



Firmado digitalmente por:
RUIZ RODRIGUEZ Magaly
Rosmary FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 06/09/2022 14:50:14-0500

ELVA EDHIT JULON IRIGOIN

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

PROYECTO DE LEY N° 3005/2022-CR



Firmado digitalmente por:
TRIGOZO REATEGUI Cheryl
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 06/09/2022 14:12:31-0500

PROYECTO DE LEY QUE UNIVERSALIZA EL USO DE LA ANALGESIA EPIDURAL GRATUITA DURANTE EL PARTO Y EL TRABAJO DE PARTO

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 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente iniciativa legislativa.

PROYECTO DE LEY

PROYECTO DE LEY QUE UNIVERSALIZA EL USO DE LA ANALGESIA EPIDURAL GRATUITA DURANTE EL PARTO Y EL TRABAJO DE PARTO

Firmado digitalmente por:
TORRES SALINAS Rosa FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/09/2022 18:13:32-0500



Firmado digitalmente por:
GARCIA CORREA Idelso
Manuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 06/09/2022 16:47:18-05

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto instaurar el uso de la técnica de analgesia epidural gratuita durante el parto y el trabajo de parto, en los centros de salud públicos que conforman el Sistema Nacional de Salud del Estado.

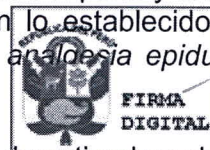
Artículo 2.- Finalidad de la Ley

Los hospitales públicos aplicaran la técnica de uso de analgesia epidural gratuita, como alternativa en el plan de parto, con la finalidad de impulsar las acciones de atención a la mujer y de la promoción de la salud en la disminución de cesáreas innecesarias.

Artículo 3°.- Alcance

Los hospitales públicos que comprenden el Sistema Nacional de Salud del Estado, se encargaran de la aplicación gratuita de la analgesia epidural durante el parto y el trabajo de parto a las pacientes que así lo requieran cumpliendo con lo establecido en la Resolución Ministerial 634-2006/MINSA "Guía práctica clínica, analgesia epidural en gestantes durante el trabajo de parto".

Firmado digitalmente por:
ACUNA PERALTA Maria
Gimaneza FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 06/09/2022 14:31:46-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardec
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/09/2022 18:10:12-05

Lima, 05 de setiembre de 2022



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento



Firmado digitalmente por:
JULON IRIGOIN Elva Edhit
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **12** de **setiembre** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 3005-2022-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. SALUD Y POBLACIÓN.



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



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

La Constitución Política del Perú reconoce a la salud como un derecho fundamental, porque está directamente vinculado a los derechos a la vida y a la integridad moral, psíquica y física, que son la base, condición y límite del ejercicio de todos los derechos humanos. La salud es, por lo tanto, una condición esencial, un atributo sustantivo y una prerrogativa inalienable de la dignidad de las personas como seres individuales y sociales.

La constitución de la Organización Mundial de la Salud considera que: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

El Tribunal Constitucional en su sentencia **N° 2016-2004-AA/TC**, sobre el caso José Luis Correa Córdor, señala: *“El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe efectuar tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida”*

La Resolución Ministerial 634-2006/MINSA del 13 de julio del 2006, que es la *“Guía práctica clínica, analgesia epidural en gestantes durante el trabajo de parto”* señala como objetivo principal: *“proveer a la madre un adecuado alivio de dolor sin poner en riesgo el binomio materno fetal y es misión del anestesiólogo seleccionar los agentes y técnicas más seguros y adecuados para cada caso, debiendo tener en consideración, el estado del feto en el momento del parto, requerimientos impuestos por las circunstancias obstétricas, patología materna asociada y competencia y experiencia del anestesiólogo”*

El parto es un proceso fisiológico y único, cuyo objetivo final es lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin afectar la salud de la madre, es por ello que se viene impulsando la institucionalización de todos los partos, intentando que la mayoría sean naturales, conforme recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), sin embargo, las estadísticas demuestran que cada vez se realizan más partos por cesáreas de las estrictamente necesarias.

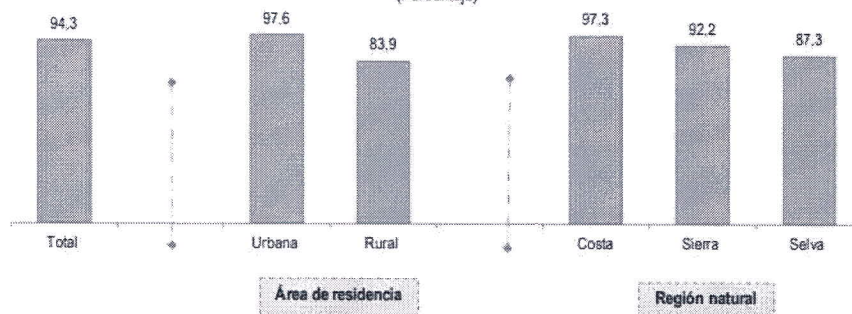
Es un hecho absoluto que el parto es un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres y que el tipo de atención que se les preste tiene importantes

efectos en las madres y sus bebés, tanto físicos como emocionales, a corto y a largo plazo, siendo fundamental que las gestantes sean protagonistas de su propio parto. Es un momento tan sublime y único en la vida de la mujer, la pareja y la familia, además del bienestar emocional y la adaptación a la maternidad, el lazo de vínculo de la madre y su bebé, el éxito de la lactancia, la crianza.

En el Perú, en el año 2020, el parto institucional alcanzó una cobertura de 94,3%, incrementándose en 1,9 puntos porcentuales en comparación con el año 2019 que fue de 92,4%; entre los años 2015 al 2020, en 3,6 puntos porcentuales y mostró un aumento sostenido en el acceso a este tipo de atención; así lo dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en la presentación virtual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES – 2020¹.

CUADRO 1

PERÚ: PARTO INSTITUCIONAL DEL ÚLTIMO NACIMIENTO DE LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON A LA ENCUESTA,
 SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2020
 (Porcentaje)



Nota:

La estimación se refiere al último nacimiento de la mujer de 15 a 49 años de edad, en el periodo de 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose los nacimientos en el mes de la entrevista.

Cuadro base: Cuadro 8.9 del Informe principal de la ENDES 2020.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud familiar.

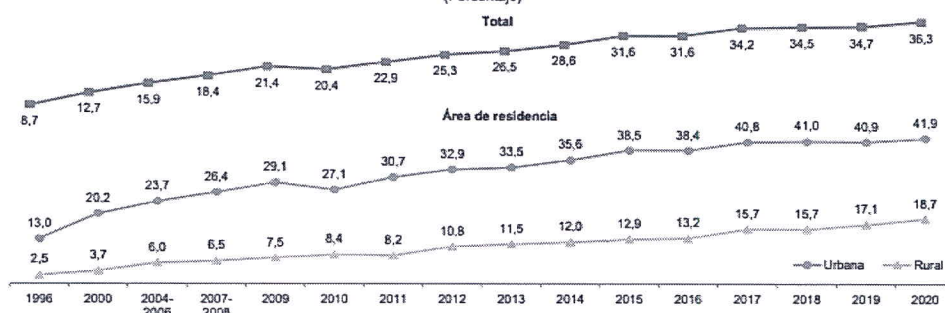
Entre los departamentos con mayor cobertura de partos institucionales, se encuentra: Apurímac (99,2%), Arequipa (99,1%) y Ayacucho (99%); con menores coberturas: Loreto (76,0%), Amazonas (84%) y Cajamarca (86,1%), quienes tuvieron menor nivel de atención.

El 36,3% de nacimientos se dieron mediante cesárea en todo el país, en el año 2020, el porcentaje en los últimos cinco años (2015 – 2020) se incrementó en 4,7 puntos porcentuales, como observamos a continuación:

¹ https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/

CUADRO 2

PERÚ: EVOLUCIÓN DE NACIMIENTOS POR CÉSAREA 1/, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 1996, 2000, 2004-2006, 2007-2008, 2009-2020
(Porcentaje)



Nota:
 Se incluyen todos los nacimientos, de las mujeres de 15 a 49 años de edad, en el periodo de 0 - 59 meses antes de la entrevista.
 Cuadro base: Cuadro 8.11B del Informe principal de la ENDES 2020.
 1/ Se incluyen todos los nacimientos en el periodo de 0-59 meses antes de la entrevista.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud familiar.

La gran mayoría de mujeres sufren dolor durante la progresión de su trabajo de parto, el modo de experimentar este dolor depende de circunstancias culturales y sociales, además de aspectos individuales de tipo cognitivo, emocional y motivacional. El dolor de parto puede llegar a ser tan intenso equiparándose al que se experimenta en una pancreatitis aguda o en una amputación.

Desde la antigüedad el ser humano ha tratado de disminuir el dolor con diversas sustancias. A través de la historia del parto sin dolor, James Young Simpson (Edimburgo, 1811)² fue el pionero y defensor del alivio del dolor del parto y de la anestesia obstétrica. Empezó experimentando con éter, dándose cuenta que no era el anestésico ideal, pues además del riesgo de explosión, la inducción y recuperación eran lentas, por lo que paso a experimentar con cloroformo que era más rápido y eficaz, pero en el año 1911 se demostró que podría producir fibrilación ventricular, reportándose muertes de pacientes.

En 1950 las matronas españolas utilizaban en los domicilios de los pacientes anestésicos inhalatorios con menor nivel de toxicidad como el tricloroetileno, con ayuda de un vaporizador portátil.

Fue en el año 1921 que un médico militar español Fidel Pagés descubrió la anestesia epidural, pero en el año 1949 gracias al especialista Flower R.J se describió la analgesia epidural continua para el parto con agujas especiales y catéter plástico.

² <https://fn.bmj.com/content/86/3/F207>

En 1988 el parlamento español³ aprueba la analgesia epidural gratuita para el parto, el bienestar que consigue la gestante con este procedimiento es tan bueno que actualmente la demanda y aceptación de la técnica en España, supera el 90%.

En el año 2006 mediante Resolución Ministerial 634-2006/MINSA, en el Perú se aprueba la guía de práctica clínica para la analgesia durante el parto, sin embargo, hasta la fecha solo se realiza en la actividad privada y pocos hospitales del Estado. A pesar de estar demostrado que el control del parto está asociado a una mayor complacencia materna, es un derecho de toda mujer participar en la toma de decisiones sobre aspectos del parto, incluyendo el alivio del dolor en el trabajo de parto. A través de la educación e información en todas las técnicas de alivio del dolor de parto, facilitaríamos la estimación de la variedad de opciones al momento de tomar una decisión, por parte de la gestante antes de iniciarse el parto, con esto evitaríamos la angustia física y el estrés emocional del dolor durante el parto.

El nivel de dolor experimentado en cada parto es único para cada mujer, existiendo diferentes factores que podrían determinar este dolor, como el tamaño y posición del bebé, la dimensión de la pelvis, fuerza e intensidad de las contracciones, experiencia anterior y expectativas de la madre, nivel de tolerancia al dolor de cada mujer. El principal objetivo es proveer un adecuado alivio del dolor sin poner en riesgo el binomio materno fetal.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú
- Ley General de Salud N° 26842
- Ley N° 28983 de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres
- RM N°634 – 2006 Guía de Práctica Clínica: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto.

1.- ANÁLISIS DE LA PROPUESTA

El alivio del dolor está plenamente justificado ya que la mayoría de mujeres experimentan dolor durante el trabajo de parto de evolución normal. Hasta la actualidad no hay ninguna evidencia que asegure que el dolor durante el parto tiene beneficios en la madre o el feto, por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad liberan una serie de respuestas reflejas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio trabajo de parto.

³ <https://www.congreso.es/gl/busqueda-de-publicaciones>

El objetivo primordial es brindar a la madre un alivio del dolor obteniendo como resultado la integridad madre - feto. Se ha comprobado que el 60% de las primíparas y del 36% de multíparas llegan a experimentar dolor severo, muy severo o intolerable.

Actualmente se cuenta con evidencia de que las técnicas analgésicas neuro axiales brindan adecuado alivio del dolor y no bloquean la movilidad materna durante el trabajo de parto, tampoco alteran la evolución del mismo ni la del periodo expulsivo, esto permite que la madre participe activamente en todo el proceso de parto. Por ello ante la ausencia de hipotensión resulta mejor el flujo útero placentario, y en caso de alguna complicación permite la maniobra obstétrica, puede extenderse fácilmente en caso de cesárea y posibilita la analgesia postoperatoria que puede prolongarse en caso sea necesario.

2.- EL DESARROLLO DEL PARTO

Según la fisiología y vías del dolor del parto, el dolor puede dividirse en 3 etapas: la dilatación del cuello uterino, la expulsión del feto y el alumbramiento y salida de la placenta y las membranas y este dolor difiere según la etapa de parto. En la primera fase, el dolor tiene dos componentes: uno visceral generado por el útero debido a la compresión que efectúa la presentación fetal y la isquemia de las fibras miométriales y otro somático originado en la vagina y periné por la activación de las fibras simpáticas involucradas en la innervación de estas estructuras y se transmite a través de las fibras nerviosas T10 L1, pudiendo referirse al área lumbosacra, crestas ilíacas y área de los glúteos. Aunque las contracciones uterinas continúan en la segunda etapa del trabajo de parto, en esta fase el dolor se origina en el tracto genital inferior por la distensión de las fibras vaginales periné y suelo pélvico y se transmite por los nervios pudendos, entrando en la vía espinal a través de S2 – S4. (Rodríguez, Camacho y Otros, 2019)⁴

La percepción del dolor varía de una mujer a otra, y se ve afectado por algunos procesos fisiológicos y psicológicos, según evidencia científica hay una relación entre la paridad de la mujer y el dolor percibido, observándose que las mujeres nulíparas experimentan 8 – 10 puntos más dolor que las multíparas.

El dolor del parto vaginal normal produce una activación de la respuesta al estrés que altera los sistemas pulmonar y cardiovascular afectados previamente por los cambios fisiológicos del embarazo, la hiperventilación por el estímulo doloroso

⁴ <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-127.pdf>

de la contracción genera hipocapnia, hipoxemia y desaturación que pueden afectar al bienestar fetal. El sistema cardiovascular sufre vasoconstricción por la producción de catecolaminas y a todo esto se le añade la ansiedad materna que refuerza la respuesta al estrés. En mujeres sin patologías previas, dicha sobrecarga puede ser tolerada, sin embargo, en mujeres con alteraciones cardíacas y pulmonares disminuye dicha tolerancia y pone en riesgo su salud. Por todo lo explicado anteriormente, se considera importante el control analgésico en el parto (Rodríguez, Camacho y Otros, 2019)⁵.

CUADRO 3

AÑO	PARTOS INSTITUCIONALES	CESÁREA
2015	90,7%	31,6%
2016	91,9%	31,6%
2017	93%	34,2%
2018	92,7%	34,5%
2019	92,4%	34,7%
2020	94,3%	36,3%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INEI

3.- LA ANALGESIA EPIDURAL

La médula espinal está envuelta por 3 membranas de interior a exterior: piamadre, aracnoides y duramadre. La piamadre es una membrana vascularizada, se conoce como la principal barrera a los fármacos que entran y salen del líquido cefalorraquídeo. La duramadre es la capa más externa y alrededor de ella está el espacio epidural. entre estas membranas destacan dos espacios, el subaracnoideo o intratecal (entre piamadre y aracnoides) que contiene el líquido cefalorraquídeo y el espacio intradural, entre duramadre y aracnoides, que contiene raíces nerviosas, grasas y vasos linfáticos y vasculares (Rodríguez, Camacho y Otros, 2019).

La técnica epidural consiste en introducir una aguja con catéter por la piel de la columna vertebral a nivel de L2-L3 o L3-L4, atravesar el ligamento amarillo hasta llegar al espacio epidural, (LCR en caso de analgesia espinal) e inyectar un anestésico local diluido combinado con un opiáceo para el mantenimiento de la analgesia y que esta bloquee únicamente las terminaciones nerviosas en esta parte del cuerpo. La principal diferencia con la anestesia espinal es que la epidural bloquee parcialmente las raíces sensitivas mientras que no afecta las

⁵ <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-127.pdf>

raíces motoras, por lo que se obtienen beneficios en el proceso del parto vaginal y la otra diferencia importante es el inicio de acción, la analgesia epidural es de inicio más lento 10-20 minutos y puede no ser tan intensa como la analgesia espinal (Rodríguez, Camacho y Otros, 2019).

3.1 Fármacos para la analgesia epidural:

La Bupivacaina asociado a un opiáceo como el fentanilo en una dilución con suero fisiológico es el medicamento de elección, ambos medicamentos producen una sinergia de acción, cuando se combinan analgésicos locales con opiáceos, se puede emplear concentraciones muy bajas de anestésicos locales reduciendo los efectos anestésicos de ambos. Cuando no se combina con un opiáceo, la concentración más alta del anestésico puede disminuir la capacidad de la gestante para pujar eficazmente.

Por todo lo anterior descrito y en vista de que el dolor de trabajo de parto no aporta ningún beneficio, debe ser tratado, tanto por razones humanitarias como por los efectos beneficiosos sobre la fisiología materno fetal.

El Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (CNV)⁶, indica que el 2021 hubieron 462,833 nacimientos en el Perú, de los cuales 180,529 fueron cesárea, es decir un 39% del total de mujeres fueron sometidas a esta cirugía para tener a sus hijos al mundo, en el Perú realizar una cesárea se ha vuelto una práctica cotidiana y las estadísticas lo demuestran, pese a que, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que el total de las cesáreas practicadas no debe superar el 15% de la atención de parto, porque no hay indicios que mejoren las tasas de mortalidad materno neonatal, por el contrario se tienen estudios que señalan de un mayor riesgo de complicaciones para la madre y el bebé a diferencia del parto vaginal.

Si se brindará la oportunidad del parto epidural gratuito para todas las mujeres, los insumos y medicamentos utilizados tienen un costo accesible.

⁶ <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/CNV/01-manual-registroCNV.pdf>

CUADRO 4

COMPLICACIONES	CESÁREAS	PARTO CON ANALGESIA EPIDURAL
	Infección	Náuseas y vómitos
	pérdida de sangre - transfusión sanguínea	Retención urinaria
	Reacciones a la anestesia	Dolor de espalda
	Formación de trombos	Hipotensión
	Lesión quirúrgica	Cefalea
	Aumento del riesgo en embarazos futuros	Debilidad muscular
	Posible daño de órganos vecinos	Temblores
	Riesgo de desgarro uterino	
	Periodo de recuperación más largo	
	Puede favorecer la localización anómala de la placenta en el útero en embarazos posteriores (placenta previa)	
	Las cicatrices en el útero aumentan el riesgo de rotura uterina en futuros embarazos	
	Puede producir cierta dificultad respiratoria en el recién nacido debido a efectos de la anestesia.	

4.- LEGISLACIÓN COMPARADA

ESTADOS UNIDOS

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad Americana de Anestesiólogos señalan al respecto: “no hay ninguna otra circunstancia en la que se considere aceptable para un individuo experimentar un dolor grave sin tratamiento. Sin embargo, bajo el cuidado de un médico, en ausencia de una contraindicación, la solicitud de la madre, es suficiente para una indicación médica de aliviar el dolor del parto”.

CHILE⁷

El manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto es un aspecto fundamental de las políticas de salud del país y tiene carácter de ley desde el año 2007.

⁷ https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf

COLOMBIA

Para tener una idea de la realidad latinoamericana es interesante mencionar que en Colombia el 77% de las instituciones brindan analgesia y de estas 90% lo hacen durante las 24 horas.

MEXICO

Durante los años 70 se manifiesta la inquietud de los anestesiólogos mexicanos por incrementar sus conocimientos en el manejo del dolor en el parto, se agrega un año más de subespecialización creándose la sub especialidad de anestesiología en ginecología y obstetricia, quedando actualmente como Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia.

ESPAÑA

En España con la democratización y el avance social, se inicia la propuesta de anestesia epidural en la sanidad pública aparece durante el año 1988, aprobándose por el parlamento español.

Latinoamérica en promedio la tasa más alta del mundo en cesáreas, con 40%, Norteamérica 32.3%, Oceanía 31.1%, Europa 25%, Asia 19% y África 7.3%, según estudios de la Revista Plus One.

URUGUAY

En este país la Maternidad “Augusto Tourenne”, se cuenta con un “Protocolo de atención del Trabajo de Parto Normal”, en donde se tiene la opción de La analgesia epidural y la combinado espinal – epidural, describiendo esta técnica como una de las más seguras (en referencia a morbilidad materno – fetal) y efectivas (alivio del dolor y satisfacción materna).

II. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La presente propuesta legislativa si bien genera un gasto este es mínimo a comparación del gasto que se realiza al practicar una cesárea, este costo mínimo puede ser cubierto por el pliego de las instituciones de salud del Estado. Asimismo, los beneficios que conlleva a practicar un parto de forma natural son parte de la exposición de motivos de la presente, propuesta legislativa.

Esto permite al Estado tener un ahorro en atención y servicio del 96% de costos. En el 2020 se registraron el 36,3% de nacimientos por cesárea en todo el país, creciendo en un 4,7% en los últimos cinco años (2015 – 2020), siendo una de las causas de este incremento, el miedo o temor al dolor.

El costo de un parto por cesárea en una clínica privada puede llegar a costar en promedio aproximado 6,000 soles, un parto vaginal sin complicaciones alrededor de 2,000 soles y el parto vaginal con analgesia epidural 5,000 soles

aproximadamente. Esto conlleva a que una parturienta no puede acceder a tener un parto sin dolor debido al alto costo que representa realizar este tipo de parto.

III.- EFECTOS DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente propuesta legislativa no contraviene ninguna norma vigente, por el contrario la dación de esta Ley permite la iniciación de un plan de organización y protocolos de atención de esta práctica incluyendo al equipo de trabajo para la atención de parto y recién nacido (Ginecólogo, anestesiólogo, obstetra, neonatólogos, pediatra, enfermera, técnica de enfermería), plan de capacitación al personal involucrado, coordinación con áreas responsables del sector salud o lo que haga sus veces para el requerimiento de insumos y medicamentos necesarios, inclusión de esta técnica en el plan de parto.

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

La presente iniciativa legislativa guarda concordancia con lo estipulado por el Acuerdo Nacional, el cual establece en su Política de Estado II: Equidad y Justicia Social, en su objetivo N° 13 "Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social"

Finalmente, nuestra propuesta guarda concordancia con lo estipulado por la Agenda Legislativa para el Período Anual de Sesiones 2021-2022, aprobado por Resolución Legislativa del Congreso 002-2021 -2022-CR, Resolución Legislativa del Congreso por la que se aprueba la Agenda Legislativa para el Período Anual de Sesiones 2021-2022, el cual establece en su Objetivo II. Equidad y Justicia Social, Política de Estado: 13. Acceso Universal a los servicios de Salud y a la Seguridad Social, Tema 30. Leyes de reforma y modernización del sistema de salud