Proyecto de Ley N° 2448/2021-CR

CONGRESO de la REPÚBLICA

ELVA EDHIT JULON IRIGOIN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
30 JUN. 2022
RECIBIDO
Firma _____ Hora 12:43pm

PROYECTO DE LEY QUE CREA LA COMISIÓN MULTISECTORIAL QUE SE ENCARGARÁ DE REVISAR Y EVALUAR EL SISTEMA REMUNERATIVO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y PERSONAL ASISTENCIAL DEL SECTOR SALUD QUE SE ENCUENTRE CONTRATADO BAJO EL RÉGIMEN CAS DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057.

Los Congresistas de la República que suscriben integrantes del **GRUPO PARLAMENTARIO ALIANZA PARA EL PROGRESO** a iniciativa de la Congresista **ELVA EDHIT JULÓN IRIGOIN**, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que les confiere el Artículo 107° de la Constitución Política del Perú, en concordancia con los artículos 75ºy 76º del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente iniciativa legislativa.

PROYECTO DE LEY

LEY QUE CREA LA COMISIÓN MULTISECTORIAL QUE SE ENCARGARÁ DE REVISAR Y EVALUAR EL SISTEMA REMUNERATIVO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y PERSONAL ASISTENCIAL DEL SECTOR SALUD QUE SE ENCUENTRE CONTRATADO BAJO EL RÉGIMEN CAS DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto crear la Comisión Multisectorial que se encargará de revisar y evaluar el sistema remunerativo de los profesionales de la salud y personal asistencial del Sector salud que se encuentren contratados bajo el régimen del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios – CAS, con la finalidad de establecer remuneraciones actualizadas acorde a la labor prestada, bajo criterios de profesionalidad, desempeño, equidad, costo de vida y justicia social, que dignifique al profesional de la salud.

Artículo 2. Funciones

La Comisión Multisectorial tendrá las siguientes funciones:

2.1 Revisar y evaluar el sistema remunerativo de los profesionales de la Salud y Personal asistencial del Sector Salud, contratado bajo el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicios – CAS

2.2 Proponer al Poder Ejecutivo una política integral de remuneraciones de los profesionales de la Salud y Personal asistencial del Sector Salud, que encontrándose contratados bajo este régimen no tienen sueldos justos que compensen la labor desempeñada a diferencia de los otros profesionales de la salud de regímenes laborales distintos que desarrollan la misma función.

2.3 Proponer una nueva escala remunerativa de los servidores de salud contratados bajo el régimen del D. Leg. 1057

Artículo 3.- Conformación

La Comisión Multisectorial encargada de revisar el sistema remunerativo del Sector Salud estará conformada por:

a) Un Representante del Ministerio de Salud, quien lo presidirá
b) Un representante del Ministerio de Economía y Finanzas
c) Un representante de la Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR.
d) Un representante de los trabajadores del Seguro Social del Salud – ESsalud, del régimen D. Leg. N° 1057.
e) Un Representante designado de la Federación Médica Peruana.
f) Un Representante designado del Consejo del Colegio de Profesionales del Sector Salud.
g) Un representante designado de la Federación de las Enfermeras del Perú del régimen D. Leg. N° 1057
h) Un representante designado de la Federación Nacional de Trabajadores de Salud Administrativos y asistenciales.

Artículo 4.- Plazo

La Comisión Multisectorial tendrá un plazo de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la instalación, para presentar su informe final. La instalación de esta comisión se realizará en un plazo no mayor de los 15 días de publicada la presente ley.

Artículo 5.- Del Informe Final

La Comisión Multisectorial deberá elaborar y presentar al Presidente del Consejo de Ministros un Informe Final dentro del plazo a que se refiere el artículo precedente.

Lima, 15 de junio de 2022

Firmado digitalmente por: SOTO REYES Alejandro FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/06/2022 10:35:47-0500

Firmado digitalmente por: JULON IRIGOIN Elva Edhit FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/06/2022 18:16:59-0500

Firmado digitalmente por: CHIABRA LEON Roberto Enrique FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/06/2022 11:05:19-0500

Firmado digitalmente por: RUIZ RODRIGUEZ Magaly Rosmery FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/06/2022 18:34:44-0500

Firmado digitalmente por: SALHUANA CAMDES Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/06/2022 17:46:11-0500

Firmado digitalmente por: SALHUANA CAMDES Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/06/2022 17:46:24-0500

Firmado digitalmente por: ACUÑA PERALTA Maria Grimaneza FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/06/2022 10:17:34-0500

Firmado digitalmente por: TRIGOZO REÁTEGUI Cheryl FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/06/2022 10:27:10-0500

Firmado digitalmente por: ACUÑA PERALTA Segundo Hector FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 30/06/2022 10:23:46-0500

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **6** 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° 2448/2021-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

1. SALUD Y POBLACIÓN.

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

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

ANTECEDENTES

La Constitución Política del Perú señala en el artículo 9º, que el Estado peruano determina la política nacional de salud, siendo responsabilidad del Poder Ejecutivo el normar y supervisar su aplicación, de tal manera que se facilite a todo el acceso equitativo a los servicios de salud; en el mismo sentido, en el artículo 23º y 24º de la Carta Magna se señala que el Estado reconoce que el trabajo en sus diversas modalidades es objeto de su atención prioritaria y que **el trabajador tiene derecho a una remuneración equitativa y suficiente, que procure para él y su familia** (resaltado y subrayado nuestro), el bienestar material y espiritual, recogiendo entre sus preceptos, el principio laboral de igualdad de oportunidades sin discriminación (artículo 26.inciso 1).

El Ministerio de Salud tiene la misión de conducir con eficiencia e integridad el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud basado en redes integradas de salud, la política de aseguramiento universal en salud y las políticas y acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales, en beneficio de la salud y bienestar de la sociedad. Es así que, mediante el Plan Estratégico Ampliado 2019-2023 del Ministerio de Salud, el objetivo estratégico es mejorar la gestión y el desarrollo de recursos humanos en salud con énfasis en competencias, y la disponibilidad equitativa del país.

El régimen especial laboral de Contratación Administrativa de Servicios (régimen CAS) se creó en el 2008, a través del decreto legislativo N° 1057. Este régimen especial de la Administración pública fue instituido por las siguientes razones:

1. Detener los contratos de servicios no personales, que hasta ese entonces era un sistema de contratación en la que el Estado reconocía abiertamente que el servidor realizaba labores subordinadas y permanentes, sin estar vinculado laboralmente con la entidad. Es decir, se trabaja sin tener ninguna herramienta de protección o beneficios laborales que el marco jurídico señalaba.
2. Prohibir que las instituciones del Sector Público utilicen este tipo de contrato para los puestos de naturaleza permanente, por medio de las empresas de servicios especiales, o temporales, o de cooperativas de trabajadores.
3. Evitar las incorporaciones, que el Poder Judicial disponía a los servidores en el régimen de los Decretos Legislativo 276 y 728.

El Contrato Administrativo de Servicios (CAS), fue diseñado para superar una serie de contingencias de carácter laboral en el Estado, hasta la implementación de un régimen único, el uso de este contrato es muy utilizado en el Sector Salud. Sin embargo, durante la primera ola de contagios, ocasionados por la Covid-19, ha mostrado su principal carencia: la falta de estabilidad, con el personal médico y asistencial de los hospitales del país, que son el personal más expuesto y

sacrificado de la primera línea de defensa. Esto es un problema que merece pronta solución, teniendo en cuenta la demanda de inconstitucionalidad contra la Ley N.° 31131. En ese sentido, se propone un tratamiento jurídico que garantice la estabilidad laboral de estos trabajadores, como justo reconocimiento a su enorme sacrificio.

En marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que el estado de contagio masivo a nivel internacional, generada por el virus Covid-19, constituye una pandemia, puesto a que en más de 100 naciones se reportó contagios.

La aparición de esta enfermedad ocasionó que se declare estado de emergencia sanitaria nacional, mediante Decreto Supremo N.° 008-2020-SA, con el fin de establecer medidas para la prevención y control de la enfermedad. Dicho estado de emergencia ha sido prorrogado por los decretos supremos N.° 020-2020-SA, N.° 027- 2020-SA, N.° 031-2020-SA y N.° 009-2021-SA. Además, se establecieron medidas restrictivas a los derechos individuales, tales como la cuarentena, cierre de fronteras, restricción de actividades económicas, toques de queda, entre otras.

Como se sabe, el personal que brinda servicios en los hospitales, resultó exento de las restricciones de tránsito, por mérito del literal c) de párrafo 4.1. del artículo del Decreto Supremo N.° 44-2020-PCM, por constituir parte de la primera línea de contención de la pandemia en el país. Este grupo de trabajadores, por estar prestando servicios en contacto directo con los portadores de la enfermedad, se vieron afectados muchos de ellos fueron contagiados y otros perdieron la vida.

De acuerdo a los resultados de la "Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016" - ENSUSALUD del 2016[1], informa que el 17% de médicos cirujanos (sin y con especialidad) y el 20% de enfermeras del Ministerio de Salud, han pensado cambiar de empleo. Del total de médicos y enfermeros encuestados, el 67% del personal (médicos y enfermeras) manifiesta que la razón principal que influiría en cambiar de trabajo es por una mejora de sueldo.

En el Perú, los bajos ingresos económicos siguen siendo uno de los principales motores de la emigración de los trabajadores de la salud, por lo que debe priorizarse el reconocimiento de una compensación económica o remuneración que retenga a nuestros recursos humanos en salud.

LEGISLACIÓN

La inestabilidad que genera el CAS a los trabajadores del Estado peruano ha provocado que se formulen diversas propuestas legislativas dirigidas a eliminar este régimen laboral. De esta manera, en el año 2020 se publicó la Ley N.° 31039 que, entre otras cosas, dispuso el nombramiento de los profesionales, técnicos

[1] https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/16846/14338

y auxiliares asistenciales de la salud contratados por el Ministerio de Salud, mediante la contratación administrativa de servicios. El Tribunal Constitucional declaró su inconstitucionalidad, con sentencia recaída en el expediente Exp. N° 00011-2020-PI/TC[2].
Para el Tribunal Constitucional la norma ha ignorado los principios que orientan la Constitución en materia presupuestaria. Específicamente, al demandar fondos presupuestales para el financiamiento del programa de ascensos, han trasgredido las competencias del Poder Ejecutivo en la administración de la hacienda pública y la prohibición constitucional de los congresistas de crear gasto público en una materia ajena a su presupuesto.

La Ley N.° 31131, Ley que establece disposiciones para erradicar la discriminación en los regímenes laborales del Sector Público. Entre otras cosas, esta norma dispone el traslado del régimen laboral regulado por el Decreto Legislativo n.° 1057 (régimen CAS) a los regímenes laborales regulados por el los decretos legislativos N.° 276 y N.° 728, de acuerdo a la entidad; la paralización de la contratación regulada por el régimen CAS y estabilidad de aquellos servidores regulados por el régimen CAS hasta que se incorporen a los regímenes señalados, condición indeterminada que es ratificada por el Informe N.° 357-2021-SERVIR/GPGSC[3].

ANÁLISIS

El 15 de marzo de 2020, se declaró el Estado de Emergencia Nacional, a causa de la pandemia producida por el Covid 19, emitida bajo Decreto Supremo Nº 044-2020-PCM, por las graves circunstancias que afectaban la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. El documento indicaba que es responsabilidad del Estado reducir el impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones de riesgo elevado para la salud y la vida de los pobladores, así como mejorar las condiciones sanitarias y la calidad de vida de su población, y adoptar acciones destinadas a prevenir situaciones y hechos que conlleven a la configuración de éstas, mejorando la capacidad resolutiva para la atención y manejo de casos graves que precisan cuidados críticos para reducir el riesgo de morbimortalidad por COVID-19.

Personal de salud a nivel nacional

Según datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos DIGEP-MINSA al 2018, Perú cuenta con 138,564 profesionales asistenciales, 65,756 técnicos asistenciales y 9,310 auxiliares asistenciales. Del total de profesionales, 43,805 son médicos, 50,099 enfermeros, 17,190 obstetras y entre los 27,470 restantes se encuentran los odontólogos, tecnólogo médico, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. El total de profesionales en mención, debe de atender a

[2] https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2020/00011-2020-AI.pdf

[3] https://www.gob.pe/institucion/servir/informes-publicaciones/1749163-informe-tecnico-357-2021-servir-gpgsc

más de 20 millones de afiliados al SIS, y a más de 11 millones de asegurados al año 2019, lo que evidencia que son 223 peruanos atendidos por cada profesional de salud, indistintamente de su profesión.

1. **DISPONIBILIDAD DE RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL**

GRUPO OCUPACIONAL	Régimen 276	Régimen 1057 (CAS)	Régimen 728	Servicio de terceros	Total
Profesional Asistencial	71177	53814	331	1983	127305
Médico	20953	13109	29	529	34620
Enfermero	24572	22576	100	359	47607
Obstetra	12197	6220	119	209	18745
Odontólogo	3479	1648	56	91	5274
Biólogo	1645	2021	7	42	3715
Ingeniero sanitario	12	100	0	73	185
Médico Veterinario	255	99	1	4	359
Nutricionista	1106	971	4	130	2211
Psicólogo	1673	2442	5	149	4269
Químico	33	32	0	9	74
Químico Farmacéutico	1648	1859	7	198	3712
Tecnólogo Médico	1904	2230	1	149	4284
Trabajadora Social	1357	507	2	41	1907
Técnicos Especializados	256	0	0	0	256
Profesional Asistencial no especificado	87	0	0	0	87
Profesional Administrativo	3867	7454	184	2299	13804
Tecnico Administrativo	9244	13012	143	3272	25671
Tecnico Asistencial	45772	35782	385	1679	83618
Auxiliar Asistencial	6147	3975	22	351	10495
Auxiliar Administrativo	2230	8658	94	2869	13851
Total general	**138437**	**122695**	**1159**	**12453**	**274744**

Fuente: Base INFORHUS, Mayo 2022.

Perú solo cuenta con 13.6 médicos por cada 10000 habitantes muy por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la cual indica que deben de ser 33 médicos por cada 10,000 habitantes. Si a esta cifra se le adiciona la inadecuada distribución de médicos en Perú, llegamos a cifras bastante inferiores en algunas regiones, como las de Cajamarca, Huánuco, Piura, Loreto y Puno, donde solo hay entre 6.5 y 7.2 médicos por cada 10,000 habitantes. De acuerdo a cifras del Minsa, solo el 11% de médicos atiende a los sectores de extrema pobreza, mientras que el 40% de médicos en el Perú atiende a poblaciones de mayores recursos. Esto nos alerta sobre el enorme reto por resolver en la atención a las poblaciones más vulnerables y alejadas del país.

En el Perú registra una ratio promedio de 15.6 enfermeras por cada 10 mil habitantes, siendo este promedio inferior en 13 regiones. Las diferencias entre

una región y otra son desproporcionadas, por ejemplo, Moquegua o Apurímac cuentan con 22.8 a 25.6 enfermeras por 10 mil habitantes mientras que San Martin solo cuenta con 8.4 por 10 mil habitantes. Entre las cinco regiones que presentan menor ratio de profesionales de salud por cada 10 mil habitantes, está Piura, San Martín, Loreto, Cajamarca, Puno; mientras las que cuentan con una mayor ratio están Lima, Arequipa, Tacna, Moquegua, Apurímac y Callao

Según Información del MINSA sobre la brecha de personal de salud al mes de agosto del año 2020, faltan 59,852 a nivel nacional. Entre las regiones que mayor déficit de personal de salud presentan se encuentran La Libertad (7,701), Lima (5,983), Cusco (5,446), Puno (4,759) y Loreto (3,695). Los establecimientos de salud de primer nivel (1-1 al 1-4) cuentan con un déficit de 27,593 personal de salud, mientras que 19,777 en los de segundo nivel de atención y 12,472 en el tercer nivel de atención.

Establecimientos de salud públicos

Según Data del RENIPRESS al 2018, el número de establecimientos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud, Essalud y Gobierno Regional a nivel nacional, asciende a 8,678; de los cuales 8,235 (94.8%) pertenecen al primer nivel de atención, 204 al segundo nivel de atención y 46 al tercer nivel de atención.

SITUACIÓN REMUNERATIVA DE LOS CAS

En nuestro país existen diversas modalidades de contratación de personal, así como instituciones que brindan plazas de trabajo para los diferentes profesionales de la salud, siendo el Ministerio de Salud (MINSA) y la Seguridad Social (EsSalud) las que reúnen el mayor número de estos. Si bien ambas son instituciones estatales, en el primer caso se encuentra bajo un régimen público y en el segundo bajo uno de tipo privado. Los regímenes de relación contractual son diversos, estableciéndose dos grandes grupos de trabajadores: el personal nombrado y el personal contratado; en este último grupo existen diversas modalidades de contratación regidas por legislación propias de cada sector, que generan, a su vez, diversas escalas remunerativas con composiciones variables que incluyen beneficios e incentivos relacionados con la productividad y otras formas, como mecanismo para contrarrestar el hecho de que no han existido incrementos salariales satisfactorios en los últimos años, estando ausentes en la Ley del Presupuesto Nacional[4].

[4] https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/503/509

NIVEL REMUNERATIVO DEL PERSONAL DE SALUD

Personal de salud	Remuneración S/.
Médico	3,800 – 6500
Médico especialista	4,500 – 8500
Profesional de salud	1,600 – 3500
Técnico asistencial	930 – 1800

Fuente: elaboración nuestra de acuerdo con las boletas de pago

Como se puede apreciar desde el 2008 los profesionales CAS no han percibido ningún aumento de sueldo, existen regiones donde el sueldo de un técnico de salud es menor que el sueldo mínimo.
Lamentablemente esto hace que, los profesional de salud contratados baje el régimen del D.Leg. 1057, con el fin de compensar los insuficientes ingresos del personal de la salud, optan con frecuencia por tener múltiples trabajos o por aumentar las horas del servicio de guardia, situación que actúa en desmedro de su salud y del desempeño de sus actividades y restricciones de la calidad del tiempo, que, por derecho, le correspondería pasar junto a su núcleo familiar.

MARCO NORMATIVO

- ✓ Constitución Política del Perú
- ✓ Ley N° 26842 Ley General de Salud
- ✓ Decreto Legislativo Nº 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicio.
- ✓ Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios

II. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

El presente Proyecto de Ley no genera gasto al erario nacional, ya que tiene como finalidad la creación de una comisión multipartidaria que se encargue de evaluar y revisar las remuneraciones de los profesionales de la salud contratados bajo el régimen del D. Leg. 1057, y así mejorar las oportunidades y condiciones en las que labora el personal de la salud contratado bajo el régimen de este decreto legislativo.

Asimismo, el sinceramiento de los sueldos de este personal ayudará a evitar la deserción de profesionales de la salud por no ser plazas atractivas por las condiciones laborales y para que los profesionales que prestan servicio en las zonas más alejadas, puedan desarrollar su trabajo y que la población pueda tener un oportuno servicio de salud gracias a la disponibilidad de personal de salud.

Actores	Beneficios	costos
Personal de salud régimen CAS	Se necesita hacer una evaluación de las remuneraciones del personal CAS, ya que ello permitirá sincerar los sueldos que perciben, permitiéndoles tener un salario justo y digno, que les permita atender la canasta básica familiar.	Un trabajador de salud, que se dedica al servicio de atención de los pacientes, necesita estar motivado, porque realizará una mejor dedicación y atención, este trabajo esta muchas veces infravalorado, como señala la exposición de motivos estos trabajadores CAS tienden a tener 2 hasta 3 trabajados para poder cubrir su canasta familiar.
Población	Tener una asistencia por parte de estos profesionales, ya que muchas veces los establecimientos de salud no cuentan con personal adecuado para su atención y ello porque los sueldos que perciben no les resulta atractivo, por eso prefieren quedarse en la periferia y no ir a los lugares más alejados donde hay demanda de atención.	
Estado	Podrá contar con profesionales que asistan a la población en los lugares más lejanos del país, y así poder desarrollar políticas públicas en salud para la población más vulnerable.	

III.- EFECTOS DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

El presente Proyecto de Ley, no vulnera la Constitución ni el ordenamiento jurídico vigente, ni el Decreto Legislativo 1057, ni su reglamento Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM, su finalidad es el fortalecimiento del sector salud para que el personal de salud bajo el régimen CAS, cuenten con un sistema remunerativo de acorde a la canasta familiar, ya que al dar solución a este gran problema permitirá el mejoramiento del servicio de salud en todo el ámbito nacional.

IV.- RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se encuentra en línea con las políticas del Estado establecidas en el Acuerdo Nacional según la política N°13: "Acceso Universal a los Servicios de Salud y la Seguridad Social", la cual se compromete en asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Asimismo, con la política N° 14 "Acceso al empleo Pleno, Digno y Productivo", se compromete a mejorar la calidad del empleo, con ingresos y condiciones adecuadas, y acceso a la seguridad social para permitir una vida digna.