

Anexo N° 1

MINISTERIO DE SALUD
COMISIÓN DE APOYO A LA REFORMA EN SALUD
R.M. N° 988-2003-SA/DM

Anteproyecto

**LEY DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD COMUNITARIA
 (SERMEC)**

CAPÍTULO I.- GENERALIDADES**Artículo 1°.- Finalidad de la Ley**

La Ley del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria (SERMEC) tiene por finalidad desarrollar y fortalecer el primer nivel de atención con la estrategia de Atención Primaria de Salud y con recursos humanos de salud profesionales y técnicos calificados, a fin de contribuir a garantizar el acceso al cuidado integral de salud de toda la población y mejorar la calidad de vida de las personas.

Artículo 2°.- Marco Legal

El SERMEC tiene como marco legal la Constitución Política del Estado, el Acuerdo Nacional, la Ley de Bases de la Descentralización N° 27783, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867, la Ley Orgánica de Municipalidades N° 27972, la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado N° 27658, la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud N° 27813 y la Ley del Ministerio de Salud N° 27657.

Artículo 3°.- Alcance de la Ley

Se encuentran sujetos a la presente Ley los órganos del Ministerio de Salud, sus órganos desconcentrados, los órganos del sector que dependen técnica y funcionalmente del Ministerio de Salud y los organismos y entidades con los que se mantiene relaciones de rectoría y coordinación en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

CAPÍTULO II.- DEFINICIÓN, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD**COMUNITARIA (SERMEC)****Artículo 4°.- Definición**

El Servicio de Medicina y Salud Comunitaria (SERMEC) es una estrategia del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y un servicio para el desarrollo y fortalecimiento del primer nivel de atención con la estrategia de Atención Primaria de Salud y con recursos humanos de salud profesionales y técnicos calificados remunerados.

Artículo 5°.- Principios

Los principios fundamentales orientadores del SERMEC son la solidaridad, equidad, universalidad, integridad del cuidado de la salud y la participación.

Artículo 6°.- Objetivos del SERMEC

Son objetivos del SERMEC:

- a. Contribuir a garantizar en el primer nivel de atención, el acceso al cuidado integral de salud con la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- b. Desarrollar y fortalecer en el primer nivel de atención, la organización, prestación, gestión y financiamiento de servicios de salud, mejorando su capacidad resolutoria y el sistema de referencia y contrarreferencia.
- c. Contribuir en el primer nivel de atención, al proceso de descentralización a través de la prestación de servicios efectivos y de calidad, fomentando la participación ciudadana, la intersectorialidad, la interculturalidad y el desarrollo local.
- d. Asegurar en el primer nivel de atención, la gestión efectiva de los recursos humanos profesio-

- nales y técnicos aplicando las políticas de desarrollo de recursos humanos.
- e. Promover y contribuir al cambio en la formación y capacitación de los recursos humanos profesionales y técnicos, orientado al desarrollo de competencias del equipo de salud para resolver los problemas más frecuentes en el primer nivel de atención.
 - f. Priorizar y promover la especialización médica en Medicina General Integral / Medicina Familiar y su similar en otras profesiones de la salud, por la modalidad de Titulación por Evaluación de Competencias.
 - g. Contribuir al reordenamiento del gasto en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, por ser de menor costo la atención de menor y mediana complejidad del primer nivel.

CAPÍTULO III.- GESTIÓN DEL SERMEC

Artículo 7°.- Rectoría del SERMEC

La rectoría del SERMEC corresponde a nivel nacional al Ministerio de Salud a través del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) y la Oficina General de Recursos Humanos (OGRHH), y a nivel regional al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud.

Artículo 8°.- Recursos Humanos Profesionales y Técnicos del SERMEC

Son recursos humanos del SERMEC los profesionales y técnicos del primer nivel de atención.

Artículo 9°.- Características del SERMEC

Son características del SERMEC:

- a. El SERMEC no es obligatorio para los profesionales y técnicos, y su ingreso se realiza a través de concurso abierto.
- b. Los equipos regionales de salud del SERMEC serán conformados con aprobación de la Dirección Regional de Salud a propuesta del Consejo Regional o Provincial de Salud que corresponda, de acuerdo al análisis situacional de salud y a la normatividad vigente, así como a las posibilidades financieras.
- c. Los profesionales y técnicos del SERMEC pertenecen al primer nivel de atención.
- d. Todas las plazas del SERMEC son remuneradas.
- e. El SERMEC promueve la especialización de los profesionales de la salud por la modalidad de Titulación por Evaluación de Competencias:
 - e.1) Los profesionales de la salud que estén o hayan laborado en el primer nivel de atención podrán acceder al título de la especialidad médica de Medicina General Integral / Medicina Familiar o su similar en otras profesiones de la salud, luego de haber desarrollado las capacidades requeridas por la modalidad de Titulación por Evaluación de Competencias en el lapso mínimo de un año. El pre-requisito para obtener dicho título en esta modalidad es haber estado laborando en el primer nivel de atención por lo menos tres años antes, siendo indispensable que esta relación laboral no haya sido establecida más allá de los últimos 10 años.
 - e.2) Los profesionales de la salud titulados en los últimos 10 años que no cumplan con el pre-requisito anterior, podrán acceder al título de la especialidad médica de Medicina General Integral / Medicina Familiar o su similar en otras profesiones de la salud, luego de haber desarrollado las capacidades requeridas por la modalidad de Titulación por Evaluación de Competencias en el lapso mínimo de dos años. El pre-requisito para obtener dicho título en esta modalidad es haber tenido una permanencia previa mínima de dos años en el SERMEC.
- f) El proceso conducente a la especialidad de MGI/MF o su equivalente, por la modalidad por evaluación de competencias, estará a cargo del IDREH y del sistema universitario.
- g) Los profesionales que acceden a la especialidad de MGI/MF o su equivalente, a través del SERMEC por la modalidad por evaluación de competencias, conservan su relación laboral durante su formación complementaria.
- h) Los profesionales egresados del SERMEC contarán con una bonificación en puntaje, válida en los concursos para plazas de servicios, estudios de post grado, especialización y becas. La bonificación es extensiva a los técnicos y será por el tiempo de permanencia en el SERMEC, según criterios a establecer en el Reglamento.
- i) Los sistemas de prestación, organizativos, gerenciales y de apoyo del primer nivel de aten-

ción del SNCDS, integrarán en sus subsistemas los requerimientos del SERMEC, contando para ello con las normas que correspondan a las instancias normativas y técnicas pertinentes.

CAPÍTULO IV.- FINANCIAMIENTO

Artículo 10°.- Fuentes de Financiamiento

El financiamiento para la operatividad del SERMEC proviene principalmente de las fuentes siguientes:

- a. Pliego Ministerio de Salud y Pliegos de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) ligados al SERMEC, como son el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH).
Dentro del Pliego Ministerio de Salud, el SERMEC involucra a dos de sus tres unidades ejecutoras de presupuesto: el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) y la Oficina General de Administración (OGA).
- b. Pliegos de los Gobiernos Regionales y Municipales en la parte destinada a la salud.
- c. Pliegos Interior y Defensa referente a las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales para el financiamiento del SERMEC.
- d. ESSALUD.
- e. Organismos privados que brindan servicios de salud.
- f. La proveniente de organismos cooperantes.

Artículo 11°.- Financiamiento en el Nivel Descentralizado

El proceso de descentralización del sector Salud implica para el SERMEC:

- a. La concertación de las diferentes fuentes de financiamiento.

- b. La transferencia de dichas fuentes a los Gobiernos Regionales bajo los procedimientos que acompañan el proceso de descentralización del sector Salud.
- c. La transferencia a las instancias regionales y locales de capacidades de gestión financiera para el uso eficiente de los recursos, la obtención de recursos para el logro de resultados de salud y la adecuada distribución presupuestal con criterios de equidad y solidaridad.
- d. La definición de criterios de racionalización del gasto en salud a través de estrategias de priorización y focalización.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES

PRIMERA.- Los profesionales de salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley estén cumpliendo el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), se regirán hasta su culminación por la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud y su Reglamento.

SEGUNDA.- A los profesionales de salud que a la fecha de la vigencia de la presente Ley hayan cumplido con la prestación del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, se les seguirá asignando la bonificación establecida en el Decreto Supremo N° 005-90-SA, Reglamento de la Ley 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, para ingresar a los programas de segunda especialización, por un período adicional no mayor de tres años.

TERCERA.- Derógase la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, y su reglamento, con excepción de lo estipulado en la Primera y Segunda Disposiciones Transitorias de la presente Ley.

CUARTA.- Derógase toda disposición legal que se oponga a la presente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

En los últimos 32 años el Ministerio de Salud ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socio-económico. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido persiste

el problema de cobertura y de capacidad resolutive para la atención de salud en el primer nivel.

A. SERVICIO CIVIL DE GRADUANDOS EN SALUD - SECIGRA SALUD

En 1972, mediante Decreto Ley N° 19646, se crea el Servicio Civil de Graduandos de las Ciencias de la

Salud Humana (SECIGRA-SALUD), con la finalidad de fortalecer y ampliar los programas preventivo promocionales y asistenciales en las zonas de menor desarrollo del país. Una característica de este programa fue su obligatoriedad y constituyó un requisito para el libre ejercicio profesional. El SECIGRA-SALUD comprendía a los graduandos de medicina, farmacia y odontología, quienes servían durante doce meses; y a los graduandos de obstetricia y enfermería, durante seis meses. El servicio se cumplía exclusivamente en los puestos sanitarios, centros de salud y hospitales del MINSA. El SECIGRA se mantuvo hasta 1981, en que fue reemplazado por el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

B. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - APS

En 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata, definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud. La Conferencia identificó a la atención primaria de salud como la principal estrategia para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT-2000), adoptada por los estados miembros de la OMS en 1977.

Veinticinco años después del hito histórico establecido en Alma-Ata, el Perú ha acumulado ganancias en salud atribuibles al impacto de las actividades prioritarias de APS en promoción de la salud, alimentación y nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, cuidado materno infantil, planificación familiar, inmunizaciones, prevención y control de endemias, y acceso a medicamentos esenciales.

C. SERVICIO RURAL Y URBANO MARGINAL DE SALUD - SERUMS

El SERUMS se crea mediante Ley N° 23330 en 1981 con la finalidad de contribuir a asegurar la atención de salud en beneficio de la población de bajos recursos económicos en las zonas rurales y urbano marginales. A diferencia del SECIGRA, es realizado por doce profesiones de las ciencias de la salud. El servicio se efectúa en la modalidad remunerada durante doce meses y en la modalidad equivalente (ad-honorem) tres veces por semana, durante un año. Se realiza en puestos y centros de salud, y hospitales de apoyo del MINSA, ESSALUD, Sanidades de las FFAA y PNP y en instituciones no públicas me-

dante convenio con el MINSA. Constituye requisito indispensable para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios de perfeccionamiento en el país o en el extranjero.

El SERUMS ha presentado en los últimos años severas inconsistencias debido al incremento sistemático de profesionales inscritos en el sorteo y al estancamiento de plazas por razones financieras. Durante 2003 sólo el 29% de los profesionales inscritos cubrieron el total de plazas disponibles (2534). Una cifra similar ha sido cubierta por profesionales de salud en la modalidad de SERUMS equivalente, cuyo servicio es de medio tiempo en zonas no alejadas y no remuneradas, contraviniendo disposiciones legales laborales.

D. COMISIÓN DE ALTO NIVEL - R.M. N° 463-2001-SA/DM

En agosto del 2001, por R.M. N° 463-2001-SA/DM, el Ministerio de Salud constituyó la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del sistema nacional de salud. Luego de cinco meses de trabajo emitió el Informe Final conteniendo un total de 51 problemas con sus respectivas propuestas y acciones a realizar. Entre las propuestas destacaron la creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, y el fortalecimiento del primer nivel de atención y de las redes de servicios de salud como elemento central para establecer la unidad funcional del sistema y la equidad en el cuidado de la salud.

Con respecto a los recursos humanos, una de las propuestas innovadoras fue la creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC para desarrollar el primer nivel de atención con profesionales generalistas capacitados y con mayor permanencia en el servicio, así como con la formación del médico general integral y su similar para las otras profesiones de salud. A fin de atraer a los profesionales a estas plazas se planteó crear incentivos y condiciones laborales tales como la oferta de especialización en medicina general integral o su similar, equipamiento adecuado, condiciones de alojamiento, mecanismos de comunicación efectivos (radio, teléfono, internet) e in-

centivos económicos como una bonificación por trabajo en zonas de menor desarrollo.

II. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la atención de salud en el primer nivel del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud carece de la capacidad resolutive necesaria, lo que impide responder a los requerimientos y expectativas de la población. Su organización y gestión de la oferta de servicios son inadecuadas, con establecimientos de salud no articulados, sistema de referencia y contrarreferencia deficiente y desarrollo heterogéneo de las capacidades de producción de servicios (infraestructura, equipamiento, cantidad y capacidad del personal, recursos materiales, etc.).

Asimismo, los establecimientos del primer nivel de atención resultan poco atractivos para los profesionales de salud, apreciándose alta rotación e insuficiencia en las competencias requeridas para responder de manera adecuada a los problemas del primer nivel. Adicionalmente, existe predominio del enfoque biomédico recuperativo e individual en las prestaciones de salud, orientado hacia los daños, con escasa participación de los usuarios y las comunidades en las decisiones de salud.

La situación descrita genera subutilización del primer nivel y sobresaturación de la demanda de atención en hospitales e institutos por problemas de salud de menor complejidad -que no les corresponde-, elevándose enormemente los costos de atención y prolongándose los tiempos de espera, con la consiguiente insatisfacción de los usuarios.

De la misma manera, tal situación contribuye a perennizar un sistema de salud no equitativo, costoso e ineficiente; a generar una percepción poco favorable y de desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer nivel de atención; y a mantener niveles bajos de capacidad, motivación y compromiso del personal de salud.

Por lo señalado, se ha constituido en prioridad del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud el fortalecimiento del cuidado integral de la salud en el primer nivel de atención, como respuesta a la solución de problemas de menor y mediana complejidad. En tal perspectiva está plan-

teada la propuesta del SERMEC, que promueve la formación, captación y permanencia de profesionales generales y técnicos preparados en el primer nivel de atención, priorizando y promoviendo la especialidad médica de Medicina General Integral y su similar en otras profesiones de la salud. De esta manera, para brindar un servicio con equidad y calidad, se tendrá -donde más se les necesite- recursos humanos profesionales y técnicos calificados. Además, al eliminarse las continuas rotaciones, la población se verá beneficiada con la mayor permanencia del personal, lográndose su identificación con la comunidad y su cultura.

III. OBJETIVOS

Contribuir a garantizar en el primer nivel de atención, el acceso al cuidado integral de salud con la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Desarrollar y fortalecer en el primer nivel de atención, la organización, prestación, gestión y financiamiento de servicios de salud, mejorando su capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrarreferencia.

Contribuir en el primer nivel de atención, al proceso de descentralización a través de la prestación de servicios efectivos y de calidad, fomentando la participación ciudadana, la intersectorialidad, la interculturalidad y el desarrollo local.

Asegurar en el primer nivel de atención, la gestión efectiva de los recursos humanos profesionales y técnicos aplicando las políticas de desarrollo de recursos humanos.

Promover y contribuir al cambio en la formación y capacitación de los recursos humanos profesionales y técnicos, orientado al desarrollo de competencias del equipo de salud para resolver los problemas más frecuentes en el primer nivel de atención.

Priorizar y promover la especialización médica en Medicina General Integral / Medicina Familiar y su similar en otras profesiones de la salud, por la modalidad de Titulación por Evaluación de Competencias.

Contribuir al reordenamiento del gasto en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, por ser de menor costo la atención de menor y mediana complejidad del primer nivel.

IV. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

1. Costo

El SERMEC mejorará significativamente la eficiencia del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y no irrogará gastos adicionales al Tesoro Público, debido a que su implantación implicará un esfuerzo de reordenamiento del gasto del sector en los distintos niveles de atención. En efecto, al desarrollar el primer nivel de atención y mejorar su capacidad resolutoria -que es de menor costo- la demanda de atención será sustancialmente menor en los hospitales e institutos del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, cuyo costo per cápita es mucho mayor.

2. Beneficio

Con la creación del SERMEC se busca desarrollar y fortalecer el primer nivel de atención a fin de contribuir a lograr el acceso al cuidado integral de salud de toda la población, mejorar la calidad de vida de las personas, reducir enfermedades y salvar vidas, evitando muertes anticipadas, pérdida de capacidad de trabajo y pérdida de tiempo de trabajo y entretenimiento.

Asimismo, el Servicio de Medicina y Salud Comunitaria revertirá progresivamente la actual subutilización de los servicios y establecimientos de salud del primer nivel de atención, que ha conducido a la sobresaturación de la demanda de atención en los establecimientos de mayor complejidad del sistema de salud, al encarecimiento de los costos de atención, a prolongados tiempos de espera y, por tanto, a la insatisfacción de los usuarios.

De otro lado, el SERMEC se orienta al desarrollo integral de los recursos humanos a través de la formación, captación y permanencia de profesionales generales capacitados en el primer nivel de atención, priorizando la especialidad de Medicina General Integral y sus similares en las distintas profesiones de la salud. De esta manera, se tendrá recursos humanos calificados donde más se les necesite para brindar un servicio con equidad y calidad. Además, al eliminarse las continuas rotaciones, la población se verá beneficiada con la mayor permanencia del personal, lográndose su identificación con la comunidad y su cultura.

19 de Enero de 2004

Anexo N° 2

MINISTERIO DE SALUD

COMISIÓN DE APOYO A LA REFORMA EN SALUD

R.M. N° 988-2003-SA/DM

Anteproyecto

LEY DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

CAPÍTULO I.- GENERALIDADES

Artículo 1°.- Finalidad de la Ley

La finalidad de la presente Ley es el Aseguramiento Universal en Salud como medio para lograr el acceso al cuidado integral de la salud de toda la población y contribuir a mejorar su estado de salud y calidad de vida.

Artículo 2°.- Marco Normativo

El Aseguramiento Universal en Salud tiene como

marco normativo la Constitución Política del Estado, el Acuerdo Nacional, la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, lo establecido en la presente Ley y demás legislación aplicable.

Artículo 3°.- Alcance de la Ley

Se encuentran dentro del ámbito de aplicación de la presente Ley las organizaciones, instituciones, dependencias y componentes del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.