



RUTH LUQUE IBARRA
Congresista de la República

*Proyecto para la Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres
"Amor del Pueblo" y el desarrollo de la Soberanía Nacional"*



**PROYECTO DE LEY QUE
PROPONE LA LEY DE
NOMBRAMIENTO DE LOS
PROFESIONALES DE LA
SALUD, TÉCNICOS Y
AUXILIARES ASISTENCIALES Y
PERSONAL ADMINISTRATIVO
DE LA SALUD DE LAS
COMUNIDADES LOCALES DE
ADMINISTRACIÓN DE SALUD
(CLAS)**

Los congresistas de la República que suscriben, a iniciativa de la congresista **RUTH LUQUE IBARRA**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Estado y conforme lo establecen los artículos 74 y 75 del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente **PROYECTO DE LEY**:

FÓRMULA LEGAL

**LEY DE NOMBRAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD,
TÉCNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO
DE LA SALUD DE LAS COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE
SALUD (CLAS)**

Artículo 1.- Objeto de la ley

Mediante la presente ley se regula el nombramiento de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales y personal administrativo que labora en las comunidades locales de administración en salud (CLAS), que cumpla con las condiciones y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud para el mencionado nombramiento.

Artículo 2.- Alcances de la ley

Los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales, comprendidos en la presente ley son aquellos que realizan labores asistenciales en los servicios de salud individual o salud pública, de conformidad con lo establecido por el numeral 3.2 del artículo 3 y el artículo 5 del Decreto Legislativo 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, y se encuentren laborando en las comunidades locales de administración en salud (CLAS).

Artículo 3.- Autorización al Ministerio de Salud, sus organismos públicos y a las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales para efectuar modificaciones presupuestales en el nivel funcional programático

Autorízase al Ministerio de Salud, sus organismos públicos y a los gobiernos regionales, para realizar modificaciones presupuestarias en el nivel funcional programático, con cargo a su presupuesto institucional, para el financiamiento del nombramiento del personal de la salud al que se hace referencia en el artículo 1 y 2 de la presente ley.

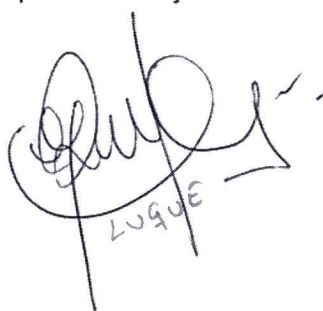
Artículo 4.- Requisitos para el nombramiento

Para el proceso de nombramiento es requisito que las plazas o puestos a ocupar se encuentren aprobados en el Cuadro para Asignación de Personal (CAP), en el Cuadro para Asignación de Personal Provisional (CAP Provisional) o en el Cuadro de Puestos de la Entidad (CPE), y en el Presupuesto Analítico de Personal (PAP), según corresponda. Asimismo, que las plazas o puestos a ocupar cuenten con la respectiva certificación del crédito presupuestario.

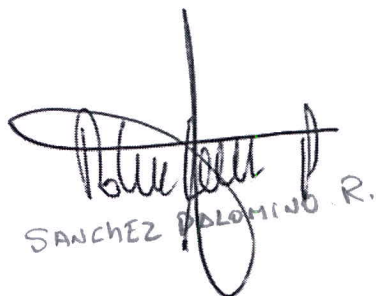
DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

PRIMERA. Reglamentación

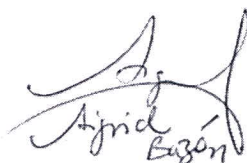
El reglamento de la presente ley es propuesto por el Ministerio de Salud, en coordinación con la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir) y es refrendado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Es publicado en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la vigencia de la presente ley. Dicho reglamento desarrolla los plazos, requisitos y condiciones para el nombramiento del personal de la salud comprendido en la presente ley.



LUQUE



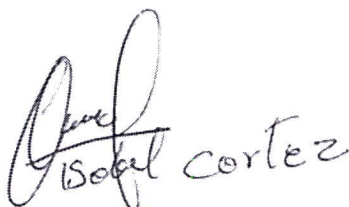
SANCHEZ POLOMINO R.



Ajrid Buzón



EDGARD REYMUNDO MERCADO
Directivo Portavoz
Grupo Parlamentario Cambio Democrático - Juntos por el Perú



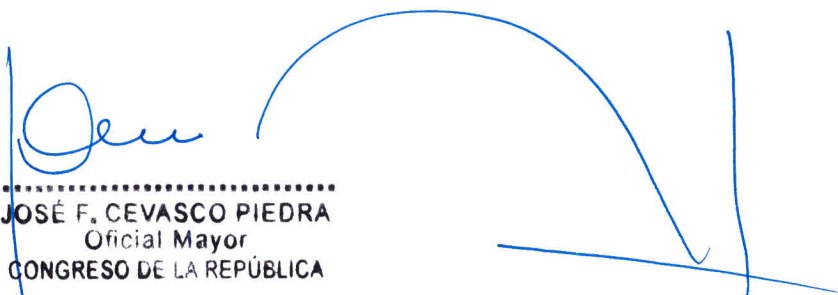
Isabel Cortez



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **14** de **setiembre** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 3050-2022-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. PRESUPUESTO Y CUENTA GENERAL DE LA REPÚBLICA.



.....
JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I) FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA:

1) Sobre el Sistema de Salud en el Perú

El sistema de salud peruano se caracteriza *"por una importante fragmentación y segmentación con escasa integración horizontal, tanto en la definición de obligaciones como en la producción de servicios. Está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las fuerzas armadas y la Policía Nacional del Perú, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada (ello de acuerdo a la Ley N.º 27813). Es coordinado a través del Consejo Nacional de Salud, presidido por el(la) ministro(a) de salud, con el objetivo de lograr el cuidado integral de la salud y avanzar hacia el aseguramiento universal en salud"*¹.

*"El subsistema público subsidiado o contributivo indirecto, está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA y sus órganos desconcentrados y organismos públicos adscritos y programas. El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales, y el nivel local por los establecimientos de salud de una provincia o distrito"*².

En esa línea, *"cabe señalar que, para fines del 2010 el MINSA, concluyó la transferencia de 16 funciones sectoriales, que comprendieron 125 facultades a 25 gobiernos regionales. Desde entonces los gobiernos regionales y locales son los encargados de conducir las políticas de salud en concordancia con las políticas nacionales en el marco de los Planes de Desarrollo Concertado. Los 25 gobiernos regionales se asentaron en las unidades políticas existentes (24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao)"*³.

Como resultado *"cada Gobierno Regional organizó su DIRESA para desempeñar las funciones rectoras e integradoras regionales. A pesar de que el proceso de descentralización transfirió competencias en salud y dotó de mayores recursos a*

¹ MINISTERIO DE SALUD, Análisis de Situación de Salud del Perú 2019, Lima, 2019, p. 36, versión digital en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.

² MINISTERIO DE SALUD, Análisis de Situación de Salud del Perú 2019, Lima, 2019, p. 36, versión digital en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.

³ MINISTERIO DE SALUD, Análisis de Situación de Salud del Perú 2019, Lima, 2019, p. 39, versión digital en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.

los gobiernos subnacionales, aún no se han desarrollado todas las capacidades necesarias para la gestión de la salud integrada a niveles subnacionales y la integración de redes de servicios de salud con los diferentes proveedores de servicios públicos. Por ejemplo, la coordinación entre MINSA y DIRESA está limitada al suministro de insumos y medicinas requeridas por esta última para sus estrategias y a los pagos del SIS por la prestación de servicios a su población afiliada”⁴.

2) Sobre los Trabajadores CLAS y su desempeño en el Sistema de Salud⁵

Como manifestación de la desconcentración de la atención de los pacientes por parte del Ministerio de Salud, mediante la Ley N.º 29124 son creados los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), los cuales son órganos de gestión de la salud a nivel local o comunitario, constituidos como alternativa a la gestión estatal y a la gestión privada, la cual es reglamentada mediante Decreto Supremo N.º 017-2008-SA, que establece la Cogestión y Participación Ciudadana. EN estas normas el CLAS es definido como *“una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica, integrada por representantes de la comunidad organizada, para administrar un puesto o centro de salud, con el fin de mejorar la salud de la comunidad”⁶.*

Como es de conocimiento general a nivel nacional existen 712 establecimientos aproximadamente, los cuales en los últimos años han estado como todos los servidores del sector salud, al pie del cañón de la lucha contra la pandemia del COVID-19, donde el 53% (406) de CLAS administra 1 establecimiento de salud, el 33% (251) entre 2 a 5 establecimientos y el 14% (105) administra más de 5 establecimientos.

En esa línea, los CLAS a nivel nacional están compuestos por los siguientes profesionales y personal técnico:

⁴ MINISTERIO DE SALUD, Análisis de Situación de Salud del Perú 2019, Lima, 2019, p. 39, versión digital en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.

⁵ Información proporcionada por la “Asociación Nacional de Trabajadores contratados D. L. 728 CLAS – MINSA”.

⁶ MINISTERIO DE SALUD, Los Comités Locales de Administración (CLAS): Organización y Modelo de Gestión. El programa de Salud Local, versión digital en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3089.pdf>.

CARGO CLASIFICADO	PROF. ADM.	PROF.SALUD	TECNICO ASISTENCIAL	TOTAL GENERAL
ARTESANO			1	1
BIOLOGO		3		3
CHOFER			1	1
ENFERMERA/O		42		42
ESTADISTICO	1			1
MEDICO CIRUJANO		2		2
OBSTETRA		44		44
PSICOLOGO/A		5		5
QUIMICO FARMACEUTICO		1		1
TEC. ADMINISTRATIVO			1	1
TEC. ENFERMERIA			54	54
TEC. LABORATORIO			2	2
TRAB.SERV.			3	3
TRABAJADORA SOCIAL		1		1
Sub Total general	1	98	62	161
Región Arequipa		36	39	75
Total general	1	134	101	236

Fuente: "Asociación Nacional de Trabajadores contratados D. L. 728 CLAS – MINSA"

Asimismo, los profesionales y técnicos que laboran en los CLAS se encuentra distribuidos a nivel nacional de la siguiente forma:

PLIEGO	ASISTENCIAL	ADMINISTRATIVO	TOTAL
011 M. DE SALUD	23	26	49
131 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	0	0	0
134 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	0	64	64
135 SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2	129	131
440 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	30	0	30
441 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH	140	40	180
442 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC	28	7	35
443 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	35	5	40
444 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO	9	1	10
445 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	93	5	98
446 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO	40	24	64
447 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANCABELICA	6	0	6

448 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO	116	6	122
449 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ICA	15	24	39
450 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE JUNIN	32	0	32
451 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD	4	7	11
452 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	32	3	35
453 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LORETO	32	19	51
454 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	31	0	31
455 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	2	3	5
456 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PASCO	0	0	0
457 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PIURA	45	37	82
458 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PUNO	7	1	8
459 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN	8	0	8
460 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TACNA	3	5	8
461 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TUMBES	0	0	0
462 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE UCAYALI	7	1	8
463 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LIMA	2	1	3
TOTAL	742	408	1150

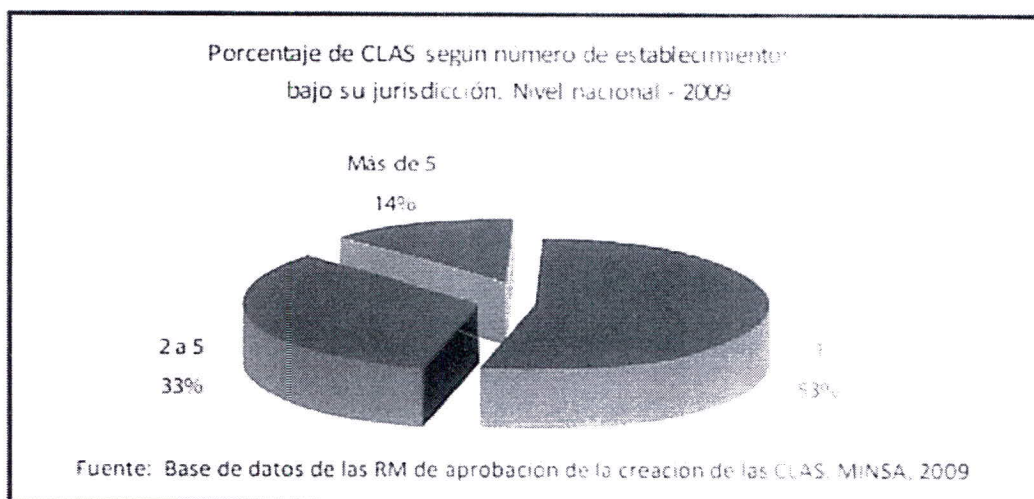
Dicho esto, es preciso señalar que, las asociaciones CLAS destacan entre los actores del Sector Salud por sus atributos de cogestión de los servicios de salud con participación de la comunidad organizada, que durante su existencia ha mostrado mejoras en la equidad, calidad y cobertura de los servicios de salud, en todas las regiones del país. La modalidad de cogestión CLAS, inicio actividades en 1994, con la creación del Programa de Administración Compartida (PAC), que tenía la finalidad de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población más necesitada, mediante la acción compartida entre el Estado y la comunidad⁷.

El modelo promueve la formación de una asociación civil sin fines de lucro, a partir de la propia comunidad orientada a viabilizar con mayor efectividad los recursos comunitarios, el ejercicio de derechos y la corresponsabilidad, con fin de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. Esta Asociación cuenta con personería jurídica de derecho privado y es integrada por representantes de la comunidad organizada. El Estado representado por el MINSA a través de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud (DIRESA/DISA) fue transfiriendo recursos financieros, materiales, personal, entre otros, hasta el momento en que

⁷ http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1079_MINSA1474.pdf

los mismos fueron descentralizados a los pliegos regionales como parte del proceso de descentralización del Estado⁸.

Cada CLAS brinda sus servicios, utilizando como instrumento básico de gestión el Plan de Salud Local (PSL), instrumento de planeamiento y programación que se inserta en el Convenio de Cogestión asumido con los niveles de gobierno regional y local en articulación con los planes de desarrollo de dichos ámbitos⁹.



3) Importancia de los Trabajadores CLAS de los Servicios Médicos

El desarrollo alcanzado por esta institución es importante: *“Así, hasta el año 2000 existían ya 1242 establecimientos de salud CLAS dirigidos a cerca de 6 millones de habitantes. Una innovación importante son los Programas de Salud Local (PSL) adaptados a las particularidades y necesidades de cada localidad. La flexibilidad del gasto de sus recaudaciones ha permitido mejorar la infraestructura y equipos, la contratación directa de nuevo personal con la posibilidad de control y evaluación anual de estos trabajadores por el nivel local, ello ha permitido no sólo mejorar la productividad y responsabilidad de estas personas sino también la calidad de los servicios”*¹⁰. En términos generales, debemos señalar que los sueldos percibidos por el personal asistencial y administrativo de los CLAS es muy inferior a que perciben personal homólogo con las mismas funciones que laboran en otros establecimientos de salud, pese a que en la práctica poseen la misma carga

⁸ http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1079_MINSA1474.pdf

⁹ http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1079_MINSA1474.pdf

¹⁰ CABRERA ARREDONDO, HENRY, “Los comités locales de administración en salud (CLAS) ¿buenos o malos para la salud?”, versión digital en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/comites.htm.

laboral y realizan el mismo trabajo¹¹.

4) Sobre los antecedentes para los nombramientos de los trabajadores CLAS

Mediante el Decreto Supremo N.º 032-2015-SA, se aprobaron los lineamientos para el proceso de nombramiento de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales y se establecieron los criterios y procedimientos a seguir para dicho proceso.

Se estableció que para el año fiscal del 2015 se asignó el 20% del PEA definido para el nombramiento del personal de la salud contratado bajo el régimen del D.L. N° 276, D.L. N° 1057, D.L. N° 728, de las Comunidades Locales de Administración de Salud – CLAS que laboren en los establecimientos de salud de zonas alejadas y de frontera, VRAEM y zonas declaradas en emergencia por circunstancias similares a las del VRAEM¹².

Luego, se determinó que se efectuará el nombramiento en los puestos donde se realizan actividades en servicios de salud individual o salud pública en el ámbito de competencia del Decreto Legislativo N.º 1153; siempre que a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo N.º 1153 hayan estado prestando servicios en estas zonas, y a la vez, que a la fecha de la publicación del presente Decreto Supremo continúen laborando en ellas. De no cubrir el tope del 20% con el personal de la salud del párrafo anterior, se asignará al personal de la salud comprendido en el ámbito de la segunda prioridad¹³.

En segundo lugar, Comprende al personal de la salud contratado, que no labora en los establecimientos de salud de zonas alejadas y de frontera, VRAEM y zonas declaradas en emergencia por circunstancias similares a las del VRAEM, que se encuentren bajo el régimen del Decreto Legislativo N° 276, Decreto Legislativo N° 1057, y Decreto Legislativo N° 728 de las Comunidades Locales de Administración de Salud — CLAS, realizando actividades en servicios de salud individual o salud pública a la fecha de entrada en vigencia del Decreto Legislativo N° 1153.¹⁴ Este antecedente demuestra la intención y la viabilidad que se tiene para proceder con el nombramiento de los trabajadores CLAS.

¹¹ Según señala la “Asociación Nacional de Trabajadores contratados D. L. 728 CLAS – MINSA”.

¹² <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29931-establecen-lineamientos-para-nombramiento-de-profesionales-y-tecnicos-del-minsa>.

¹³ Decreto Supremo N.º 032-2015-SA, p. 2.

¹⁴ Decreto Supremo N° 032-2015-SA, p. 3

Finalmente, es preciso señalar que la presente propuesta legislativa se presenta en reconocimiento a la valiosa labor prestada por los servidores CLAS que trabajan codo a codo –con los otros servidores nombrados y CAS–, desde su creación hasta el momento, en circunstancias tales como la actual pandemia por Covid-19, periodo en el que el 53% (406) de CLAS administra 1 establecimiento de salud, el 33% (251) entre 2 a 5 establecimientos y el 14% (105) administra más de 5 establecimientos.

II) EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACION NACIONAL

El presente proyecto de ley no modifica ni deroga ninguna otra norma previamente promulgada. Busca como objetivo el nombramiento reconocido por el Estado merecedores de sus derechos por el desempeño de sus labores.

III) ANALISIS DE COSTO-BENEFICIO

Actores Involucrados	Efectos Directos	Efectos Indirectos
Trabajadores CLAS	Reconocimiento y Acceso a mejores derechos como trabajadores nombrados	Contar con profesionales capacitados en el marco de la gestión de salud
ESTADO	Disposición de trabajadores asistenciales y administrativos nombrados al servicio de la ciudadanía	Mejora en los estándares de salud de la población urbano – rural y situación laboral de los servidores asistenciales y administrativos

IV) RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS NACIONALES DEL ESTADO

El presente proyecto de Ley guarda relación con el Acuerdo Nacional del 22 de octubre del 2015 “*ser humano como fin de la reforma de salud, integralidad de la atención y participación*”.