constitución Política del Perú establece que, "Ninguna relación laboral puede limitar el ejercicio de los derechos constitucionales, ni desconocer o rebajar la dignidad del trabajador", asimismo, señala que "Nadie está obligado a prestar trabajo sin retribución o sin su libre consentimiento". En atención a lo anterior, la modificación propuesta al numeral 17.3 del artículo 17 de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médico, vulnera lo establecido en la disposición constitucional antes mencionada, puesto que prohibir la renuncia a un trabajador, implicaría establecer un trabajo forzoso para éste

Sexta observación: Respecto al aspecto presupuestal

La modificación del término "excepcionalmente" que establece la norma vigente sobre el uso de la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, podría generar demandas de recursos adicionales con cargo a la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios. ¡Asimismo, el término "previsión presupuesta! anual" referido en la propuesta de modificación no está contemplado en las normas del Sistema Nacional de Presupuesto Público. De igual manera. no se justifica la inclusión del término "entidad" en el texto modificado, cuando los recursos corresponden al pliego presupuestario, conforme al Sistema Nacional de Presupuesto Público.

Asimismo, respecto a la medida comprendida en la Única Disposición Complementaria Transitoria de la citada Autógrafa de Ley, referida a la exoneración al literal b) del numeral 48.1 del artículo 48 y del numeral 49.1 del artículo 49 del Decreto Legislativo N° 1440, la misma afecta el cumplimiento de las metas físicas de los Programas Presupuestales vinculados a la atención de servicios brindados, tales como, inmunizaciones, tratamiento de TBC, Cáncer, Salud Mental, entre otros productos financiados a través de los Programas Presupuestales y que se deben reforzar en un contexto de pandemia; lo que a su vez. conlleva una mayor demanda de recursos adicionales por efecto de la disminución de recursos asignados para el cumplimiento de las metas vinculadas a los Programas Presupuestales.



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

Finalmente, cabe precisar que siendo la Autógrafa de Ley una iniciativa congresal, es pertinente tener en cuenta lo establecido en el artículo 79 de la Constitución Política del Perú: "Los representantes ante el Congreso no tienen iniciativa para crear ni aumentar gastos públicos (..) ". Por tanto, la Autógrafa de Ley contraviene lo regulado por el citado artículo.

III. ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES A LA AUTÓGRAFA DE LEY REALIZADA POR EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA.

3.1. Posiciones que puede optar la comisión con respecto a la observación que plantea el Presidente de la República a una Autógrafa de Ley.

La Comisión, requiere en primer lugar establecer de qué manera puede pronunciarse con respecto a las observaciones que presenta el Presidente de la República a la Autógrafa de Ley. Para responder a la interrogante, señalaremos que las observaciones presentadas se tramitan como cualquier proposición y corren con el expediente que dio origen a la ley observada; el Reglamento del Congreso de la Republicana no precisa la forma de pronunciarse de las comisiones con respecto a las autógrafas observadas, por esta razón el Consejo Directivo el 16 de setiembre de 2003, aprobó el acuerdo N° 080-2003-2004/CONSEJO-CR, el cual estableció las formas alternativas de pronunciamiento que las comisiones pueden tener respecto a las observaciones formuladas por el Presidente de la República a las autógrafas de ley aprobadas por el Congreso, transcribimos estas alternativas:

“Allanamiento: Cuando la Comisión acepta todas las observaciones formuladas por el Poder Ejecutivo y modifica el texto originario de la autógrafa, según dichas observaciones, sin insistir en aspecto alguno que hubiera sido objeto de observación, a la vez que, sin alterar, en forma ni en fondo, la parte no observada del texto de la autógrafa.

Insistencia: Cuando la Comisión rechaza, total o parcialmente, las observaciones del Presidente de la República e insiste en el texto originario de la autógrafa.

Se configura la insistencia, por lo tanto, cuando habiéndose aceptado algunas de las observaciones del Poder Ejecutivo, al mismo tiempo, se ha mantenido el texto originario de las otras disposiciones o artículos observados.

Nuevo Proyecto: Cuando dentro de un proceso de reconsideración frente a las observaciones del Poder Ejecutivo a una Ley aprobada por el Congreso, la Comisión incorpora al texto de la autógrafa observada nuevas normas o disposiciones, por propia iniciativa, sin considerar las observaciones del Poder Ejecutivo.



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

Asimismo, se configura también este supuesto cuando:

- a. Se aceptan las observaciones del Poder Ejecutivo, pero se incorporan nuevas disposiciones o normas no relacionadas con dichas observaciones sea respecto del fondo o de la forma;
- b. Se insiste en el texto originario de la autógrafa, pero se incorporan normas o disposiciones, de forma o de fondo, no relacionadas con las observaciones por el Poder Ejecutivo.

Con lo establecido en el referido Acuerdo del Consejo Directivo, la Comisión de Salud y Población, tiene tres opciones para emitir su pronunciamiento: la insistencia, allanamiento o un nuevo texto.

3.2. Análisis de las observaciones a la Autógrafa de Ley.

La Comisión, realizará un análisis de cada uno de los puntos observados y sus fundamentos:

En relación a la Primera y Segunda observación:

La Ley 30073, Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, permitió que el Poder Ejecutivo legisle en materia de salud y fortalecimiento del Sector Salud. Se viabilizó la reorganización del Ministerio de Salud y sus organismos públicos, y entre otras materias, se implementó la política integral de remuneraciones de los servidores médicos, profesionales y personal asistencial de la salud del sector público. El Decreto Legislativo 1154, aprobado en el marco de dicha ley autoritativa, norma los servicios complementarios en salud.

La finalidad perseguida con el Decreto Legislativo 1154 era establecer una mejor relación entre la demanda de los servicios de salud y la oferta de estos a nivel nacional, considerando el déficit de profesionales de la salud en el país. En tal sentido, se autorizó a estos profesionales que pertenezcan al Ministerio de Salud, a sus Organismos públicos adscritos, de los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales, de EsSalud, y también de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú a que puedan brindar complementariamente servicios en salud.

Mediante Decreto Supremo 001-2014-SA se expidió el Reglamento del Decreto Legislativo 1154 que señala que **los profesionales de la salud son aquellos que se encuentran contemplados en los Decretos Legislativos 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado y en el Decreto Legislativo 1162, Decreto Legislativo que incorpora disposiciones al Decreto Legislativo 1153.** Además, dicho Reglamento



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

contempla únicamente el pago de horas extras al personal de enfermeras y médicos, excluyendo al personal técnico, auxiliar y administrativo.

Si bien es cierto aquí no se menciona la especialización como requisito, es necesario precisar que, la Dirección General de Personal del Ministerio de Salud, identifica que al 2017 existía una brecha en recursos humanos de 62,128 de los cuales 1,628 son médicos cirujanos, **8,797 son médicos especialistas**, 27,294 son profesionales de la salud y 24,479 son técnicos asistenciales, para un total de 7,828 establecimientos del Ministerio de Salud y 25 gobiernos regionales. En EsSalud también hay brechas de recursos humanos, a noviembre del 2019, la brecha identificada es de 5,000 médicos y 9,000 enfermeras.

Como se desprende de esta data oficial, si bien es cierto existe una brecha generalizada en relación a los servidores de salud, esta es mucho más pronunciada para el caso de los médicos especialistas, por lo que la urgencia de cubrir los requerimientos de especialistas es mucho más grave, ya que es ahí donde la brecha es mayor, **por lo tanto, La Comisión de Salud y Población desvirtúa la observación planteada por el Poder Ejecutivo e insiste en el contenido de la autógrafa.**

La definición sobre servicios complementarios que contempla el Decreto Legislativo 1154, que autoriza los Servicios Complementarios en Salud, señala que estos son los que presta i) el profesional de la salud, u) en forma voluntaria, id) en el mismo establecimiento donde labora, o, **iv) 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 la Instituciones Administradoras de Financiamiento en Salud o Convenios de Intercambio Prestacional**, y, v) se trata de una actividad complementaria adicional determinada por las entidades comprendidas en el citado Decreto Legislativo.

Sobre este extremo, la obligatoriedad de convenios institucionales para brindar los servicios complementarios en salud no ha cumplido con la finalidad perseguida con el Decreto Legislativo 1154 que era establecer una mejor relación entre la demanda de los servicios de salud y la oferta de estos a nivel nacional, considerando el déficit de profesionales de la salud en el país, ya que se ha convertido en una barrera burocrática al no tener un tarifario establecido de manera uniforme entre las diferentes IAFAS e IPRES, por lo que planteamos ante la observación del Poder Ejecutivo **un allanamiento parcial proponiendo una redacción alternativa** configurando la necesidad de convenios sólo entre IAFAS públicas, las cuales deberán – en un plazo no mayor de 60 días-, suscribir o realizar adendas a los Convenios de Intercambio Prestacional, que canalicen el reconocimiento de

los servicios prestados y las transferencias financieras a las unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y de los gobiernos regionales, o a los establecimientos de salud de sus respectivas redes prestacionales o a través de las cuales prestan cobertura a sus afiliados.

En relación a la tercera observación

Ante la observación de que se estaría incrementando la jornada laboral más allá de lo permitido, lo que hay que considerar es que se trata de horas adicionales a la jornada ordinaria, y por las cuales se realizará el pago correspondiente, además se estipula que el máximo es hasta doce horas, lo cual no quiere decir que en todos los casos se efectuará dicha programación con los máximos, sino que obedece a una programación excepcional por necesidad de servicio y de mutuo acuerdo entre el empleador y el profesional que brindará el servicio.

Sobre el particular es preciso señalar que la Ley N° 23536 - Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, y su reglamento (aprobado por Decreto Supremo N° 019-83-PCM), **no establecen “una jornada especial de trabajo para los profesionales de la salud (6 horas diarias o 36 horas semanales o 150 horas mensuales)”** – como lo señala el ejecutivo en su tercera observación-. Por el contrario, el Decreto Legislativo 559 – Ley de trabajo médico, en su artículo 9 establece que: *“La Jornada asistencial del médico cirujano es de 6 horas diarias ininterrumpidas o su equivalente semanal de 36 horas o mensual de 150 horas. En esta jornada está comprendido el trabajo de guardia. Cuando la jornada laboral supere las 150 horas mensuales, **el excedente se considera como guardia extraordinaria**”*, es decir, la ley no impide que la jornada se extienda de manera excepcional, estableciéndose que en dicho caso existirá un reconocimiento, como es el caso del pago por servicios complementarios; por lo tanto, **la Comisión de Salud y Población desvirtúa la observación planteada por el Poder Ejecutivo e insiste en el contenido de la autógrafa.**

En relación a la cuarta observación

En concordancia a la posición adoptada en relación a la segunda observación, planteamos ante la presente observación del Poder Ejecutivo, **un allanamiento parcial proponiendo una redacción alternativa**, a través de la cual se agrega a la exigencia de la firma de convenios a nivel de IAFAS, en un plazo no mayor de 60 días para su suscripción entre las IAFAS públicas, las precisiones referentes a los mecanismos para el pago a profesionales especialistas cesantes y jubilados.



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

En relación a la quinta observación

Se analiza este punto en el sentido de la necesidad de contar con médicos especialistas en las diferentes unidades ejecutoras a nivel nacional y sobre todo en la colisión de derechos y obligaciones: el de capacitarse por parte del profesional y el del Estado de velar por la continuidad del servicio en salud. Al respecto consideramos correcto que se devuelva el tiempo empleado en la capacitación por parte del profesional en su unidad ejecutora de origen, sin embargo, si se pretende ubicar en otra ejecutora sin preverse quien cubrirá esa plaza se estaría incumpliendo con la obligación de garantizar la continuidad del servicio y poniendo en riesgo la atención de las personas en salud. Si se permite la renuncia a la plaza podría convocarse de inmediato a concurso para sustituir al profesional que ha tomado la decisión de manera libre de ya no continuar en la misma, sin embargo, al haber generado un perjuicio a la institución, de optar por renunciar se propone aplicar una sanción económica de retornar al Estado la remuneración que percibió durante su formación. **Por la tanto en este punto nos allanamos de manera parcial, permitiendo la renuncia del profesional y generando una sanción pecuniaria.**

En relación a la sexta observación

La norma aprobada menciona que para efectos del pago de los servicios complementarios en salud en el presente año fiscal, las entidades comprendidas en los alcances de la presente norma, de manera excepcional efectuarán modificaciones presupuestarias en el Nivel Funcional Programático con cargo a las fuentes de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados, de Donaciones y Transferencias y de Recursos Ordinarios, quedando para tal efecto exceptuadas de lo dispuesto en el literal b) del numeral 48.1 del artículo 48 y del numeral 49.1 del artículo 49 del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, señalándose en el artículo 5 de la misma que dichos pagos, ***“serán financiados con el presupuesto institucional del respectivo pliego o entidad que tiene a su cargo la administración de los establecimientos de salud y de cada uno de los establecimientos de salud que requiera dichos servicios, sin demandar gastos adicionales al tesoro público,*** motivo por el cual al efectuar estos cambios o modificaciones dentro de su propio marco presupuestal sin demandar recursos adicionales del tesoro público, no irrogaría gasto adicional, ni iniciativa de gasto, por lo tanto en este extremo **la Comisión de Salud y Población desvirtúa la observación planteada por el Poder Ejecutivo e insiste en el contenido de la autógrafa.**



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

Por las consideraciones expuestas, la Comisión de Salud y Población del Congreso, de conformidad con el Acuerdo N° 080-2003-2004/CONSEJO-CR, INSISTE en el texto de la autógrafa de ley aprobada. La fórmula legal es la siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA:

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto mejorar la cobertura de los servicios de salud en el servicio público.

Artículo 2. Modificación de artículos

Modifícase los artículos 2, 3, 4 y 5 del Decreto Legislativo 1154, Decreto Legislativo que Autoriza los Servicios Complementarios en Salud, los que quedan redactados en los términos siguientes:

Artículo 2.- Definición de los servicios complementarios en salud

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

Para viabilizar la realización de los servicios complementarios en salud en todos los establecimientos públicos a nivel nacional, las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, deberán –en un plazo no mayor de 60 días-, suscribir o realizar adendas a los Convenios de Intercambio Prestacional, que canalicen el reconocimiento de los servicios prestados y las transferencias financieras a las unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y de los gobiernos regionales, o a los establecimientos de salud de sus respectivas redes prestacionales o a través de las cuales prestan cobertura a sus afiliados.

La entrega económica por el servicio complementario en salud debe encontrarse diferenciada en la planilla única de pagos donde tenga vínculo laboral el profesional de salud.

Esta entrega económica no tiene carácter pensionable, no está sujeta a cargas sociales ni forma parte de la base del cálculo para determinación de la Compensación por tiempo de Servicios. Se encuentra afecta al impuesto a la renta”

Artículo 3.- Servicios complementarios en salud

Los servicios complementarios en salud que comprenden una entrega económica y constituyen el conjunto de actividades y procedimientos asistenciales que realizan los profesionales de salud de manera voluntaria se realizan por necesidad de servicio a su jornada ordinaria de trabajo y de acuerdo a la programación debidamente sustentada y aprobada por parte del director o responsable del establecimiento de salud por un máximo de doce horas, bajo las siguientes condiciones:

1. Fuera de su horario de trabajo o durante el goce de su descanso físico o período vacacional.
2. Queda prohibido programar los servicios complementarios en el descanso post guardia nocturna del profesional de la salud.
3. Los profesionales de salud especialistas o de segunda especialidad deben contar con el Registro Nacional de Grados y Títulos de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU).

Los profesionales de salud especialistas o de segunda especialidad cesantes y jubilados que estén en aptitud física y mental pueden prestar servicios complementarios en salud, siempre y cuando cumplan con la última condición consignada en el numeral 3 del primer párrafo. En el reglamento del presente decreto legislativo se establecerán las normas que regulen su implementación. La aplicación del presente artículo no irroga gastos adicionales al tesoro público.

Artículo 4.- Pago de los servicios complementarios en salud

El pago de los servicios complementarios en salud se efectuará teniendo en cuenta lo siguiente:

- 4.1 Cuando los servicios complementarios en salud se brinden en el mismo establecimiento de salud, el pago por la prestación de los servicios se efectúa al profesional de la salud en la IPRESS o Unidad

Ejecutora con la cual tiene vínculo laboral, en un rubro diferenciado con cargo a la partida específica que para tal fin programe el gobierno regional.

4.2 Cuando los servicios complementarios en salud se brinden en otro establecimiento de salud, el pago se efectuará en el establecimiento de salud al cual pertenezca el profesional que brindó dichos servicios, en el marco de dicho convenio.

4.3 Cuando los servicios complementarios en salud se brinden por cesantes y jubilados, el pago se efectuará el pago en el establecimiento de salud o Unidad Ejecutora a cargo del pago de sus pensiones. Para el caso de los cesantes y jubilados en el marco del Decreto Ley 25897, que rige el Sistema Privado de Pensiones, el pago se efectuará en el establecimiento de salud donde realizó los servicios complementarios en salud, en el marco de un contrato específico para tal fin, con cargo a sus propios recursos o a la partida específica que para tal fin programe el gobierno regional.

El pago percibido por los servicios complementarios en salud no tiene carácter remunerativo ni pensionable, no es base de cálculo para beneficios sociales y está sujeto al impuesto a la renta. En el reglamento del presente decreto legislativo se establecerá el procedimiento, las modalidades, las responsabilidades, entre otros, mediante el cual se materializarán los servicios complementarios en salud.

Artículo 5.-Financiamiento

Los servicios complementarios en salud serán financiados con el presupuesto institucional del respectivo pliego o entidad que tiene a su cargo la administración de los establecimientos de salud y de cada uno de los establecimientos de salud que requiera dichos servicios, sin demandar gastos adicionales al tesoro público; siendo, que el financiamiento se efectuará a través de las fuentes de financiamiento Recursos Directamente Recaudados, Donaciones y Transferencias, Ingresos por Contribuciones de la Seguridad Social y Recursos Ordinarios, de ser necesario.

Los gobiernos regionales y las otras entidades comprendidas en el ámbito de aplicación deben realizar la previsión presupuestal anual para el financiamiento de servicios complementarios en salud, de acuerdo al análisis de la demanda insatisfecha en la IPRESS de su ámbito sanitario.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA MODIFICATORIA

ÚNICA. Modificase el numeral 17.3 del artículo 17 de la Ley 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica (CONAREME), conforme a los términos siguientes:

[. . .]

17.3 Los médicos residentes que pertenezcan a instituciones públicas en condición de nombrados o contratados a plazo indeterminado pueden acogerse a la modalidad de destaque o desplazamiento temporal, según corresponda durante el período requerido para su formación.

La unidad ejecutora prevé el correspondiente reemplazo mientras dure la residencia médica del servidor, sujeto a disponibilidad presupuestal del respectivo gobierno regional o de la entidad, sin demandar recursos adicionales al tesoro público.

Culminado el residentado médico, el personal destacado retorna obligatoriamente a su región de origen en zona periférica o para su destaque de acuerdo a las necesidades de especialidades debidamente sustentadas por la autoridad regional para el desempeño de sus competencias profesionales y no puede desplazarse a otra región por el tiempo equivalente a la duración de la licencia, contados a partir de su reincorporación. De presentar su renuncia esta procederá disponiéndose la devolución por parte del servidor del total de remuneraciones que se asignaron durante su residentado médico ".

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Para la implementación inicial de servicios complementarios en salud; así como para su ampliación en una determinada productora de servicios de salud, el Ministerio de Salud o el gobierno regional debe considerar un rendimiento adecuado de los profesionales de salud.

SEGUNDA. Las prestaciones de los servicios complementarios en salud se deben registrar de manera diferenciada en los sistemas o aplicativos informáticos de las entidades comprendidas en el ámbito de aplicación del presente decreto legislativo.

TERCERA. En un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la publicación de la presente ley, se adecúa el reglamento del Decreto Legislativo 1154, Decreto Legislativo que Autoriza los Servicios Complementarios en Salud, a las disposiciones contenidas en esta ley.



DICTAMEN DE INSISTENCIA RECAÍDO EN LAS OBSERVACIONES DEL PODER EJECUTIVO A LA AUTOGRAFA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

ÚNICA. Para efectos del pago de los servicios complementarios en salud en el presente año fiscal, las entidades comprendidas en los alcances de la presente norma, de manera excepcional efectuarán modificaciones presupuestarias en él. Nivel Funcional Programático con cargo a las fuentes de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados, de Donaciones y Transferencias y de Recursos Ordinarios, quedando para tal efecto exceptuadas de lo dispuesto en el literal b) del numeral 48.1 del artículo 48 y del numeral 49.1 del artículo 49 del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

Dese cuenta.
Plataforma virtual Microsoft Teams
Lima, 08 de junio 2021