

Los congresistas del grupo parlamentario Acción Popular, que suscriben, a iniciativa del Congresista de la República **JUAN CARLOS MORI CELIS**, ejerciendo el derecho que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado, concordante con los artículos 22°-C, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente proyecto de ley:

FORMULA LEGAL:

El Congreso de la República

Ha dado la Ley siguiente:



LEY DE DESARROLLO CONSTITUCIONAL DEL ARTICULO 40° DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL PERU, PARA GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Artículo 1°.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto desarrollar el artículo 40° de la Constitución Política del Perú, para garantizar el derecho fundamental a la Salud, con la finalidad de delimitar los alcances legales del desempeño de más de un empleo o cargo público remunerado, por la función especializada en servicios de salud en el marco de la Ley N° 32145, Ley de Reforma Constitucional del artículo 40° de la Constitución Política del Perú para habilitar el doble empleo o cargo público remunerado al Personal Médico y profesionales de la salud con especialidad, y regula los derechos, deberes y responsabilidades de los servidores públicos.

Artículo 2°.- Aplicación de la Ley

La doble percepción de ingresos para el personal médico y profesionales de la salud con especialidad, es aplicable por necesidad de servicio debidamente justificado por brecha de recursos humanos en los establecimientos de salud, en zonas de pobreza y de pobreza extrema, para la oportuna y adecuada prestación de los servicios de salud por parte del Estado.

Artículo 3°.- Prestaciones del personal médico y profesionales de la salud con especialidad

Las prestaciones y beneficios sociales del personal médico y profesionales de la salud con especialidad, están regulados por la legislación de la materia, y están referidos a las vacaciones, gratificaciones, Compensación por Tiempo de Servicios (CTS), bonificaciones, asignación familiar, seguro de vida ley, así como maternidad para las trabajadoras, entre otros.

Artículo 4°.- Financiamiento de la doble percepción

El financiamiento de la doble percepción de ingresos para el personal médico y profesionales de la salud con especialidad, son financiados con el presupuesto institucional del respectivo pliego que administra los servicios de salud y de los establecimientos de salud que requieran los servicios, sin demandar recursos adicionales al tesoro público. El financiamiento podrá efectuarse a través de Recursos Ordinarios, Recursos Directamente Recaudados, Donaciones y Transferencias, y de ingresos por contribuciones de las Seguridad Social.

Artículo 5°.- Restricciones de la doble percepción de ingresos

Para la doble percepción del personal médico y profesionales de la salud con especialidad, deberá observarse que la prestación de los servicios sea exclusiva y de naturaleza asistencial de forma presencial y efectiva durante la jornada laboral sujeta a control posterior, y no debe realizarse durante la misma jornada laboral, de lo contrario se configura e incurre en la prohibición de doble percepción, bajo responsabilidad administrativa, civil y penal.

Artículo 6°.- Límites de la doble percepción de ingresos

El personal médico y profesionales de la salud con especialidad, bajo cualquier modalidad de relación contractual con el Estado para la prestación de servicios de salud en los establecimientos de Primer Nivel de Atención, no podrá mantener en paralelo más de dos ingresos por parte del Estado, que es de observancia obligatoria del Ministerio de Salud, sus organismos desconcentrados y organismos públicos adscritos, y los Gobierno Regionales.

Artículo 7°.- Obligaciones del personal médico y profesionales de la salud con especialidad

Todo personal médico y profesionales de la salud con especialidad, que perciba doble ingreso por parte del Estado, tiene la obligación de prestar los servicios asistenciales de forma exclusiva durante la jornada de trabajo, y el horario de trabajo de ambos vínculos laborales no deben sobreponerse de tal forma que no afecte a la otra, que configure la incompatibilidad horaria.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS, FINALES Y TRANSITORIAS

PRIMERA.- Modifíquese el artículo 3° de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público, en los siguientes términos:

“Artículo 3°.- Prohibición de doble percepción de ingresos

Ningún empleado público puede percibir del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento 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, **la función de servicios de salud como personal médico y profesionales de la salud con especialidad**, y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas”.

SEGUNDA.- Modifíquese el artículo 38° de la Ley ° 30057, Ley del Servicio Civil, en los siguientes términos:

“Artículo 38°. Prohibición de doble percepción de ingresos

[...]

Las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva, **la función de servicios de salud como personal médico y profesionales de la salud con especialidad**, y la percepción de dietas por participación de uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.

Queda prohibida la percepción de ingresos por dedicación de tiempo completo en más de una entidad pública a la vez”.

TRECERA.- Modifíquese el artículo 7° del Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, en los siguientes términos:

“Artículo 7°.- Ningún servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, inclusive en las Empresa de propiedad directa o indirecta del Estado o de Economía Mixta. Es incompatible asimismo la percepción simultánea de remuneraciones y pensión por servicios prestado al Estado. La única excepción a ambos principios está constituida por la función educativa en la cual es compatible la percepción de pensión y **la función de servicios de salud como personal médico y profesionales de la salud con especialidad.**”

Lima, 29 de octubre de 2024



FIRMA
DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Edwin FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29/10/2024 18:01:23-0500



FIRMA
DIGITAL

Firmado digitalmente por:
MORI CELIS Juan Carlos
FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29/10/2024 11:40:54-0500

JUAN CARLOS MORI CELIS
Congresista de la República



FIRMA
DIGITAL

Firmado digitalmente por:
DOROTEO CARBAJO Raul
Felipe FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29/10/2024 18:38:40-0500



FIRMA
DIGITAL

Firmado digitalmente por:
VERGARA MENDOZA Bvis
Herman FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29/10/2024 13:52:38-0500



FIRMA
DIGITAL

Firmado digitalmente por:
VERGARA MENDOZA Bvis
Herman FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29/10/2024 13:52:56-0500



FIRMA
DIGITAL

Firmado digitalmente por:
MONTEZA FACHO Silvia
Maria FAU 20161740126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 29/10/2024 15:20:30-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **30** de **octubre** de **2024**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 9346/2024-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

- 1. CONSTITUCIÓN Y REGLAMENTO; y**
- 2. SALUD Y POBLACIÓN.**



.....
GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTACION:

La situación del servicio de salud en el Perú, es muy preocupante, dado que sólo hay 4 médicos por cada 10 mil habitantes, y hay un déficit de 24 mil trabajadores de salud en el primer nivel de atención, que ha sido corroborado por el Ministro de Salud en sesión del 07 de noviembre del 2023, que ha referido que existe déficit del personal médico, especialmente en zona de menor desarrollo y la regulación es insuficiente para afrontar esa realidad de brecha de recursos humanos en el Sector Salud, que ha motivado la modificación del artículo 40° de la Constitución Política, para permitir que el personal médico y profesionales de la salud con especialidad, que evidencia que los establecimientos del primer nivel de atención requiere de atención priorizada para que los servicios de salud no sean concentradas en los hospitales de mayor complejidad.

Los departamentos de **Loreto, Cusco y Puno** tienen mayor escasez de los profesionales de la salud con especialidad, que hace que la atención médica sea escasa e inaccesible para la población de las zonas más alejadas de los del país como la Amazonía, que requiere de una reforma estructural del sistema de salud, y con la habilitación de la doble percepción de ingresos ante la modificación del artículo 40° de la Constitución Política para garantizar la calidad del servicio en los establecimiento de salud públicos de primer nivel de atención, y a ello se suma la falta de medicamentos indispensable en el Sistema del Seguro Integral de Salud (SIS) y en el Seguro Social de Salud (EsSalud) hace casi inviable que la atención de los servicios de salud especializados sean inmediatas, pese a que las citas se programan con varios meses de anticipación ante la limitada disponibilidad de cupos para acceder a la atención médica, que pone en una alarmante situación por debajo del estándar que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 43 médicos por cada 10 mil habitantes, mientras que la Organización Panamericana de Salud (OPS) sugiere como mínimo 23 médicos por cada 10 mil habitantes; y existe un déficit de 18 mil médicos y de 60 mil profesionales en Enfermería¹. Según información el Ministerio de Salud, el 57% de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, prestan servicios de 12 horas al día, y el 78% no cuentan con medicamentos esenciales, lo que dificulta que la prestación de servicios de salud sea oportuna y de calidad.

¹ <https://www.infobae.com/peru/2024/04/14/solo-hay-4-medicos-por-cada-10-mil-habitantes-en-peru-cuantos-son-necesarios-para-atender-a-toda-la-poblacion/>

Cuadro N° 01

Capacidad Instalada Inadecuada de Locales de Salud por Departamento 2022

Departamento	Total de Hospitales	Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada (%)	
Amazonas	8	8	100.00%
Ancash	12	8	66.67%
Apurímac	6	5	83.33%
Arequipa	11	10	90.91%
Ayacucho	10	10	100.00%
Cajamarca	11	9	81.82%
Callao	7	5	71.43%
Cusco	10	10	100.00%
Huancavelica	5	5	100.00%
Huánuco	5	4	80.00%
Ica	9	9	100.00%
Junín	13	13	100.00%
La Libertad	28	28	100.00%
Lambayeque	6	6	100.00%
Lima	47	40	85.11%
Loreto	7	7	100.00%
Madre de Dios	2	1	50.00%
Moquegua	4	4	100.00%
Pasco	6	6	100.00%
Piura	7	7	100.00%
Puno	15	14	93.33%
San Martín	10	10	100.00%
Tacna	2	2	100.00%
Tumbes	3	3	100.00%
Ucayali	3	2	66.67%
Total	247	225	91.09%

Fuente: Ministerio de Salud. Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento

Elaboración: Despacho del Congresista Juan Carlos Mori Celis

Los Hospitales que son responsables de brindar los servicios de salud a la población en sus jurisdicciones, que reciben referencias de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en promedio general al año 2022, conforme a la información publicada por el Ministerio de Salud, en **91.09% en promedio nacional, tienen capacidad instalada en condiciones inadecuadas**, lo que significa que en promedio el 225 de los 247 hospitales se encuentran con capacidad instalada en condiciones inadecuadas, entre otros aspectos, se debe a que la mayoría de los hospitales en promedio superan 40 años de existencia y fueron construidos con normas con menores exigencias frente a posibles sismos, y los departamento de Lima con 47 hospitales y La Libertad con 28 hospitales tienen la mayor cantidad de establecimientos con capacidad instalada inadecuada, con funcionalidad limitada, ambientes tugurizados que contravienen las normas técnicas de seguridad, porque no obedecen al plan integral de desarrollo, el mantenimiento insuficiente a lo largo del

tiempo que ha generado el deterioro físico de sus infraestructuras, así como su equipamiento, que es un riesgo latente para el personal de salud y de los pacientes que acuden para recibir la atención de los servicios de salud.

Los departamentos que necesitan mayor cantidad de personal médico y profesionales de la salud, son Loreto, Cusco, Puno, Lima y Cajamarca para satisfacer las demandas de servicios de salud.

Cuadro N° 02

Departamento que necesitan mayor cantidad de médicos

Loreto	Cusco	Puno	Lima	Cajamarca
1,524	2,243	2,397	1,541	1,865

En materia de personal médico, el Colegio Médico del Perú, ha señalado al 14 de abril del 2024 en el Perú hay 68,761 profesionales médicos habilitados para el ejercicio profesional y la ciudad de Lima concentra 45 médicos por cada 10 mil habitantes, y lo contrario ocurre en los departamentos de Amazonas, Cajamarca y Madre de Dios, donde en promedio hay 6 médicos por cada 10 mil habitantes, lo que afecta a la oportunidad y calidad de prestación de servicios de salud para la población, sumado a ello la capacidad de respuesta del sistema de salud pública que brinda cobertura al 91% de los habitantes, y el restante del 9% es cubierta por el sector privado; y para resolver este problema, se requiere de mayor inversión en infraestructura hospitalaria, de la formación especializada y del compromiso y responsabilidad objetiva del Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud y de los Gobiernos Regionales para implementar los mecanismos y políticas públicas con la finalidad de recortar las brechas de personal médico y personal asistencial especializado que permita mejorar la calidad de la prestación del servicio de salud en el país.

Ante la falta de personal médico en los establecimientos de salud, las entidades prestadoras han procurado resolver, realizando la contratación de profesionales de la salud, bajo la modalidad de contrato por terceros conocido como servicios no personales por necesidad de servicios o mediante contrato de locación de servicios y que no desarrollen actividades permanentes, y esto ha traído consigo el inicio de procedimiento disciplinarios sancionadores por la causal de doble percepción, que entre enero del 2016 a enero del 2017, por ejemplo según la Oficina de Recursos Humanos de la Red Asistencial Lambayeque, se han sancionado 64 trabajadores de EsSalud de los cuales 62 fueron médicos, una Enfermera y un Tecnólogo Médico de

laboratorio, por haber percibido ingresos de EsSalud y del Ministerio de Salud, que ha generado que muchos profesionales se vean obligados a renunciar, que significó la disminución de la capacidad de respuesta de los hospitales para atender las demandas de servicios especializados de salud a los asegurados de EsSalud y la población del Seguro Social de Salud (SIS), con la consiguiente postergación de las citas y atenciones médicas de manera recurrente.

En el **Informe Técnico N° 179-2024-SERVIR-GPGSC**, respecto a la prohibición de la doble percepción de ingresos en el sector público, ambas entidades supuestamente afectadas pueden imponer sanciones administrativas distintas sin incurrir en la afectación del principio de non bis in ídem, cuando el presunto infractor tuviera vínculo laboral con la entidad pública de naturaleza civil, percibiendo de ambas entidades, compensaciones económicas de forma simultánea; en ese escenario, el Servir ha establecido, que corresponde a la entidad, poner en conocimiento de dicha decisión a la otra entidad, con la finalidad de que se inhiba de iniciar otro procedimiento a fin de no contravenir el principio de non bis in ídem.

Sin embargo, la dación de la **Ley N° 31122**, Ley de Reforma Constitucional que habilita el doble empleo o cargo público remunerado del personal médico especializado, en casos de emergencia, que establece que **no están comprendidos en dicha carrera los funcionarios que desempeñan cargos políticos o de confianza**, es una norma de carácter hetero aplicativa que requirió ser desarrollada a través de una norma complementaria con rango de Ley, únicamente para casos de ocurrencia de emergencia sanitaria; por consiguiente, ha sido necesario la modificación del artículo 40° de la Constitución Política, para regular y habilitar la doble percepción de los profesionales médicos y profesionales de la salud con especialidad.

Ante la prohibición de la doble percepción, y la ocurrencia de la emergencia sanitaria por afectación de los servicios de salud por epidemia de dengue en los departamentos de Amazonas, Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Ica, Junín, la Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tumbes, Ucayali, y la Provincia Constitucional del Callao, dispuesto mediante el Decreto Supremo N° 004-2024-SA, a través del cual se ha dispuesto la autorización temporal para el desempeño de más de un empleo o cargo público remunerado durante la emergencia sanitaria, al amparo de la **Ley N° 31427**, disponiendo la contratación del personal médico especialista y asistencial de la salud [Enfermera Especialista] en los establecimientos de salud de II y III nivel de atención del Pliego Ministerio de Salud y de las unidades ejecutoras de los Gobiernos Regionales, donde se ha decretado la emergencia sanitaria para la atención del dengue, y la contratación es de naturaleza

temporal y con plazo determinado hasta la vigencia de la emergencia sanitaria. Además, dicha norma ha establecido de que el Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales o Gerencias Regionales de Salud, realizase acciones inmediatas desarrolladas en el Plan de Acción destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos que haya elevado riesgo o daño a la salud de la población afectada.

La doble percepción para el personal médico especialista y asistencia de la salud, se realiza en el marco del Decreto Legislativo 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios [CAS], para la realización exclusiva de las labores de naturaleza asistencial relacionada con la emergencia sanitaria por dengue de manera presencial y efectiva durante la jornada laboral, sujeto a control posterior.

El artículo 7° de la Constitución Política, establece que todos **tienen derecho a la protección de la salud**, que está vinculado directamente con lo dispuesto por el artículo 9° de la Carta Magna, que establece que la Política Nacional de Salud la determina el Estado peruano, siendo el Poder Ejecutivo quien norma y supervisa su aplicación a fin de brindar su acceso equitativo a todos; por tanto, el derecho a la salud es un tema central que se ha convertido es un problema público que involucra al Poder Ejecutivo, al Poder Legislativo, los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, las organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general, porque involucra a todos los actores del sistema de salud, considerando que el sistema de salud peruano tiene un déficit de infraestructura y establecimientos de salud en condiciones inadecuadas, escasez de equipamiento, bajas remuneraciones y escaso número de personal médico especializado, que han agudizado el problema de la prestación de servicios de salud en todo el país, más aún en zonas en situación de vulnerabilidad, ni que decir de las zonas de la Amazonía, que se encuentran a su suerte en materia de salud, lo cual ha generado que se formule la modificación del artículo 40° de la Constitución Política, para habilitar la doble percepción de ingresos para el personal médico y profesionales asistenciales de la salud, con la finalidad de aliviar y reducir las enormes brechas existentes en la prestación de servicios de salud, y eliminar las restricciones legales que impiden la prestación de servicios asistenciales en dos entidades del Estado a fin de satisfacer la demanda existente actualmente.

Cuadro N° 03

Personal médico por cada 10,000 habitantes, 2018

Departamento	Médicos	Enfermeros	Obstetras
Amazonas	9.1	17.6	8.8
Ancash	8.4	13.6	6.9
Apurímac	12.3	25.6	11
Arequipa	17.6	18.2	5.7
Ayacucho	8.5	19.1	12
Cajamarca	6.5	12.6	6.2
Callao	22.5	24	3.6
Cusco	10	15	6
Huancavelica	9.1	19.3	11.8
Huánuco	6.6	15.4	10.1
Ica	15.3	16.8	4.9
Junín	8.4	14.3	6.4
La Libertad	11.7	11.7	4.3
Lambayeque	11.6	14.8	4.8
Lima	20.5	17.5	3.4
Loreto	7.2	10.3	4.8
Madre de Dios	11	20.6	9.4
Moquegua	15.2	22.8	9.2
Pasco	10.6	15.8	9.1
Piura	7.2	9.3	4.9
Puno	7.2	12.9	5.5
San Martín	7.6	8.4	5.8
Tacna	16.2	20.8	7.3
Tumbes	12.6	14.1	6.9
Ucayali	8.3	13.3	6.4
Nacional	13.6	15.6	5.3
Benchmark OMS	23	23	23

Fuente: Ministerio de Salud – Elaboración: ComexPerú

En la ley de desarrollo constitucional, es necesario realizar la modificación de la **Ley N° 30057**, Ley del Servicio Civil, a efectos de que haya compatibilidad con el marco constitucional con relación a la prohibición de la doble percepción de ingresos, y que prohíba a los servidores públicos más de una compensación económica, remuneración, retribución, emolumentos o cualquier otro tipo de ingreso. Asimismo, corresponde modificar el artículo 3° de la **Ley N° 28175**, Ley Marco del Empleo Público, respecto a la prohibición de la doble percepción de ingresos de los empleados públicos. Adicionalmente, el Parlamento Nacional tiene que modificar el artículo 7° del

Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, que prohíbe a los servidores públicos a desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, siendo la única excepción la función educativa en la cual es compatible la percepción de pensión y de remuneración excepcional, a la cual se debe agregar la función de servicios de salud como personal médico y profesionales de la salud con especialidad, a efectos de que sean compatibles con el mandato constitucional para recortar las brechas en materia de prestación de servicios de salud.

De otro lado, es necesario disponer que el artículo 7° del Decreto de Urgencia N° 020-2006, referido a las Normas de Austeridad y Racionalidad en el Gasto Público, que se refiere a la incompatibilidad de ingresos, por cuanto en el Sector Público no pueden percibir simultáneamente remuneración y pensión, incluidos honorarios por servicios no personales, asesoría o consultorías, salvo por función docente y la percepción de dietas por participación en uno de los directorios de entidades o empresas públicas.

Sin embargo, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), recomienda 30 médicos por cada 10 mil habitantes, a efectos de mejorar el acceso a los servicios de salud, lo que evidencia una enorme brecha que de por sí sustenta la necesidad de establecer políticas de redistribución de profesionales de la salud para garantizar que haya atención oportuna en los establecimientos de salud, y la habilitación de la doble percepción, es uno de los mecanismos para buscar mayor eficiencia en la prestación de servicios en el Perú, dado que el Ministerio de Salud, ha señalado que **falta más de 25 mil médicos**; razón por la cual, se requiere de una ley de desarrollo del artículo 40° de la Constitución Política para regular la doble percepción de ingresos del personal médico y profesionales asistenciales de la salud.

Según el documento “Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud – Perú 2013-2028” la información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2013-2018, el Perú está muy lejos del promedio establecido por la OMS, porque apenas se cuenta con 13.6 médicos por cada 10,00 habitantes, 9.4 menos de lo que recomienda la OMS, y apenas se cuenta con 42 médicos especialistas por cada 100 mil habitantes, vale decir 5.25 médicos por cada 10,500 habitantes, y entre los 247 hospital del Estado, solo hay un total de 14,198 de médicos repartidos entre 72 especialidades, y los departamentos de Amazonas (83), Huancavelica (69) y Madre de Dios (38) son las más afectadas por la falta de profesionales médicos.

Cuadro N° 04

MÉDICOS ESPECIALISTAS DISPONIBLES POR REGIÓN

Región	Cantidad Total	Por cada 100 mil habitantes
Amazonas	83	19
Ancash	283	24
Apurímac	142	33
Arequipa	819	52
Ayacucho	216	32
Cajamarca	385	26
Callao	615	52
Cusco	485	35
Huancavelica	69	20
Huánuco	202	27
Ica	485	47
Junín	435	31
La Libertad	777	37
Lambayeque	436	32
Lima	6 843	61
Loreto	183	17
Madre de Dios	38	20
Moquegua	143	71
Pasco	69	25
Piura	473	22
Puno	302	25
San Martín	307	33
Tacna	182	47
Tumbes	99	38
Ucayali	127	20
Total General	14 198	42

Fuente: Ministerio de Salud hasta junio del 2023.

Los departamentos de **Loreto** y Amazonas, son los más rezagados con 17 y 19 médicos por cada 100 mil habitantes, lo que demuestra una inadecuada distribución de profesionales médicos, enfermeros y obstetras a nivel nacional, que refleja en el nivel de incidencia de la pobreza.

Al 30 de junio del 2024, el Perú tiene 36,755,947 habitantes, de los cuales **35,538,872 tienen residencia en el Perú**, según las cifras oficiales del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), lo que significa que el Sistema de Salud Peruano tiene brindar servicios de atención médica a más de 35 millones y medio de habitantes

con residencia en el territorio nacional, que reduce las posibilidades de atención oportuna y recorte de brecha de los servicios de salud.

Cuadro N° 05

POBLACIÓN IDENTIFICADA POR GRUPO DE EDAD POR RESIDENCIA

al 30 de junio del 2024

Departamento	Total	Menores de Edad De 0 a 17 años	Mayores de Edad 18 a más años
Amazonas	508,531	177,448	331,083
Áncash	1,295,983	361,134	934,849
Apurímac	490,796	142,229	348,567
Arequipa	1,609,882	420,189	1,189,693
Ayacucho	717,718	215,075	502,643
Cajamarca	1,658,839	502,442	1,156,397
Callao	1,156,980	313,927	843,053
Cusco	1,528,644	433,109	1,095,745
Huancavelica	453,738	129,447	324,291
Huánuco	911,431	283,409	628,022
Ica	993,681	299,755	693,926
Junín	1,458,260	430,742	1,027,518
La Libertad	2,148,485	642,603	1,505,882
Lambayeque	1,455,104	432,696	1,022,408
Lima	11,359,541	2,899,382	8,460,159
Loreto	1,218,324	475,185	743,139
Madre de Dios	208,925	69,927	137,998
Moquegua	209,402	49,979	159,423
Pasco	313,205	94,018	219,187
Piura	2,176,303	693,413	1,482,890
Puno	1,289,741	344,259	945,482
San Martín	1,032,181	338,617	693,564
Tacna	390,476	97,952	292,524
Tumbes	258,985	82,488	176,497
Ucayali	693,717	259,948	433,768
En el Extranjero	1,217,075	90,484	1,126,591
En el Territorio Nacional	35,538,872	10,189,373	25,349,499
Total Población Identificada	36,755,947	10,279,857	26,476,090

Fuente: Registro Único de Identificación de Personas Naturales (RUIPN) - RENIEC

La necesidad de modificar el artículo 40° de la Constitución sobre esta materia se ha sustentado en el estado de necesidad de la prestación de servicios que el sistema de salud peruano, no tiene posibilidades de satisfacer las demandas del servicio que requiere del personal médico y de los profesionales asistenciales de la salud, al no contar con suficientes profesionales para cubrir las brechas existentes. Por ello, el

artículo 40° de la Constitución Política², que exonera temporalmente de la prohibición de doble percepción de ingresos al personal médico especialista o asistencial de salud ante una emergencia sanitaria, no era suficiente para cubrir las brechas existentes, y requería de otra ley de reforma constitucional que se ha dado mediante **Ley N° 32145 – Ley de Reforma Constitucional del artículo 40° de la Constitución Política del Perú para habilitar el doble empleo o cargo público remunerado al Personal Médico o Asistencial de Salud**, que requiere ser desarrollada en una norma con rango de ley, dado que la Constitución Política es la ley matriz, que no establece los supuestos, requisitos, restricciones y procedimientos sobre la doble percepción de ingresos para el personal médico y profesionales asistenciales de la salud, a efectos de que no sean sancionados y tengan la posibilidad de establecer vínculo laboral de naturaleza asistencial en dos entidades públicas, que es esencial para recortar las enormes brechas de servicios de salud, todo de la población en situación de vulnerabilidad, quienes acuden a los establecimientos de primer nivel de atención.

Cuadro N° 06

Personal Especializado a julio del 2024 según el Ministerio de Salud

N°	CARGO / GRUPO OCUPACIONAL	ESPECIALISTA	SIN REGISTRO DE ESPECIALIDAD	TOTAL
1	Médicos	14,611	17,786	32,389
2	Profesional de la salud	23,975	70,820	94,803
4	Técnico Asistencial		80,373	80,373
5	Auxiliar Asistencial		9,964	9,964
6	Funcionario		2,607	2,607
7	Profesional Administrativo		6,580	6,580
8	Técnico Administrativo		22,792	22,792
9	Auxiliar Administrativo		8,510	8,510
TOTAL		38,586	219,432	258,018

Fuente: Informe N° D000055-2024-DIGEP-DIPLAN-FHJ-MINSA - Dirección de Planificación del Personal de la Salud del Ministerio de Salud.

Es importante señalar que el Ministerio de Salud mediante el Oficio N° D002658-2024-DM-MINSA, de fecha 16 de setiembre del 2024, en el que adjunta el Informe N° D000055-2024-DIGEP-DIPLAN-FHJ-MINSA, de fecha 16 de agosto del 2024, elaborado por la Dirección de Planificación del Personal de la Salud, hace de conocimiento que al

² Modificado por 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.

mes de julio del 2024, la cantidad de personal médico y profesionales de la salud registrados y contrastados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP), y en el Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) hasta el mes de julio del 2024, como personal permanente y contratado del Ministerio de Salud, sus Organismos Públicos y de los Gobiernos Regionales, se ha identificado 258,018 trabajadores registrados en el aplicativo el AIRHSP, de los cuales 38,586 corresponden al personal especializado, conforme se detallan en el cuadro que antecede.

Del total de la información alcanzada por el Sector Salud, de los 38,586 Especialistas, 29,695 se encuentran afectados al Decreto Legislativo 276 y al Decreto Legislativo N° 1153, en tanto que 8,891 laboran bajos los alcances del Decreto Legislativo N° 1057 (CAS), conforme se detalla en el cuadro N° 07.

Cuadro N° 07

Personal Especializado del Ministerio de Salud

CARGO / GRUPO OCUPACIONAL	REGIMEN DEL DEC. LEGISLATIVO 276	REGIMEN DEL DEC. LEGISLATIVO 1057	TOTAL
Médicos	10,129	4,482	14,611
Profesional de la salud	19,566	4,409	23,975
Enfermero	13,621	3,535	17,154
Obstetra	3,830	407	4,237
Odontólogo	437	68	505
Psicólogo	239	79	318
Nutricionista	251	69	320
Químico Farmacéutico	253	60	313
Químico	5		5
Tecnólogo Médico	198	110	308
Biólogo	477	69	546
Trabajadora Social	212	12	224
Médico Veterinario	30		30
Profesional Asistencial no especificado	13		13
TOTAL	29,695	8,891	38,586

Fuente: Informe N° D000055-2024-DIGEP-DIPLAN-FHJ-MINSA - Dirección de Planificación del Personal de la Salud del Ministerio de Salud – julio del 2024.

De otro lado, el Ministerio de Salud mediante el Oficio N° D002844-2024-DM-MINSA, de fecha 30 de setiembre del 2024, en el Informe N° D000092-2024-DIGEP-DIPLAN-FHJ-MINSA, elaborado por la Dirección de Planificación del Personal de la Salud, señala que se evidencia que las unidades ejecutoras han reportado 33,358 médicos,

considerando todos los regímenes laborales, y médicos que brindan servicios bajo la modalidad de terceros, de ellos, 14,720 son Médicos Especialistas.

Cuadro N° 08
Personal Médico que prestan Servicios por Terceros

Departamento	Con Especialidad		Sin Especialidad		Total	
	PEA	%	PEA	%	PEA	%
Lima	7,057	47.9%	5,905	31.7%	12,962	38.9%
Arequipa	805	5.5%	995	5.3%	1,800	5.4%
La Libertad	784	5.3%	1,014	5.4%	1,798	5.4%
Callao	617	4.2%	685	3.7%	1,302	3.9%
Piura	525	3.6%	845	4.5%	1,370	4.1%
Cusco	518	3.5%	837	4.5%	1,355	4.1%
Ica	488	3.3%	534	2.9%	1,022	3.1%
Lambayeque	467	3.2%	535	2.9%	1,002	3.0%
Junín	459	3.1%	851	4.6%	1,310	3.9%
Cajamarca	382	2.6%	713	3.8%	1,095	3.3%
Puno	311	2.1%	701	3.8%	1,012	3.0%
San Martín	301	2.0%	590	3.2%	891	2.7%
Ancash	286	1.9%	569	3.5%	945	2.8%
Huánuco	246	1.7%	482	2.6%	728	2.2%
Ayacucho	225	1.5%	436	2.3%	661	2.0%
Loreto	200	1.4%	502	2.7%	702	2.1%
Tacna	195	1.3%	259	1.4%	454	1.4%
Ucayali	161	1.1%	365	2.0%	526	1.6%
Apurímac	154	1.0%	429	2.3%	583	1.7%
Moquegua	146	1.0%	177	0.9%	323	1.0%
Amazonas	97	0.7%	296	1.6%	393	1.2%
Tumbes	97	0.7%	139	0.7%	236	0.7%
Huancavelica	95	0.6%	374	2.0%	469	1.4%
Pasco	63	0.4%	192	1.0%	255	0.8%
Madre de Dios	41	0.3%	123	0.7%	164	0.5%
Total	14,720	100.00%	18,638	100.00%	33,358	100.00%

Fuente: Dirección de Planificación del Personal de la Salud - Ministerio de Salud

En el cuadro precedente, se observa que Lima concentra mayor cantidad de médicos generales con el 31.7% y Médicos Especialistas en el orden de 47.9% en relación a otros departamentos, lo significa que la población de Lima tiene mayores posibilidades de acceder a los servicios de salud especializado, y la población del departamento de Madre

de Dios, Pasco y Huancavelica tienen menores posibilidades de acceder a los servicios especializados de salud. Estos indicadores, tienen que ser observadas en función a la densidad poblacional, dado que en Lima tienen residencia 11,359,541 habitantes al 30 de junio del 2024, con lo que se acredita que Lima cuenta con 13 Médicos Especialistas por cada 22,186 habitantes, y está muy lejos del promedio recomendado por la OMS.

Cuadro N° 09

Distribución del Régimen Laboral de Médicos Especialistas

CARGO / CONDICION LABORAL	PEA	%
Régimen Laboral del Decreto Legislativo 276	9,789	66.5%
Nombrado	8,031	54.6%
Contratado	1,152	7.8%
Designado	3	0.0%
Destacado	550	3.7%
Encargado	1	0.0%
No especifica	52	0.4%
Régimen Laboral del Decreto Legislativo 1057 (CAS)	4,565	31.0%
Régimen laboral del Decreto Legislativo 728	1	0.0%
Servicio de Terceros	365	2.5%
TOTAL	14,720	100.00%

Fuente: Dirección de Planificación del Personal de la Salud - Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud, ha informado que 9,789 profesionales Médicos con Especialidad, se encuentran prestando servicios bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 276, que representa 66.5% del total de 14,720 de Médicos Especialistas, de los cuales 8,031 profesionales médicos tienen la condición de nombrados, y el grupo de 4,565 médicos laboral bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, y 365 médicos especialistas vienen prestando servicios bajo la modalidad de Servicios por Terceros.

Respecto a la distribución del profesional de la salud con especialidad, debemos que el Sector Salud, a través del Oficio N° D002844-2024-DM-MINSA de fecha 30 de setiembre del 2024, ha informado que los profesionales de la salud, que se encuentran laborando en los diferentes establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos como personal permanente y contratado, debidamente registrados en el

Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP) del Ministerio de Economía y Finanzas, se detallan en el Cuadro N° 10.

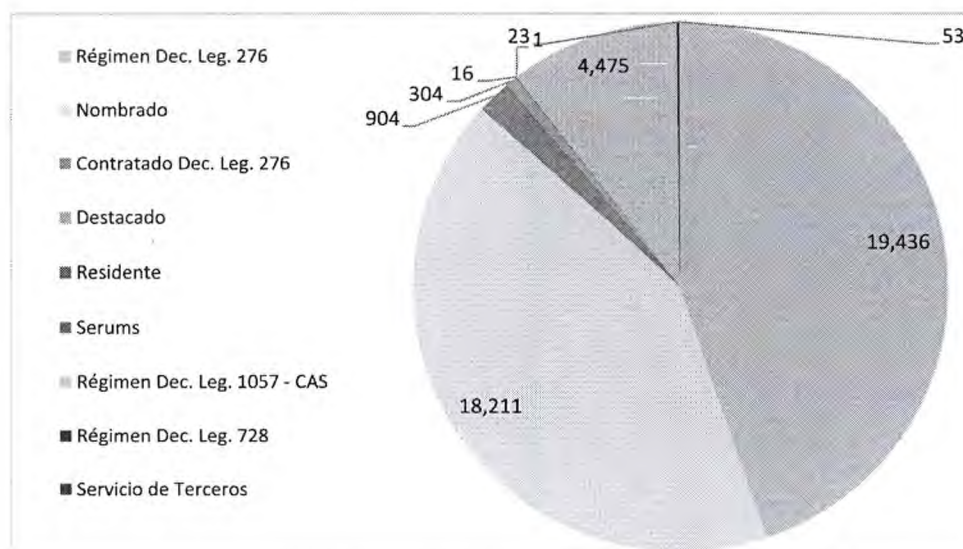
Cuadro N° 10

Distribución y Condición del Profesional de la Salud con Especialidad

REGIMEN / CONDICION LABORAL	PEA	%
Régimen del Decreto Legislativo 276	19,436	81.00%
Nombrado	18,211	75.90%
Contratado en el Decreto Legislativo 276	904	3.80%
Destacado	304	1.30%
Residente	16	0.10%
Serums	1	0.00%
Régimen del Decreto Legislativo 1057 - CAS	4,475	18.70%
Régimen del Decreto Legislativo 728	23	0.10%
Servicio de Terceros	53	0.20%
TOTAL	23,987	100.00%

Fuente: Informe N° D000092-2024-DIGEP-DIPLAN-FHJ-MINSA - Dirección de Planificación del Personal de la Salud del Ministerio de Salud – 10 de setiembre del 2024.

Del total de 23,987 profesionales de la salud especialistas, 19,436 se encuentran laborando en el régimen laboral del Decreto Legislativo 276 y representa el 81.00%, de los cuales 18,211 trabajadores tienen la condición de nombrados, mientras que 4,475 se encuentran laborando bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 1057 – CAS, que representa el 18.70% del total de trabajadores con especialidad.



Cuadro N° 11

Distribución del Personal de Salud por Pliego según Régimen Laboral

PLIEGO	DEC. LEG. 276	DEC. LEG. 1057	TOTAL
011. Ministerio de Salud	9,984	3,951	13,935
131. Instituto Nacional de Salud	22	18	40
135. Seguro Integral de Salud		2	2
136. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	605	352	957
440. Gobierno Regional de Amazonas	292	18	310
441. Gobierno Regional de Ancash	783	113	896
442. Gobierno Regional de Apurímac	933	180	1,113
443. Gobierno Regional de Arequipa	1,480	572	2,052
444. Gobierno Regional de Ayacucho	958	184	1,142
445. Gobierno Regional de Cajamarca	878	181	1,059
446. Gobierno Regional de Cusco	1,175	276	1,451
447. Gobierno Regional de Huancavelica	430	16	446
448. Gobierno Regional de Huánuco	668	142	810
449. Gobierno Regional de Ica	994	204	1,198
450. Gobierno Regional de Junín	1,271	402	1,673
451. Gobierno Regional de La Libertad	1,150	268	1,418
452. Gobierno Regional de Lambayeque	956	178	1,134
453. Gobierno Regional de Loreto	512	91	603
454. Gobierno Regional de Madre de Dios	134	26	160
455. Gobierno Regional de Moquegua	281	178	459
456. Gobierno Regional de Pasco	177	38	215
457. Gobierno Regional de Piura	950	223	1,173
458. Gobierno Regional de Puno	1,271	123	1,394
459. Gobierno Regional de San Martín	534	331	865
460. Gobierno Regional de Tacna	527	123	650
461. Gobierno Regional de Tumbes	175	54	229
462. Gobierno Regional de Ucayali	393	69	462
463. Gobierno Regional de Lima - Provincias	1,122	380	1,502
464. Gobierno Regional del Callao	1,040	198	1,238
TOTAL	29,695	8,891	38,586

Fuente: Informe N° D000055-2024-DIGEP-DIPLAN-FHJ-MINSA - Dirección de Planificación del Personal de la Salud del Ministerio de Salud.

Del total de 14,611 del personal Médico con especialidad, identificados por el Ministerio de Salud, 10,129 se encuentran prestando servicios bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 276, mientras que 4,482 médicos vienen laborando bajo el régimen laboral del CAS del Decreto Legislativo 1057; es decir el **30,68% del personal médico con especialidad viene prestando servicios bajo el régimen laboral del CAS** y el 69.32% labora bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 276.

Finalmente, es importante señalar que la Superintendencia Nacional de Salud, a setiembre del 2023, hay un total de 25,242 establecimientos de salud activos, entre aquellos adscritos al Ministerio de Salud, privados, EsSalud, Fuerzas Armadas, entre otros, gran parte de ellos presentan una serie de deficiencias en materia de calidad y provisión de servicios. Susalud refiere que del total de los 8,783 establecimientos de salud, 8,297 de establecimientos de primer nivel de atención del país que equivale el 94.5% de establecimientos públicos contarían con capacidad instalada inadecuadas e infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Esta situación es mucho grave en los departamentos de **Madre de Dios**, que posee el 99.0% capacidad instalada inadecuada de un total de 98 establecimientos, seguido por Ica con 98.8% de establecimientos de primer nivel de atención en condiciones precarias, luego Ucayali con el 98.6% de establecimientos precarios, Moquegua con el 67.1% en condiciones inadecuadas; por tanto, es fundamental la mejora de estos establecimientos que, debe ser una prioridad para el Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales. Sobre todo los establecimientos de primer nivel de atención con Categoría I-3, que tiene entre sus principales servicios, aquella dedicada a la salud familiar y comunitaria, salud ambiental, atención con medicamentos y de parto inminente, nutrición integral, prevención de cáncer, pruebas rápidas y toma de muestras; y la Categoría I-4 que corresponden a establecimiento con camas de internamientos, centro médico con camas de internamiento, que tienen entre los principales servicios, el diagnóstico precoz del cáncer, intervenciones de cirugía de consultorio externo, internamiento atención del recién nacido en el área de observación, ecografía, atención de la gestante en el periodo de parto y radiología.

II. MARCO LEGAL:

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 21427, ley que amplía temporalmente la excepción del desempañamiento de más de un empleo o cargo público remunerado del personal médico especialista o asistencial de salud debido a una emergencia sanitaria.

- Ley N° 31122, Ley de Reforma Constitucional que habilita el doble empleo o cargo público remunerado del personal médico especializado o asistencial de la salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
- Decreto Legislativo 559, Ley del Trabajo Médico.
- Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensación y entrega económicas del personal de salud al servicio del Estado.

III. ANALISIS DE COSTO-BENEFICIO

La presente iniciativa de Ley, no genera gasto adicional al erario nacional en la medida en que no configura una disposición presupuestal ni de gasto, por cuanto es una norma legal de desarrollo constitucional del artículo 40° de la Constitución Política, respecto a la doble percepción de ingresos del personal médico y profesionales de la salud con especialidad, como parte de la política de racionalización de recursos financieros y optimización de recursos humanos para cubrir las enormes brechas del personal médico y profesionales de la salud con especialidad que demanda el sistema de salud peruano con el establecimientos de los supuestos, requisitos, restricciones y procedimientos para la procedencia de la doble percepción de ingresos remunerativos, que beneficia a los usuarios de los servicio de salud, incrementándose significativamente la disponibilidad de recursos humanos para las atenciones médicas; por consiguiente, se reivindica en parte los derechos de la población en situación de vulnerabilidad que demanda al Estado, una adecuada y oportuna prestación de servicios de salud.

Asimismo, en la iniciativa se propone como restricciones, que bajo cualquier modalidad de relación contractual con el Estado para la prestación de servicios de salud en los establecimientos de Primer Nivel de Atención, el personal médico y profesionales asistenciales de la salud con especialidad, no podrán mantener en paralelo más de dos ingresos por parte del Estado, que es de observancia obligatoria del Ministerio de Salud, sus organismos desconcentrados y organismos públicos adscritos, y los Gobierno Regionales, y del Seguro Social de Salud - EsSalud, a efectos de evitar los abusos de las unidades ejecutoras.

Los beneficios de la iniciativa, es de reducir la brecha de atención de los servicios de salud especializado, que además motive al personal médico y profesional de salud con especialidad, para que se desplacen a los establecimientos de salud de primer nivel de atención, sobre todo a las zonas rurales y más lejanas del país, con la finalidad de evitar el congestionado en los Hospitales de Alta Complejidad, donde hay aglomeración de pacientes, y con ello mejorar la parte resolutive de casos, que garantice a los peruanos el derecho a acceso a los servicios médicos especializados con el uso eficiente de los recursos humanos en los Centros de Salud, que es la puerta de entrada al Sistema de Salud, que es el más cercano y accesible para los ciudadanos.

IV. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACION NACIONAL

La presente iniciativa de ley, no vulnera ninguna disposición constitucional ni el marco legal vigente, sino mas bien desarrollo la norma constitucional del artículo 40° de la Constitución Política, para que el Sistema de Salud peruano, disminuya la brecha del personal médico y profesionales de la salud con especialidad, en salvaguarda del derecho de acceso a la salud por parte de la población, dispuesto por el artículo 7° de la Constitución Política. De otro lado, la propuesta de ley modifica el artículo 38° de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil, artículo 3° de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público, y del artículo 7° del Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, que prohíben la doble percepción de ingresos por parte de los servidores públicos.

V. VINCULACION CON EL ACUERDO NACIONAL Y LA AGENDA LEGISLATIVA

El presente proyecto de ley, se encuentra enmarcada en las siguientes políticas de estado: Décima Primera: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación e inequidad social; Décima Tercera: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social con prioridad en las zonas de concentración de la pobreza y población vulnerables; Décima Cuarta: El acceso al empleo pleno, digno y productivo con el compromiso de mejorar la calidad del empleo, con ingresos y condiciones adecuadas y acceso a la seguridad social para permitir una vida digna; y Vigésima Cuarta: Afirmación de un Estado eficiente y transparente al servicios de las personas y de sus derechos, que promueva el desarrollo y buen funcionamiento de los servicios públicos como es el servicio de salud.