

PROYECTO DE LEY N° _____



SUMILLA: LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD, PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SERVICIO PÚBLICO, PARA GARANTIZAR SU CONTINUIDAD.

Los Congresistas de la República que suscriben, integrantes del **GRUPO PARLAMENTARIO ALIANZA PARA EL PROGRESO**, a iniciativa de la congresista **ELVA EDHIT JULÓN IRIGOIN**, en uso de las facultades de iniciativa legislativa previsto en los artículos 102° numeral 1), y 107° de la Constitución Política del Perú, y en los artículos 22° inciso c), 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, ponen a consideración el siguiente:

LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEGISLATIVO 1154, DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD, PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SERVICIO PÚBLICO, PARA GARANTIZAR SU CONTINUIDAD.

Artículo único. – Modificación del Artículo 5 del decreto legislativo 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud, para mejorar la cobertura de los servicios de salud en el servicio público

Se modifica el artículo 5 del decreto legislativo 1154, decreto legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud, para mejorar la cobertura de los servicios de salud en el servicio público, modificado por Ley N° 31516, en los siguientes términos:

Artículo 5. Financiamiento

Los servicios complementarios en salud son financiados con el presupuesto institucional del respectivo pliego o entidad que tiene a su cargo la administración de los servicios 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, Recursos Ordinarios a solicitud del Ministerio de Salud y de Ingresos por Contribuciones de la Seguridad Social. Para garantizar la continuidad de los servicios complementarios en salud

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 el establecimiento de su ámbito sanitario”.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. Implementación

Para la continuación de servicios complementarios en salud, así como su ampliación en una determinada unidad productora de servicios de salud, el Ministerio de Salud o el gobierno regional podran considerar en su presupuesto del año fiscal correspondiente el presupuesto requerido.

Segunda. Adecuación al reglamento

En un plazo máximo de treinta (30) días de publicación de la presente ley el Ministerio de Salud adecua al reglamento.

Lima, 03 de julio de 2023



Firmado digitalmente por:
CHIABRA LEON Roberto
Enrique FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 15:57:51-0500



Firmado digitalmente por:
JULON IRIGOIN Eba Edhit
FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 17/07/2023 17:50:32-0500



Firmado digitalmente por:
RUIZ RODRIGUEZ Magaly
Rosmery FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 15:55:25-0500



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 14:31:53-0500



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 14:31:38-0500



Firmado digitalmente por:
ACUÑA PERALTA Maria
Grimaneza FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 15:18:48-0500



Firmado digitalmente por:
CAMONES SORIANO Lady
Mercedes FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 15:33:01-0500



Firmado digitalmente por:
GARCIA CORREA Idelso
Manuel FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 15:36:40-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAVIDES Eduardo
FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/07/2023 16:51:12-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

En los Artículos 7° y 9° de nuestra Carta Magna¹ que prescribe:

Artículo 7.- *Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.*

[...]

Artículo 9.- *El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.*

Así mismo, el Artículo 11 de nuestra carta magna indica: *"El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento (...)"*. (el subrayado es nuestro) En este sentido el derecho a la salud es un derecho fundamental, y se debe asegurar la asistencia médica, entre otros derechos para la población.

La Ley N° 26842², Ley General De Salud establece en su título preliminar II: *"La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"*, así también, el título preliminar VI refiere: *"(...) Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad"*. en este mismo cuerpo normativo indica en su Artículo 1 prescribe: *"Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia"*. (el subrayado es nuestro)

Como es de pleno conocimiento, en nuestro sistema de salud existe una brecha negativa entre la oferta y demanda de servicios asistenciales de salud, por lo que ha generado malestar en la población. Para resolver en parte esta situación, en el marco de la reforma de salud en gobiernos anteriores, se promulgó el D.L N° 1154³, Decreto Legislativo Que autoriza los servicios complementarios en salud, publicado el 12 de setiembre de 2013, el cual tuvo como finalidad *"efectivizar el recurso humano existente en los*

¹ Constitución Política del Perú, Promulgado el 29 de diciembre de 1993. Edición del Congreso de la República. Abril 2023.

² Ley N° 26842, Ley General de Salud. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284868/ley-general-de-salud.pdf?v=1572397294>

³ Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios Complementarios en Salud. Publicado en el diario oficial El Peruano, el jueves 12 de diciembre de 2013.

establecimientos de salud públicos, quienes podrían brindar sus servicios de salud con el objetivo de mejorar su capacidad resolutive y de esta manera contribuir a la reducción de la brecha negativa existente de atención médica a nivel nacional, por lo que autoriza a los profesionales de la salud del Ministerio de Salud, de sus órganos públicos adscritos, de los gobiernos regionales, Essalud, sanidades de las fuerzas armadas y de la policía nacional del Perú, a brindar servicios complementarios en salud"; asimismo, mediante D.S. N° 001-2014-SA⁴, que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los servicios complementarios en salud, publicado el 14 de marzo del 2014.

En el Perú se declaró estado de emergencia nacional a consecuencia de la pandemia Covid-19 mediante D.S. N° 044-2020-PCM⁵, publicado el 15 de marzo de 2020, el 16 de marzo empieza la cuarentena; empezando de esta manera una serie de medidas restrictivas como parte de un protocolo de bioseguridad.

1.1. Recursos humanos del sector salud en el Perú

El personal asistencial de salud según D.L. N° 1153⁶, está Conformado por: "*Médico, enfermero, Obstetra, odontólogo, biólogo, ingeniero sanitario, nutricionista, psicólogo, químico farmacéutico, tecnólogo médico, médico veterinario, trabajadora social*"; así mismo fueron incorporados mediante D.L. N° 1162⁷ como profesionales de la salud Químico, Técnico especializado de los Servicios de Fisioterapia, Laboratorio y de Rayos X, y los auxiliares asistenciales.

Respecto de la densidad de recursos humanos, tenemos que el Minsa en el compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud en el Perú 2013-2018⁸, que muestra el siguiente cuadro referido a la densidad de recursos humanos del sector salud por 10,000 habitantes:

⁴ Decreto Supremo N° 036-2026-SA, Modifica e Decreto Supremo N° 001-2014-SA que reglamenta el Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los Servicios Complementarios en Salud. Publicado en el diario oficial el Peruano, el 11 de agosto de 2016.

⁵ Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID – 19. Publicado en el diario oficial El Peruano. Publicado el 15 de marzo de 2020.

⁶ 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. Publicado en el diario oficial el Peruano el 12 de setiembre de 2013. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-regula-la-politica-integral-de-compe-decreto-legislativo-n-1153-987016-1/>

⁷ Decreto Legislativo 1162, Decreto Legislativo que incorpora disposiciones al Decreto Legislativo 1153. Publicado el 7 de diciembre de 2013. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-incorpora-disposiciones-al-decreto-l-decreto-legislativo-n-1162-1025182-2/>

⁸ Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud – Perú. 2013 – 2018. Véase el siguiente enlace: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/10896.pdf>

DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD POR 10,000 HABITANTES SEGÚN DEPARTAMENTO, PERÚ 2013 - 2018

Departamento	Año																			
	2013					2014					2015					2016				
	Densidad de Médicos	Densidad de Enfermeros	Densidad de Obstetras	Densidad de RHUS	Densidad de Médicos	Densidad de Enfermeros	Densidad de Obstetras	Densidad de RHUS	Densidad de Médicos	Densidad de Enfermeros	Densidad de Obstetras	Densidad de RHUS	Densidad de Médicos	Densidad de Enfermeros	Densidad de Obstetras	Densidad de RHUS	Densidad de Médicos	Densidad de Enfermeros	Densidad de Obstetras	Densidad de RHUS
Perú	11.5	11.9	4.1	27.4	11.9	12.7	4.7	25.3	12.2	12.8	4.6	29.7	12.7	13.5	4.8	21.6	12.8	14.1	5.0	31.9
Amazonas	6.2	10.0	6.5	22.7	7.0	11.6	7.0	25.6	7.3	11.9	7.1	26.2	7.6	14.5	7.5	29.6	7.9	14.7	7.8	30.4
Ancash	7.5	9.7	4.8	23.9	8.2	10.8	5.9	24.9	8.2	10.6	5.8	24.6	7.9	11.7	6.1	25.7	8.6	12.8	6.8	28.2
Apurímac	9.2	19.2	8.3	36.8	10.2	20.5	9.2	40.0	10.3	21.0	9.3	40.7	10.3	22.2	9.6	42.1	11.2	23.6	10.3	45.1
Arequipa	14.7	16.2	4.5	35.5	16.4	17.7	5.9	39.4	17.4	17.7	5.2	40.3	18.3	17.9	5.4	41.6	17.7	17.9	5.4	41.0
Ayacucho	6.8	13.6	8.2	28.6	7.1	15.1	9.5	31.7	7.0	15.8	9.8	32.5	7.7	16.8	10.4	34.8	8.0	18.0	11.7	37.7
Cajamarca	5.5	9.1	4.8	19.4	5.8	10.5	5.5	21.6	5.5	10.1	5.3	20.9	5.7	10.7	5.5	22.0	6.2	11.2	5.8	23.2
Callao	21.7	18.1	3.0	42.8	23.7	19.1	3.1	46.0	24.5	18.9	3.1	46.6	15.5	17.6	2.4	35.4	25.4	24.6	3.4	53.4
Cusco	7.9	10.7	4.4	23.0	8.6	11.6	5.3	25.5	8.4	11.8	5.3	25.5	8.6	11.8	5.1	24.9	8.6	12.6	5.4	26.6
Huancavelica	7.7	12.3	8.3	28.3	7.4	14.8	9.6	31.6	7.2	14.6	9.2	30.9	6.9	15.2	9.9	32.0	8.1	16.4	10.5	35.0
Huánuco	5.7	11.9	7.4	24.9	5.8	13.8	8.6	26.2	5.9	13.4	8.6	28.0	5.5	13.4	8.6	27.4	6.1	14.1	9.3	29.5
Ica	12.6	12.8	3.6	29.0	12.7	13.3	4.2	30.1	13.8	14.0	4.2	31.9	14.3	14.8	4.5	33.5	15.0	15.8	4.7	35.5
Junín	6.4	10.7	4.2	21.3	6.7	11.6	5.2	23.5	6.6	11.3	4.9	22.9	7.0	11.5	5.4	24.0	7.8	13.0	6.1	26.9
La Libertad	9.5	9.4	3.6	22.5	9.9	9.7	3.8	23.4	11.2	10.7	4.1	25.9	12.1	10.9	3.9	26.9	11.8	11.4	4.0	27.2
Lambayeque	10.0	11.6	3.8	25.4	10.3	11.9	4.2	26.4	10.7	12.5	4.2	27.4	10.8	13.4	4.4	28.5	10.6	13.7	4.7	29.0
Lima	17.8	15.9	2.8	34.5	17.9	14.4	3.0	35.3	18.3	14.5	3.0	35.8	20.3	15.8	3.2	39.3	18.9	15.3	3.1	37.3
Loreto	4.8	6.5	3.4	14.8	5.2	7.7	4.2	17.1	5.1	7.7	4.1	16.9	5.8	8.2	4.0	18.0	6.2	8.8	4.1	19.1
Madre de Dios	11.1	16.3	7.9	35.2	12.0	17.8	9.2	39.0	10.8	17.8	8.5	37.1	10.6	18.6	8.3	37.4	10.9	17.0	9.0	36.9
Moquegua	11.8	18.2	7.9	37.9	11.3	18.5	7.7	37.5	11.9	18.5	7.4	37.8	12.0	19.2	7.5	38.7	13.4	21.1	8.0	42.5
Pasco	8.9	13.4	7.3	29.6	7.5	13.2	8.1	28.9	7.4	13.3	7.9	28.5	7.7	13.8	7.9	29.4	8.2	13.6	8.0	29.8
Piura	6.1	6.3	3.4	15.8	6.5	7.3	4.2	17.9	6.6	7.0	4.1	17.8	6.7	7.7	4.2	18.6	7.0	8.1	4.4	19.5
Puno	5.8	9.3	4.0	19.1	6.4	11.1	4.9	22.4	6.3	10.9	4.5	21.7	6.3	10.9	4.7	21.9	6.8	11.8	5.1	23.7
San Martín	5.5	5.7	4.6	15.8	5.7	6.3	5.5	17.6	6.3	6.3	5.6	18.2	6.2	7.2	5.4	18.7	6.4	7.1	5.4	18.9
Tarma	13.7	16.9	6.2	36.8	14.2	17.1	7.5	38.9	14.6	18.3	6.9	39.8	14.6	17.7	7.6	39.8	15.8	19.3	7.5	42.6
Tumbes	9.3	9.4	6.3	25.1	10.4	11.6	7.0	28.9	11.6	12.0	7.4	31.0	12.2	12.0	6.8	31.0	11.8	12.2	6.7	30.7
Ucayali	6.8	9.6	4.8	21.2	7.2	10.7	5.5	23.4	7.3	10.9	5.4	23.6	6.9	11.1	5.8	23.8	7.8	12.9	6.6	27.3

Fuente:
 Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSA y Sub. Regional 2013 - 2018
 Información recibida por el MINSA 2013 - 2018
 Información recibida por la Secretaría de la PMP - 2013 - 2016
 Información recibida por la Secretaría de la Municipalidad de Lima - 2013 - 2017
 Información recibida por la Secretaría de la Municipalidad de Piura - 2013 - 2017

Información recibida por la Fuerza Aérea del Perú - 2013 - 2017
 Información recibida por el Sector Privado 2017 - 2018
 Información recibida por el Ministerio de Educación - 2016
 Información recibida por SISDA 2012
 Elaborado por: Observatorio de Recursos Humanos en Salud - INGEF - MINSA

De este modo, podemos notar que habido un aumento progresivo en la densidad del personal de salud desde el año 2013 hasta el 2018. En el 2018 Respecto de los médicos observamos que Cajamarca y Huánuco no llegan a 7 médicos y son los departamentos con menor densidad, siendo que Callao con 22,5 médicos, seguido por Lima con 20,5 médicos. Respecto de los enfermeros tenemos que San Martín y Piura no llegan a 10 enfermeras, de esta manera son los departamentos con menos densidad de enfermeras; por otro lado, los departamentos con mayor densidad de enfermeros es Apurímac y Callao. Respecto de los obstetras se aprecia que los departamentos con menos densidad son Arequipa, Callao y Lima no llegan a 4 obstetras, por otro lado, los departamentos con mayor densidad de obstetras son Ayacucho y Huancavelica.

En este mismo estudio se muestra la cantidad de recursos humanos del sector salud, por año según institución a la que pertenecen a nivel nacional:

Recursos Humanos del sector Salud 2013 - 2018

Departamento / Institución del Sector Salud	Año											
	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Perú	223 620	100,0	241 732	100,0	245 779	100,0	256 157	100,0	265 460	100,0	282 808	100,0
MINSA	150 925	67,5	169 513	70,1	170 962	69,6	180 314	70,4	186 079	70,1	202 275	71,5
ESSALUD	50 847	22,7	50 847	21,0	53 445	21,7	54 158	21,1	54 049	20,4	55 971	19,8
PNP	6 749	3,0	6 494	2,7	6 494	2,6	6 378	2,5	6 378	2,4	6 378	2,3
FFAA	6 564	2,9	6 343	2,6	6 343	2,6	6 607	2,6	8 358	3,1	8 195	2,9
SISOL	2 975	1,3	2 975	1,2	2 975	1,2	2 975	1,2	2 975	1,1	2 975	1,1
Ministerio de Educación	0	0	0	0	0	0	165	0,1	165	0,1	165	0,1
INPE	0	0	0	0	0	0	0	0	126	0	126	0
Ministerio Público	0	0	0	0	0	0	0	0	1 770	0,7	1 770	0,6
Sector Privado	5 560	2,5	5 560	2,3	5 560	2,3	5 560	2,2	5 560	2,1	4 953	1,8

Fuente: Base de datos Nacional de Recursos Humanos 2013-2018 del MINSA.

RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD POR INSTITUCIÓN SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL Y CARGO PARA LAS PROFESIONES DE LA SALUD, PERÚ 2013 - 2018

Grupo Ocupacional / Cargo	Año											
	2018											
	Sector											
	Total	%	MINSA y Gobi. Regionales	ESSALUD	PNP	FFAA	SISOL	INPE	Ministerio de Educación	Ministerio de Salud	Sector Privado	Conclusión
Perú	262 030	100,0	202 275	55 971	6 378	8 195	2 975	126	1 770	165	4 953	
Profesionales Asistenciales	138 564	49,0	94 574	30 832	1 621	5 293	1 085	126	1 079	165	3 789	
Médico	43 805	15,5	26 360	12 216	511	1 212	749	21	542	23	2 171	
Enfermero	50 099	17,7	33 713	11 487	695	2 809	206	10	1	5	1 173	
Obstetra	17 190	6,1	15 379	1 478	88	79	59	2	0	0	105	
Odontólogo	6 151	2,2	4 705	814	113	384	18	5	42	8	62	
Biólogo	2 502	0,9	2 249	132	26	25	0	0	62	0	8	
Ingeniero Sanitario	97	0,0	97	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nutricionista	2 766	0,8	1 630	526	20	38	17	4	0	1	30	
Psicólogo	3 899	1,4	2 660	416	67	256	18	35	333	81	33	
Químico Farmacéutico	3 296	1,2	2 391	673	36	96	1	0	51	0	48	
Químico	78	0,0	71	6	0	1	0	0	0	0	0	
Tecnólogo Médico	5 795	2,1	2 909	2 428	44	223	4	0	48	2	138	
Médico Veterinario	333	0,1	332	1	0	0	0	0	0	0	0	
Trabajadora Social	2 366	0,8	1 610	497	21	131	13	49	0	45	0	
Técnicos Especializados	467	0,2	295	151	0	0	0	0	0	0	21	
Profesionales de la salud no especificados	219	0,1	173	7	0	39	0	0	0	0	0	
Profesionales Administrativos	19 579	6,9	10 023	8 541	601	118	194	0	102	0	0	
Técnicos Asistenciales	65 756	23,9	54 103	8 090	273	1 560	261	0	305	0	1 164	
Técnicos Administrativos	37 374	13,2	26 561	7 253	1 657	184	1 435	0	284	0	0	
Auxiliares Asistenciales	9 310	3,3	4 789	1 255	2 226	1 040	0	0	0	0	0	
Auxiliares Administrativos	12 225	4,3	12 225	0	0	0	0	0	0	0	0	

Fuente:
 Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSA y Gobi. Regionales 2013 - 2018
 Información recibida por el MINSA: 2013 - 2018
 Información recibida por la PNP: 2013 - 2016
 Información recibida por la Fuerza Armada de la Marina de Guerra del Perú: 2013 - 2017
 Información recibida por la Unidad de Gestión del Perú: 2013 - 2017
 Información recibida por la Fuerza Aérea del Perú: 2013 - 2017

Información recibida por el Sector Privado 2012 - 2018
 Información recibida por el Ministerio de Educación: 2016
 Información recibida por el Ministerio de Salud: 2016
 Información recibida por el INPE: 2017
 Información recibida por el SISOL: 2017
 Elaborado por: Observatorio de Recursos Humanos en Salud - OIRS - MINSA

Es claro que el derecho a la salud es de interés nacional, por lo que es importante reducir la brecha de profesionales de la salud, y de esta manera lograr una cobertura adecuada de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), en beneficios de todos los peruanos, en especial los más pobres y vulnerables.

II. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.

De acuerdo a lo señalado, y teniendo como antecedentes la Ley N° 31516⁹, Ley que modifica el Decreto Legislativo 1154, decreto legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud, para mejorar la cobertura de los servicios de salud en el servicio público, publicado el 16 de julio del 2022; además de los proyectos de Ley: 81/2016-CR¹⁰, 1241/2016-CR¹¹, 4908/2020-CR¹², 5463/2020-CR¹³, 5463/2020-CR¹⁴ y 6814/2020-CR¹⁵.

Tenemos que, es muy importante que los directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) tomen decisiones acertadas para mejorar la calidad de los servicios de salud en pro de la población a la que atienden. En el Perú, como en muchos países de la región, existen deficiencias en la gestión de los establecimientos de salud, en el "Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud" del MINSA (2020)¹⁶, en el que indica:

Tabla 2. Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud 2020

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

Fuente: RENIPRESS, Banco de Inversiones. Elaboración: OPMI-MINSA

⁹ Las iniciativas legislativas se podrá verificar la página web del Congreso de la República. Véase el siguiente enlace: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-modifica-el-decreto-legislativo-1154-decreto-legisl-ley-n-31516-2087208-2/>

¹⁰ Véase el siguiente enlace: https://leves.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL00081_20160819.pdf

¹¹ Véase el siguiente enlace: https://leves.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0124120170417.pdf

¹² Véase el siguiente enlace: https://leves.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL04908-20200326.pdf

¹³ Véase el siguiente enlace: https://leves.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/Proyectos_Firmas_digitales/PL05463.pdf

¹⁴ Véase el siguiente enlace: https://leves.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL05463-20200608.pdf

¹⁵ Véase el siguiente enlace: https://leves.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL06814-20201215.pdf

¹⁶ Véase el siguiente enlace: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf>

Así como en los recursos humanos, así tenemos que según INEI, referente al número de habitantes por cada médico según el departamento¹⁷, en donde se muestra que en el 2020, los que presentan más población por cada médico son los departamentos de Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, San Martín y Tumbes, como lo podemos observar en el siguiente cuadro :

NÚMERO DE HABITANTES POR CADA MÉDICO, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2010-2020
(Personas)

Departamento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	508	489	468	451	432	418	406	394	383	373	362
Amazonas	2 079	1 987	1 893	1 793	1 741	1 710	1 659	1 636	1 596	1 599	1 569
Áncash	1 150	1 054	962	907	837	824	792	763	733	711	687
Apurímac	1 394	1 311	1 237	1 154	1 047	971	925	894	883	875	881
Arequipa	295	287	277	270	262	254	252	247	242	240	237
Ayacucho	1 907	1 847	1 748	1 647	1 550	1 495	1 466	1 435	1 402	1 393	1 331
Cajamarca	2 473	2 321	2 168	2 057	1 914	1 789	1 723	1 635	1 569	1 510	1 464
Prov. Const. del Callao	439	435	433	434	433	437	445	454	466	477	492
Cusco	799	748	707	670	627	592	558	530	501	478	458
Huancavelica	1 926	1 787	1 618	1 520	1 426	1 348	1 272	1 238	1 210	1 186	1 152
Huánuco	1 717	1 578	1 494	1 393	1 310	1 181	1 098	1 031	970	904	862
Ica	463	461	450	437	428	423	421	415	420	413	410
Junín	1 028	939	869	816	781	740	697	673	637	605	583
La Libertad	564	535	495	462	428	400	376	353	334	317	305
Lambayeque	648	620	589	554	530	502	481	456	434	412	392
Lima	270	263	255	249	241	237	232	228	224	219	215
Loreto	1 291	1 219	1 157	1 101	1 061	998	967	960	942	931	916
Madre de Dios	965	935	908	910	847	826	814	820	840	860	882
Moquegua	620	597	575	567	554	547	552	552	560	552	546
Pasco	1 553	1 447	1 325	1 259	1 216	1 168	1 091	1 080	1 029	969	996
Piura	1 207	1 169	1 125	1 084	1 034	964	912	883	843	809	770
Puno	1 528	1 424	1 311	1 208	1 085	987	914	837	786	734	689
San Martín	1 977	1 924	1 847	1 783	1 712	1 672	1 661	1 605	1 548	1 541	1 428
Tacna	461	428	401	380	355	336	327	316	314	301	297
Tumbes	1 237	1 189	1 158	1 136	1 080	1 057	1 063	1 053	1 054	1 077	1 066
Ucayali	1 548	1 491	1 428	1 351	1 245	1 225	1 152	1 101	1 064	1 006	937

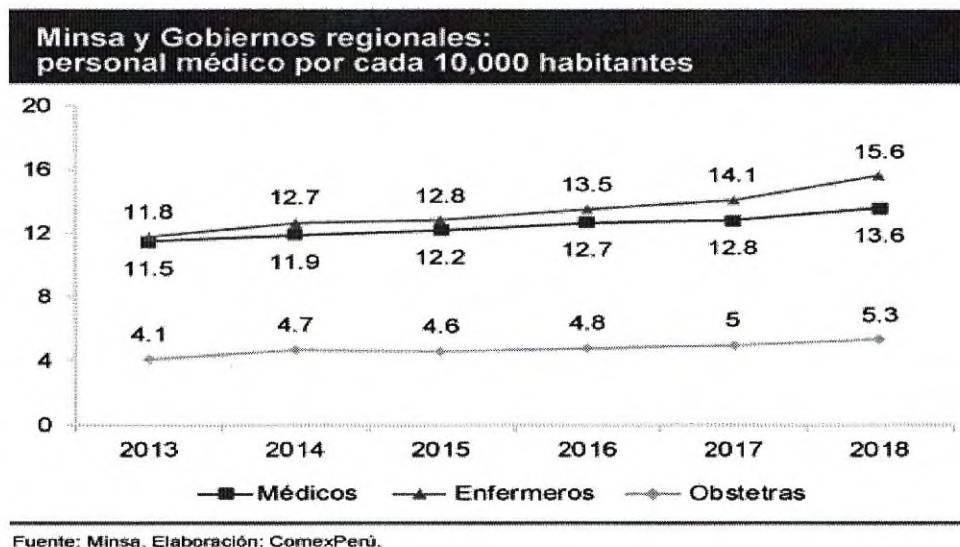
Fuente: Colegio Médico del Perú [CMP].
Elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸ recomienda un mínimo de 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes para garantizar una prestación adecuada del servicio. Al revisar las cifras

¹⁷Instituto Nacional de Estadística e Informática. Índice temático, número de habitantes por cada médico, según departamento, 2010 – 2020. Véase el siguiente enlace: <https://m.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/health-human-resources/>

¹⁸Instituto Peruano de Economía, artículo que realiza recomendaciones que el número mínimo de médicos, obstetras y enfermeras sea mínimo de 23 por cada 10,000 habitantes. Véase el siguiente enlace: <https://www.ipe.org.pe/portal/mas-personal-medico-su-servicio/#?text=La%20OMS%20recomienda%20que%20el%20repercute%20en%20la%20producci%C3%B3n%20agregada.>

nacionales, sin embargo, encontramos que se cuenta con 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes, según lo podemos observar en el siguiente cuadro:



Con la Ley N° 31516, se mejoró el D.L N° 1154, sin embargo, respecto del financiamiento, indican que las fuentes del financiamiento serán recursos directamente recaudados, donaciones y transferencias, recursos ordinarios, de ser necesario y de ingresos por contribuciones de la seguridad social; en muchos casos se complica poder tener recursos suficientes, y para poder utilizar los recursos ordinarios son necesarios muchos trámites administrativos, para sustentar el y poder obtener dicho presupuesto.

En este sentido la presente ley en su artículo único, propone modificar el artículo 5 del Decreto Legislativo 1154, decreto legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud, para mejorar la cobertura de los servicios de salud en el servicio público, modificado por Ley N° 31516, para efectos didácticos, presentamos el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1

Art. 5 del D.L. 1154, modificado por Ley 31516	Modificación
Artículo 5. Financiamiento	<i>Artículo 5. Financiamiento</i>

Los servicios complementarios en salud son financiados con el presupuesto institucional del respectivo pliego o entidad que tiene a su cargo la administración de los servicios 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, Recursos Ordinarios, de ser necesario y de Ingresos por Contribuciones de la Seguridad Social. 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 el establecimiento de su ámbito sanitario	<i>Los servicios complementarios en salud son financiados con el presupuesto institucional del respectivo pliego o entidad que tiene a su cargo la administración de los servicios 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, Recursos Ordinarios <u>a solicitud del Ministerio de Salud</u> y de Ingresos por Contribuciones de la Seguridad Social. <u>Para garantizar la continuidad de los servicios complementarios en salud</u></i> <i>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 el establecimiento de su ámbito sanitario".</i>
--	---

Como observamos la diferencia está en que se pueda acceder a los recursos ordinarios, de forma directa, sin necesidad de tanta burocracia administrativa que genera gastos innecesarios al estado, entorpeciendo el objetivo del D.L 1154.

En este sentido, cuenta con dos disposiciones complementarias finales, la primera está referida a la implementación de servicios complementarios en salud, así como su aplicación en una determinada unidad productora de servicios de salud, el Ministerio de Salud o el gobierno regional debe considerar un rendimiento adecuado de los profesionales de salud. Su aplicación no requiere reglamento; y la segunda, referida a su adecuación al reglamento, que 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, aprobado por Decreto Supremo 001-2014-SA a las disposiciones contenidas en esta ley.

La presente ley tiene como objetivo agilizar el financiamiento para el pago de los profesionales de la salud, y de esta manera fortalecer al D.L 1154, evitando el trámite administrativo que representa el solicitar de los recursos ordinarios.

En relación al financiamiento de los servicios complementarios

Hasta antes del 24 de marzo de 2022, los hospitales de Lima y Callao y de los Gobiernos Regionales financiaban los servicios complementarios de salud con recursos directamente recaudados; sin embargo, se puso en riesgo la continuidad de los servicios complementarios en salud con la publicación de Decreto Supremo N° 043-2022-EF, que dicta disposiciones para la aplicación de lo dispuesto en el numeral 15.3 del artículo 15 u numeral 1 de la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1441, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Tesorería, en cuyo artículo 3 establece:

"Artículo 3. De los Recursos que forman parte del Tesoro Público a partir del Año Fiscal 2023.

Son recursos del Tesoro Público los provenientes de tasas, ingresos no tributarios y multas que recauden a partir del Año Fiscal 2023 las entidades comprendidas en el alcance señalado en el artículo 2 del presente Decreto Supremo, provenientes de:

- a) Tasas que comprenden aquellos ingresos que obtienen las entidades por la prestación efectiva de un servicio público individualizado de carácter obligatorio y de naturaleza regulatoria, tales como Derechos, Licencias y otras Tasas, en concordancia con el Código Tributario aprobado mediante Decreto Legislativo N° 816, cuyo Texto Único Ordenado ha sido aprobado mediante Decreto Supremo N° 133-2013-EF.*
- b) Ingresos no tributarios por:*
 - La venta de bienes.*
 - La venta de servicios.*
 - La venta de Activos no Financieros tales como edificios y estructuras, vehículos, maquinarias, objetos de valor, terrenos.*
 - La venta de Activos Financieros tales como reembolso de préstamos, venta de títulos y valores, de acciones y de participaciones de capital y liquidación de otros activos financieros.*
 - La venta de otros bienes y servicios.*
- c) Multas que comprenden aquellos ingresos que obtienen las entidades por la determinación de infracciones, que incluyan conceptos tales como penalidades, ejecución de cartas de garantía, sanciones y otras multas."*

Se observa, con la publicación del Decreto Supremo N° 043-2022-EF, las entidades de salud ya no pueden disponer de los Recursos Directamente Recaudados para la contratación de servicios complementarios en Salud, poniendo en riesgo el desembalse quirúrgico y de atenciones en salud.

Motivo por el cual se justifica la propuesta, al aclarar en artículo 5 de la Ley 31516, Ley que modifica el Decreto Legislativo 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios complementarios en salud, para mejorar la cobertura de los servicios de salud en el sector público, para que los servicios complementarios en salud se financie por recursos ordinarios programados por el Ministerio de Salud, asimismo, por los gobiernos regionales.

2.1. MARCO NORMATIVO.

- Constitución Política del Perú
- Ley N° 26842, Ley General De Salud
- Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo Que autoriza los servicios complementarios en salud.
- Decreto Supremo N° 001-2014-SA, que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N°1154.

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

La presente iniciativa legislativa tiene como objetivo modificar el artículo 5° del D.L N° 1154, modificado por Ley N° 31516, el cual establece medida que permiten hacer más celer y eficiente el D. L. N° 1154, que esta en consistencia con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y en coherencia con la Constitución Política del Perú que garantiza el derecho a la protección de su salud que tienen todos los peruanos.

IV. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

El presente Proyecto de Ley no está orientada a ocasionar gasto público al Estado, ya que cumple con lo establecido en el artículo 76° del Reglamento del Congreso de la República, en concordancia con el 79° de la Constitución Política del Perú; es así que el análisis de costo beneficio es un método que sirve para conocer en términos cuantitativos los efectos e impacto que tiene una iniciativa legislativa sobre diversas variables que afectan a los actores y la sociedad para el bienestar general, con el cual podemos cuantificar costos y beneficios.

A continuación, procederemos a la identificación de los sectores que se beneficiarían con la presente iniciativa legal:

Cuadro N° 02
BENEFICIARIOS DE LA PROPUESTA DE LEY

ACTORES	BENEFICIOS DIRECTOS	BENEFICIOS INDIRECTOS	COSTOS
Usuarios de las IPRESS	- Mejorar en la prestación, a los servicios especializados de salud, debidamente acreditados. - Detección temprana y oportuna de las patologías. - Ahorro dinerario y de tiempo para acceder a servicios especializados.	- Cuidado y protección de su salud como un derecho de interés nacional. - Mejorar el acceso a los servicios de salud. - Acceso a la atención por parte de especialistas de la salud. - Detección temprana de las enfermedades, disminuyendo la incidencia de muertes.	No aplica
Profesionales de la salud especialistas, en actividad, cesantes y jubilados	- Contarán con el respaldo legal, para su contrato y el cumplimiento del mismo. - El pago de las prestaciones de servicios complementarios de salud, será de una manera célere.	- Fortalecimiento de la reforma de salud. - Mejora en los ingresos de los profesionales de la salud especialistas. - Mejor pronóstico de éxito en los tratamientos. - Disminución de procesos administrativos y sancionadores	No aplica
Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento de salud (IAFAS) Unidades de gestión de instituciones prestadoras de servicios de	- Contar con un marco legal que le permita acceder al presupuesto adecuado, según la necesidad para poder brindar el servicio complementario. - Evitar procesos largos y tediosos para sustentar la necesidad de utilizar los recursos ordinarios para la entidad. - Disminución de la brecha entre oferta y demanda. - Fortalecimiento de los recursos humanos.	- Mejorar la imagen institucional de las IPRESS, IAFAS, UGIPRESS. - Disminuir gastos a las entidades estatales, para tratar de resolver los conflictos administrativos y administrativos sancionadores. - Incremento en la demanda de prestación de servicios y en consecuencia mejorar la producción.	No aplica

salud (UGIPRESS)			
---------------------	--	--	--

V. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL.

La presente iniciativa legislativa se enmarca en las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional¹⁹:

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

Con este objetivo el Estado busca potenciar la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; promocionar la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; así mismo, ampliar y descentralizar los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, dando preferencia a las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; promover el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; incrementar progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población.

- Política de Estado N° 17: Afirmación de la economía social de mercado.

Con este objetivo el Estado busca contar garantizará la estabilidad de las instituciones, promoviendo la recuperación e inversión privada, evitando el abuso de posiciones, más aún cuando como en este caso fue imprevisto y no atribuible a las partes, y de esta manera fortalecer la producción agropecuaria nacional.

- Política de Estado N° 16: Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud

¹⁹ Véase el siguiente enlace: <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/>

Con este objetivo el Estado busca garantizará el acceso de las niñas, niños y adolescentes a una educación y de toda la familia el acceso a la salud integrales; así mismo, institucionalizar políticas multisectoriales para la reducción de la violencia familiar y juvenil.

- Política de Estado N° 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente

Con este objetivo el Estado busca incrementar la cobertura, calidad y celeridad de la atención de trámites, así como de la provisión y prestación de los servicios públicos, para lo que establecerá y evaluará periódicamente los estándares básicos de los servicios que el Estado garantiza a la población.

Finalmente, esta propuesta se vincula con el contenido de la Resolución Legislativa del Congreso N° 002-2022-2023-CR²⁰, que aprueba la Agenda Legislativa para el Período Anual de Sesiones 2022-2023, la cual, entre otros, incorpora temas vinculados a: gobierno en función de objetivos; lucha contra la pobreza; afirmación de la economía de mercado, etc.

²⁰ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (2022). *Resolución Legislativa 002-2022-2023-CR. RESOLUCIÓN LEGISLATIVA DEL CONGRESO POR LA QUE SE APRUEBA LA AGENDA LEGISLATIVA PARA EL PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2022-2023*. Véase el siguiente enlace: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/resolucion-legislativa-del-congreso-por-la-que-se-aprueba-la-resolucion-legislativa-002-2022-2023-cr-2118161-1/>