



SILVANA EMPERATRIZ ROBLES ARAUJO

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de fortalecimiento de la soberanía nacional"



LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA LA CONTINUIDAD DEL CONTRATO DEL PERSONAL ASISTENCIAL CAS COVID19

Los Congresistas de la República que suscriben, integrantes del Grupo Parlamentario de Perú Libre, a iniciativa de la congresista **SILVANA EMPERATRIZ ROBLES ARAUJO**, en ejercicio de las atribuciones conferidas en el artículo 107 de la Constitución Política y de los artículos 22, literal b), y 76, numeral 2, del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente:

PROYECTO DE LEY

El Congreso de la República,
Ha dado la siguiente:

LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL Y NECESIDAD PÚBLICA LA CONTINUIDAD DEL CONTRATO DEL PERSONAL ASISTENCIAL CAS COVID19

Artículo 1.- Declaratoria de Interés Nacional y Necesidad Pública

Declarase de interés nacional y necesidad pública la continuidad del personal asistencial y administrativo de la modalidad Contratos Administrativos de Servicios Covid19 (CAS Covid19), en plazas bajo la modalidad de Contratos Administrativos de Servicios Regulares.

Artículo 2. Finalidad

La finalidad de la presente Ley es garantizar el cierre de brechas de recursos humanos del Sector Salud, mediante la continuidad del personal de salud y administrativos cuyos contratos CAS Covid19 de carácter temporal, concluyen con el término de la situación de emergencia sanitaria.

Artículo 3. Entidad encargada

El Ministerio de Salud dispone las acciones para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente Ley.



Firmado digitalmente por:
CERRON ROJAS Waldemar
Jose FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/06/2022 15:54:26-0500



Firmado digitalmente por:
PALACIOS HUAMAN Margot
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/06/2022 11:50:07-0500

Lima, junio, 2022.



Firmado digitalmente por:
PORTALATINO AVALOS Kelly
Roxana FAU 20161749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/06/2022 11:43:25-0500



Firmado digitalmente por:
ROBLES ARAUJO SILVANA
EMPERATRIZ FIR 42750162 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/06/2022 09:20:21-0500



Firmado digitalmente por:
GONZA CASTILLO Américo
FAU 20161749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/06/2022 10:49:35-0500



Firmado digitalmente por:
FLORES RAMIREZ Alex Randu
FAU 20161749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/06/2022 10:05:27-0500



Firmado digitalmente por:
TAIPE CORONADO Maria
Elizabeth FAU 20161749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/06/2022 11:25:21-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **4** de **julio** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 2439/2021-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. PRESUPUESTO Y CUENTA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

JAVIER ÁNGELES ILLMANN
DIRECTOR GENERAL PARLAMENTARIO
Encargado de la Oficialía Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud forma parte de los denominados derechos sociales de segunda generación denominados también derechos prestacionales o derechos programáticos, cuyo ejercicio depende directamente de las políticas del Estado orientadas al acceso a los sistemas prestadores de servicios públicos. Es decir, son derechos que dependen de las políticas estatales y de los servicios públicos para que las personas puedan ejercitarlos plenamente.

Este concepto del derecho a la salud como un derecho programático, en general está recogido por el constitucionalismo contemporáneo. Así, tenemos:

- La Constitución de Colombia: *la salud es un derecho social y la atención de la salud un servicio público.*
- La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos: *toda persona tiene derecho a la protección de la salud*".
- La Constitución de España: *toda persona tiene derecho a la protección de la salud*".
- La Constitución de Italia: *la protección a la salud es un derecho fundamental e interés básico de la colectividad.*
- La Constitución de Brasil: *el derecho a la salud, es un derecho social.*
- La Constitución de Ecuador: *la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula a otros derechos...el Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales*".

En el caso del Perú, la Constitución Política en su artículo 7, establece que **"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"**. Luego agrega en el artículo 9, que **"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"**.

De los textos constitucionales glosados se infiere que la política nacional de salud está orientada a su protección integral en sus dimensiones personal, familiar y comunitaria mediante la acción directa del Poder Ejecutivo como órgano técnico normativo del gobierno descentralizado, y de los gobiernos regionales y municipalidades como órganos ejecutores en la perspectiva que todos y todas, sin excepción, tengan acceso a la protección efectiva de su salud.

A la luz del precepto constitucional acotado, la **Ley 26842, Ley General de Salud**, fija los principios constitutivos del derecho a la salud como

condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, correspondiendo al Estado regular, vigilar y promover. Establece, asimismo, el carácter irrenunciable del derecho de las personas a la protección de la salud, y el deber igualmente irrenunciable del Estado a proveer los servicios de salud; así como su responsabilidad y obligación de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

EL ESTADO Y LAS POLÍTICAS NACIONALES SECTORIALES: SALUD

Establecidos los ejes vertebradores de la política nacional de salud que hacen posible el acceso a los servicios de salud por toda la población, es importante precisar los ámbitos competenciales del Estado en los tres niveles de gobierno en materia de protección de la salud.

En ese sentido, el primer elemento a destacar es que el **Estado peruano es uno e indivisible**, que su **gobierno es unitario, representativo y descentralizado** y se organiza según el **principio de la separación de poderes**. Un segundo elemento es identificar el carácter tridimensional de la organización del gobierno, con un **Gobierno Central** de alcance en todo el territorio nacional, y **Gobiernos Regionales y Locales o municipales**, que ejercen sus competencias constitucionales y legales en el ámbito de los departamentos y de las provincias y distritos, respectivamente.

El carácter unitario y descentralizado del gobierno, instituido en el artículo 43 de la Constitución, se sintetiza en que los tres niveles de gobierno tienen competencias propias y exclusivas que se interconectan transversalmente, desde el nivel central hasta los gobiernos regionales y los gobiernos locales en armonía con los Planes Nacionales y los Planes Regionales de Desarrollo.

ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA LA AUTORIDAD EN SALUD

De conformidad con la Ley General de Salud, la Autoridad de Salud está constituida por el Ministerio de Salud como organismo del Poder Ejecutivo; y por los órganos descentralizados de gobierno conforme las atribuciones que les confieren la ley de organización y funciones, las leyes orgánicas de los gobiernos regionales y de municipalidades, y/o las leyes especiales en el campo de la salud.

En otros términos, la **Autoridad de Salud de Nivel Nacional es el Ministerio de Salud, órgano normativo especializado del Poder Ejecutivo**, que tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud. Es en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta el Ministerio de Salud, que los órganos desconcentrados o descentralizados están facultados para disponer, dentro de su ámbito,

medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia, las que en ningún caso son competencias normativas, reservadas exclusivamente a la Autoridad Nacional.

a. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

La Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud hace explícita la función rectora del Ministerio de Salud y garantiza el cumplimiento de dicha función en su condición de Autoridad Nacional de Salud, con la finalidad de garantizar la prevención, el control de riesgos y las enfermedades de la población. **De ahí que, en su condición de órgano rector, el Ministerio de Salud es el único que establece las políticas en materia de salud a nivel nacional, y que dispone la estandarización de los procesos a fin de brindar atenciones oportunas y de calidad.**

Las funciones rectoras del Ministerio de Salud están orientadas:

- a la formulación, planeamiento, dirección, coordinación y ejecución de la política nacional y sectorial de la salud;
- la prevención de enfermedades;
- la recuperación, rehabilitación y buenas prácticas en salud bajo su competencia, aplicables por todos los niveles de gobierno;
- a conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; y
- a realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y logro de resultados de las políticas, planes y programas en los niveles nacional, regionales y locales de gobierno.

Ahora bien, en la línea de fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, la **Ley 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud**, precisó el ámbito de competencias del Ministerio en su condición de ente rector, **asignándole también la de regular y supervisar la prestación de los servicios de salud a nivel nacional, a otras entidades públicas que prestan servicios de salud como: EsSALUD, Sanidad de la Policía Nacional del Perú y de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y en instituciones privadas y público-privadas.**

En cuanto a **Control de Enfermedades**, el Ministerio de Salud, en tanto órgano rector, es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria, dictando las medidas correspondientes. En esos casos, corresponde a las autoridades administrativas, municipales, militares y policiales, así como a los particulares, prestar el apoyo requerido por la Autoridad Nacional de Salud para controlar la propagación de enfermedades transmisibles en los lugares del territorio nacional, en los que éstas adquieran

características epidémicas graves, **quedando facultada para disponer la utilización de todos los recursos médico-asistenciales de los sectores público y privado existentes en las zonas afectadas y en las colindantes.**

b. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales

En el marco de articulación de las políticas sectoriales, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales establece que son funciones de los Gobiernos Regionales, en materia de salud, entre otras:

- i) Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar políticas de salud de la región **en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales;**
- ii) Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de salud;
- iii) Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, **en coordinación con los Gobiernos Locales.**

c. Ley Orgánica de Municipalidades

En su caso, la Ley Orgánica de Municipalidades asigna competencias compartidas a las municipalidades provinciales y distritales en materia de gestión de la atención primaria de la salud, asimismo, la de construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesitan, **en coordinación con los organismos regionales y nacionales competentes.**

LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID19

En el mes de febrero de 2020, medios de prensa internacionales dieron a conocer que investigadores del Instituto de Virología de Wuhan, China, habían identificado una nueva secuencia genética de un nuevo coronavirus denominado SARS.CoV-2, cuyo nivel de propagación y letalidad en un corto periodo se tornó incontrolable, por lo que la Organización Mundial de Salud, el 11 de marzo de 2020, declaró al coronavirus como una **pandemia**, al haberse extendido rápidamente en más de cien países de los cinco continentes con una preocupante secuela de contagios y fallecidos.

El 06 de marzo de 2020, el Gobierno peruano confirmó el primer caso de infección de un ciudadano procedente de Europa, por lo que mediante Decreto Supremo 008-2020-SA el Ministerio de Salud declaró la **Emergencia Sanitaria a nivel nacional** por 90 días, y se dictaron medidas de prevención y control del Covid19.

El 15 de marzo se expidió el Decreto Supremo 044-2020-PCM decretándose el **Estado de Emergencia**, y se dictaron medidas adicionales para proteger eficientemente la vida y la salud de la población, tales como el aislamiento estricto y la virtual paralización de todo tipo de actividades a nivel nacional. El estado de emergencia

reiteradamente fue prorrogado debido al agravamiento de la pandemia, que a la fecha reporta más de un millón de compatriotas infectados y decenas de miles fallecidos víctima del Covid19.

Simultáneamente, el 12 de marzo, mediante Resolución Ministerial 083-2020-PCM se conformó la **Comisión Multisectorial de Alto Nivel**, presidida por el Presidente del Consejo de Ministros e integrada por los ministros de Salud, Defensa, Interior, Comercio Exterior, Transportes, Economía y Educación, la Presidenta Ejecutiva de EsSALUD, el Superintendente de Migraciones, el Jefe de Defensa Civil y el Presidente de la Asamblea de Gobiernos Regionales. Esta Comisión estaba encargada de articular y coordinar las acciones de prevención, protección y control del coronavirus; proponer acciones y actividades orientadas a la prevención, protección y control, y proponer lineamientos para la difusión de la evolución y de las medidas que se adopten frente a la pandemia.

CONTRATACIÓN DE PERSONAL AD HOC FRENTE A LA PANDEMIA

La aparición y veloz propagación del Covid19 en gran parte de países del planeta, incluyendo los países desarrollados, puso en evidencia que nuestros sistemas de salud no estaban preparados para hacer frente a la pandemia, peor aún en nuestro caso, donde la obsolescencia de la infraestructura sanitaria no contaba con las instalaciones adecuadas y suficientes para la atención de emergencias, cuidados intensivos, plantas de oxígeno, y menos de personal especializado para la atención de una enfermedad letal y desconocida que exigía un adecuado manejo.

La inexistencia de vacunas, de equipos y protocolos de seguridad, más el retiro de los servicios de salud de personal asistencial mayores de 60 años dada su condición de vulnerabilidad, agudizó los déficits de personal que había que cubrir con la debida urgencia y con remuneraciones atractivas, compatibles con los niveles de riesgo.

En ese sentido, para hacer frente al déficit de personal de salud, entre múltiples necesidades, el gobierno nacional expidió diversas normas orientadas a hacer frente a la pandemia.

a. Decreto de Urgencia 029-2020

Precisamente, mediante el **Decreto de Urgencia 029-2020**, publicado el 20 de marzo de 2020, **se autorizó a las entidades del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales a la contratación de personal bajo la modalidad del régimen del Decreto Legislativo 1057, Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, que preste servicios para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus en los**

establecimientos de Salud. Para tal efecto, se les exoneró de lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga derechos laborales.

Asimismo, **se estableció que los contratos administrativos de servicios que se suscriban tienen naturaleza estrictamente temporal y quedan resueltos automáticamente una vez culminada la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud debido a la existencia del COVID-19.** En ese sentido, todos los ingresos extraordinarios de personal relacionados a las actividades destinadas a la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus, no fueron registrados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP).

b. Decreto de Urgencia 009-2022

Mediante el **Decreto de Urgencia 009-2022**, publicado el 07 de mayo del año en curso, se autorizó a la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas, a reactivar la vigencia de los registros correspondientes a la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo 1057 que se encontraban ocupados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP) al 30 de abril de 2022, hasta el 30 de junio de 2022, a efectos de fortalecer y garantizar la sostenibilidad de acciones orientadas a una respuesta sanitaria oportuna y efectiva frente a la pandemia de la COVID-19, consistentes en:

- la oferta de servicios de salud para la atención de casos sospechosos y confirmados en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención;
- los centros de aislamiento y atención temporal y los centros de oxigenoterapia temporal; los puntos y brigadas de vacunación; los equipos de intervención integral;
- las brigadas de intervención en comunidades indígenas; la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud;
- el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica;
- el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y Telemedicina;
- la coordinación nacional de las estrategias implementadas para contención y mitigación de la progresión de la pandemia y el monitoreo de las macrorregiones.

Asimismo **se autorizó al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, la contratación de personal bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo 1057, cuyos registros sean reactivados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP), conforme a lo establecido en el numeral precedente, hasta el 30 de junio de 2022, para realizar las actividades descritas en el citado numeral. Para tal efecto, y hasta el 30 de junio de 2022, las referidas entidades quedan exoneradas de lo dispuesto en el artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios.**

Ahora bien, de acuerdo con información elaborada por el Ministerio de Salud, desde el mes de marzo de 2020 en que entra en vigencia el Decreto de Urgencia 029-2020, hasta el mes de mayo de 2022, se tiene un total de 65 mil 577 plazas CAS Covid19 presupuestadas e incluidas en el Aplicativo AIRHSP del Ministerio de Economía y Finanzas, las que finalizarán sus contratos a nivel nacional el 30 de junio de 2022, lo que incrementará ostensiblemente la brecha de recursos humanos en salud.

La distribución de plazas del personal CAS COVID 19, por niveles de atención y por departamentos es como sigue:

PLIEGO	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	SEDES ADM.	PEA
MINSA	2,047	3,974	5,424	6,159	17,504
IN Salud				330	330
INEN			282		282
Amazonas	562	530		234	1,326
Ancash	1,031	1,081		264	2,376
Apurímac	619	497		140	1,256
Arequipa	583	364	1,120	269	2,336
Ayacucho	330	727		81	1,338
Cajamarca	1,606	1,305		417	3,328
Cusco	1,041	485	626	206	2,358
Huancavelica	603	388		135	1,126
Huánuco	988	885		301	2,174
Ica	277	852		125	1,254
Junín	997	906	722	503	3,128
La Libertad	1,149	944	875	236	3,204
Lambayeque	643	370	224	473	1,710
Loreto	1,764	558	271	291	2,884
Ma. de Dios	174	244		105	523
Moquegua	226	484		87	797

Pasco	459	388		4	851
Piura	1,053	1,551		641	3,245
Puno	713	1,168		236	2,117
San Martín	1,142	901		124	2,167
Tacna	379	409		96	884
Tumbes	297	202		51	550
Ucayali	884	452		385	1,721
Lima Región	864	1,249		184	2,297
Callao	886	237	634	654	2,411
TOTAL	21,517	21,151	10,178	12,731	65,577

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En este contexto, identificamos dos problemas que convergen. De un lado, la profunda brecha existente entre el personal asistencial y administrativo del Sector Salud, y la demanda de servicios oportunos y eficientes de los servicios de salud que la población requiere, no necesariamente relacionados con la pandemia del Condevid19.

De otra parte, un segundo problema se deriva de la finalización del contrato CAS Covid19, el próximo 30 de junio, que afectará a más de 60 mil trabajadores de la salud, tanto asistenciales como administrativos, lo que agravará significativamente los servicios de salud a la población.

SOLUCIÓN PROPUESTA

La solución a ambos problemas son preocupación del Ministerio de Salud, que requiere de un instrumento legal para darle solución. Para ello, **es indispensable que las entidades del Sector involucradas puedan ofrecer la misma cantidad de plazas CAS Covid19 mediante la modalidad CAS Regular, lo que permitirá continuar con el fortalecimiento de los servicios de salud y cerrar la brecha de recursos humanos actualmente existente.**

De esa manera, **las plazas serían sometidas a concurso en el marco del régimen del Decreto Legislativo 1957, estableciéndose criterios para que el universo de postulantes sea solamente el personal que ha tenido vínculo laboral con el Sector bajo la modalidad CAS Covid19 durante la emergencia sanitaria.**

CRITERIOS PARA LA OCUPACIÓN DE PLAZAS CAS COVID19

Al respecto, la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud se encuentra elaborando los criterios a considerar para someter a concurso las plazas CAS Regular:

a. Primer criterio

Ofertar la misma cantidad de plazas CAS Covid19 asistenciales (49,806 plazas) y administrativas (3,040 plazas) que actualmente se encuentran en Establecimientos de Salud categorizados en I, II, y III Nivel de atención a nivel país. Es decir, un total de 52,846 plazas que representan un costo mensual de 205 millones 728 mil 956 soles, y un costo anual de 2 mil 500 millones, 455 mil 072 soles.

b. Segundo criterio

Cerrar la brecha de los recursos humanos asistenciales en Establecimientos de Salud del primer nivel de atención en zonas alejadas, de frontera y zonas declaradas en estado de emergencia. En el primer caso (zonas alejadas y de frontera), son un total de 5 mil 978 plazas CAS regulares, que representan un costo mensual de 29 millones 280 mil 844 soles, y un costo anual de 354 millones 956 mil 928 soles; en tanto que en zonas declaradas en estado de emergencia por la Presidencia del Consejo de Ministros son un total de 613 plazas CAS regulares, que representan un costo mensual de 3 millones 100 mil 284 soles, y un costo anual de 37 millones 571 mil 208 soles.

c. Tercer criterio

Cerrar la brecha de médicos generales y médicos especialistas en Establecimientos de Salud del primer nivel de atención, en total mil 571 plazas que representan un costo mensual de 11 millones 261 mil 031 soles, y un costo anual de 136 millones 074 mil 972 soles.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

Evidentemente, dar continuidad a los Contratos CAS Covid19 bajo la modalidad de Contratos CAS Regulares compromete la disponibilidad sustantiva de recursos presupuestales, existentes hoy para financiar los contratos CAS Covid19 hasta el 30 de junio de 2022, monto que en el caso de Contratos Regulares tendría una mayor cobertura. **Sin embargo, siendo ésta una Ley declarativa de interés nacional no compromete en absoluto recursos del Estado.**

Obviamente, si el Poder Ejecutivo optara por dar continuidad al personal CAS Covid19 en las plazas CAS Regular, comprometiendo nuevas habilitaciones presupuestales, el beneficio sería sustantivo en la medida que se garantizaría el cierre de brechas de recursos humanos en el Sector Salud, optimizándose los servicios de salud en sus tres niveles de

atención en todo el país. Ello implicaría, además, la permanencia en el servicio de personal que en su oportunidad estuvo en primera línea de lucha contra la pandemia, cuya experiencia debe ser debidamente capitalizada por el Estado para la implementación de las políticas nacionales de salud.

EFFECTOS DE LA NORMA EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO

Esta iniciativa no contraviene ningún precepto constitucional, ni modifica ni deroga ninguna norma vigente. Al contrario, tiene vigencia autónoma, y su finalidad es poner en la agenda del Ministerio de Salud la continuidad del personal CAS Covid19 bajo la modalidad CAS Regular, a fin de garantizar el cierre de brechas de recursos humanos y la optimización de los servicios de salud.

VINCULACIÓN DE LA INICIATIVA CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se conecta directamente con la Decimotercera Política del Acuerdo Nacional referida a garantizar el acceso universal de la población a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.