



Proyecto de Ley № 3074/2017-CR

PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE LA EDAD PERMITIDA PARA EL EJERCICIO DE LA CARRERA MÉDICA EN ENTIDADES DEL ESTADO

El Grupo Parlamentario **FRENTE AMPLIO POR LA JUSTICIA, VIDA Y LIBERTAD**, a iniciativa del Congresista, **HERNANDO ISMAEL CEVALLOS FLORES**, en uso de sus facultades conferidas por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y en el inciso c) del Artículo 22°, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente proyecto de Ley:

# LEY QUE ESTABLECE LA EDAD PERMITIDA PARA EL EJERCICIO DE LA CARRERA MÉDICA EN ENTIDADES DEL ESTADO

## Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto ampliar la edad de cese laboral del profesional médico.

# Artículo 2.- Modificación del artículo 15 Decreto Legislativo N° 559, Ley de Trabajo Médico

Modificase el artículo 15 Decreto Legislativo N° 559, Ley de Trabajo Médico, el que queda redactado con el siguiente texto:

"Artículo 15.- El ingreso a la Carrera Médica se realiza únicamente por concurso, en la condición de nombrado y en los establecimientos de salud de menor complejidad. A solicitud del profesional médico podrá extenderse el ejercicio de la carrera médica en entidades del Estado, hasta los setenta y cinco (75) años de edad.

La segunda especialización también implica acceso al Escalafón y su asignación se efectuará de acuerdo a los requerimientos de los Centros Asistenciales."

# **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

### DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Única.- Vigencia

La presente Ley entra en vigencia día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".





O DE LA REA

# DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única.- Derogase las normas que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

HERNANDO CEVALLOS FLORES

Wilbert Gabriel Rozas Beitran DIRECTIVO PORTAVOZ GRUPO PARLAMENTARIO FRENTE AMPLIO POR JUSTICIA, VIDA Y LIBERTAD

71

Z REYMUNDO LAPA INGA Congresista de la República

EDILGERTO CURRO

Ing. ROGELIO R. TUCTO CASTILLO Congresista de la República

WILBERT ROZAS BELTRAN Congresista de la República MARÍA ELENA FORONDA FARRO Congresista de la República

> HUMBERTO MORALES RAMIREZ Congresista de la República

> > JUSTINIANO RÓMULO APAZA ORDÓNEZ Congresista de la Republica

MARCO ARANA ZEGARRA Congresista de la República CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 28 de 2018...

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77º del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición Nº 30 PU para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de SALVA Y POSLACIÓN INDASAJO

JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA Oficial Mayor CONGRESO DE LA REPUBLICA

MARÍA ELENA FORONDA FARRO Congresista de la República

Z. legy MONIO LAPA (46)\* do tree labelle la Repúre

WilEERR ROZAS b... Congresista de la Ropúblic.

ARANA ZEGARRA

GSIMAR 22 MARRE



### I. EXPOSICION DE MOTIVOS

### **REFORMA DE SALUD:**

Hernán E. García Cabrera, Pedro Díaz Urteaga, Donatila Ávila Chávez, María Z. Cuzco Ruiz, de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud del Perú, señalan que la implementación de la Reforma del Sector Salud en el Perú se orienta a mejorar el estado de salud de los residentes, reconoce que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin discriminación en todas las etapas de la vida. Refieren que el Ministerio de Salud coloca en el centro de las intervenciones el abordaje de los problemas en el campo de los recursos humanos con base en la planificación estratégica, sistema de información de recursos humanos -Registro Nacional de Personal-INFORHUS-, el desarrollo metodológico de la estimación de brechas de personal de salud y el desarrollo de estrategias de reclutamiento y retención del personal, desarrollo de competencias en atención primaria de salud, gestión de servicios de salud con prioridad en el primer nivel de atención, incremento de plazas para el SERUMS, Residentado Médico e Internado en ciencias de la salud, y la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública<sup>1</sup>. Sin embargo, lo señalado por los funcionarios del Ministerio de Salud<sup>2</sup>, dista mucho de la realidad; pues, de ser así, no sólo se tendrían profesionales médicos especialistas en todo el país, sino que, en general la oferta al paciente cubriría sus expectativas, por el contrario la brecha en salud, es más alta.

### RECURSOS HUMANOS LA BRECHA EN SALUD

Los recursos humanos son claves para el sistema nacional de salud sustentado en el reconocimiento del derecho a la salud para todos, el Ministerio de Salud viene implementando el Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud al servicio del Estado. intenta con diversas medidas reducir la brecha de recursos humanos, como, según afirman para el I, II y III nivel de atención con la finalidad de que la disponibilidad de recursos humanos se priorice acorde a parámetros, como zonas de vulnerabilidad. orientados según refieren a la universalización de la atención en salud; y lógicamente realizar la entrega de las compensaciones económicas, otro intento es, el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria D-PROFAM, indican con la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención y desarrollar capacidades en atención primaria, también se señala incremento de plazas en el Servicio Urbano Marginal en Salud - SERUMS, contratación de profesionales en salud, por presupuesto por resultados. También con el Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los servicios complementarios en salud; por el que los profesionales de la salud presta en forma voluntaria, en el mismo establecimiento de salud donde labora, o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga firmado un Convenio de prestación de servicios complementarios, Convenios pactados con las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Salud o Convenios de Intercambio Prestacional,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Hernán E. García Cabrera, Pedro Díaz Urteaga, Donatila Ávila Chávez, María Z. Cuzco Ruiz. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud del Perú. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud Health Care Reform and human resources for health.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Quienes proponen la reforma del sector salud en el Perú, difícilmente van a aceptar que ella realmente, está muy lejos de los objetivos planteados.



constituyendo una actividad complementaria adicional, precisamente estos requisitos actúan contra la aplicación de la norma.

El Perú viene desde hace años, afrontando una seria crisis por falta de profesionales médicos, en particular de especialistas.

La necesidad mayor se encuentra en el interior del país, en dónde las necesidades de atención no son satisfechas, sobre todo tratándose de especialistas.

En un Coloquio realizado en septiembre del 2015 y organizado por el Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú -, Centrum, respecto de la grave crisis que afronta el país por la falta de recursos humanos de médicos especialistas, evento en el que participaron; el doctor Juan Arroyo, Profesor e Investigador de CENTRUM Católica; doctor Aníbal Velásquez, entonces Ministro de Salud; doctor Víctor Zamora, Asesor Senior en Políticas y Sistemas de Salud; doctor Sebastián Céspedes, Gerente General de la Clínica Ricardo Palma; doctor Miguel Malo, Asesor Internacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); doctor Julio Pedroza, Asesor de la Cooperación Belga; Alexandro Saco, Coordinador Nacional del Foro de la Sociedad Civil en Salud, el doctor Sebastián Céspedes, Gerente General de la Clínica Ricardo Palma, señalaba:

"Otro problema que es grave, y que tiene un gran impacto en el aseguramiento universal, es la oferta de los recursos humanos. El número de especialistas en el país es muy bajo en relación al número total de médicos, hay más de 73 mil médicos colegiados y solo algo más de 25 mil médicos especialistas. Y los especialistas están concentrados principalmente en Lima y las principales capitales de departamento; incluso en Lima ya tenemos algunas dificultades para poder encontrar médicos especialistas de todas las especialidades en el número suficiente que uno quisiera. Si en Lima pasa eso, si en San Isidro pasa eso, imagínense que estará pasando en otras capitales de departamentos, donde a veces a duras penas hay un anestesiólogo, un cardiólogo, algunos traumatólogos, por poner un ejemplo. Entonces, ahí viene un tema conceptual que siempre nos ha preocupado y es que el PEAS ha generado tanta expectativa y no tiene una implementación plena, entre otras cosas, porque enfrenta el reto de contar con una dotación de profesionales suficientes que hagan cumplir el PEAS en todos sus alcances. Mientras no haya especialistas suficientes, ¿de dónde vamos a sacar psiquiatras u oncólogos suficientes para atender el PEAS a nivel nacional? El MINSA es el primero que enfrenta esta problemática, el Seguro Social también y, sin duda, para el sector privado no hay incentivos para hacer inversiones en infraestructura y servicios de salud más allá de Lima y las principales capitales de departamento<sup>3</sup>." El ennegrillado y cursiva es nuestro.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> La Salud Hoy: Problemas y Soluciones. Primera edición: © CENTRUM Católica - Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Septiembre 2015. Colección Centrum Coloquios N° 1 Página 26.



El entonces Ministro de Salud, Anibal Velásquez, indicaba:

"En el tema de atención primaria de salud terminaré diciendo que sí se necesita fortalecer el nivel primario de atención, no solamente para atender lo materno infantil, sino para prevenir enfermedades no transmisibles, que son las que generan bastante carga de enfermedad luego en el futuro. En estos momentos se está avanzando con salud mental y también con las enfermedades no transmisibles, para poder tener más especialistas en los diversos niveles de atención. Tener más especialistas y más recursos humanos requiere una política importante del gobierno. Se han incrementado recursos para tener más residentes y también para tener más recursos humanos, hay una reforma salarial que también está orientada a estimular que el personal de salud y los especialistas puedan ir a las zonas más difíciles. Los que van a zonas rurales, a zonas de fronteras, zonas de emergencia, tienen más bonificaciones, más reconocimientos. Este modelo debería continuar y profundizarse. Lógicamente se requiere una inversión mayor en el sector salud. que debe permitir un crecimiento importante de los recursos humanos y de la inversión en el primer nivel de atención." El ennegrillado y cursiva es nuestro.

El doctor Víctor Zamora, Asesor Senior en Políticas y Sistemas de Salud, sobre la brecha de recursos humanos, decía:

"... Necesitamos recuperar la capacidad para atraer, mantener e incentivar al personal altamente capacitado para las funciones del gobierno para que se enfrenten las brechas que hemos mencionado. Una de ellas es la brecha de recursos humanos. Según cálculos realizados por el propio Ministerio de Salud, el déficit es de 16 mil especialistas, tanto para el sector público como para el sector privado, para Lima y para las regiones. Pero lo otro que no se menciona, es el número de no especialistas que el sistema necesita para La organización sectorial y la Atención Primaria en Salud (APS) recuperar la capacidad operativa de los establecimientos de salud y responder a las necesidades del aseguramiento, y transformarlo de un aseguramiento nominal en uno efectivo. Este se calcula en aproximadamente 60 mil profesionales de la salud no especialistas.

Se reconoce entonces que hay brechas financieras, brecha de recursos humanos y brechas en las capacidades de gobierno sectorial, que han sido abordadas por el señor Ministro y el resto de mis colegas en este panel. Sin embargo, quisiera agregar otra brecha: la de la capacidad resolutiva. Incluso teniendo los establecimientos, el financiamiento y el personal, hay también, competencias que tienen que ser recuperadas o creadas. Es lamentable saber que hoy, a estas alturas, y después de tanto

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Op. Cit. Pág. 42



esfuerzo, las capacidades para resolver problemas de salud de poca complejidad, en el primer nivel, son prácticamente inexistentes. Así lo demuestra un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística, que midió las funciones obstétricas básicas de los establecimientos de salud (FONB). El estudio encuentra que solamente el 1% de los establecimientos del primer nivel de atención tiene capacidad para responder a las funciones obstétricas y neonatales básicas. Un estudio similar para medir la capacidad resolutiva en Crecimiento y Desarrollo (CRED) arrojó una mejor cifra, pero igual de desalentadora: solo 37% de los establecimientos de primer nivel de las zonas más pobres del país tienen las capacidades mínimas para realizar un CRED<sup>5</sup>. El ennegrillado y cursiva es nuestro.

Por otro lado, también es importante recordar que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, consideran que el mínimo de médicos indispensables para garantizar una adecuada atención de salud. A la población debe ser 10 por cada 10 mil habitantes. El Perú está por debajo de esa cifra como promedio nacional (9.4), siendo la brecha y las inequidades mucho mayor en la perspectiva que se tiene para los niveles regionales y subregionales<sup>6</sup>.

En febrero del año 2016, el entonces decano del Colegio Médico del Perú, Palacios Celi, señalaba que, del total de 2 231 médicos que se colegian cada año, sólo 30% accedía a una especialidad, del total de agremiados solo la tercera parte son médicos especialistas. Indicaba que, según cifras del Ministerio de Salud, sólo se tenía 8.074 médicos especialistas para atender las necesidades de asistencia médica de más de 30 millones de personas que requieren de asistencia médica, y que se requerían 16.630 especialistas. Precisaba también, que las áreas con mayor déficit de profesionales son ginecobstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía, así como medicina intensiva, anestesiología, neurología, oftalmología y neonatología.

Mencionaba que, las especialidades con mayor déficit de especialistas, calificadas como prioritarias y críticas, en algunos centros de salud y hospitales se necesitaban 5.056 profesionales en medicina familiar, 1.872 ginecobstetras y 1.339 pediatras, 1.077 cirujanos generales y 972 anestesiólogos. A nivel nacional faltaban 4, 700 médicos generales y 4, 226 médicos especialistas y que regiones con escasa cantidad de médicos estaban Madre de Dios que solo tiene 148 médicos; Moquegua con 221, Pasco con 235, Tumbes con 289 y Amazonas con 293.

La entonces decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), María Paola Lucía Llosa Isenrich, alertaba sobre la falta de especialistas en neonatología, y que solo existían 41 profesionales en esa área, de los cuales el 90 % ejercía en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana; y que, por el incremento de enfermedades oncológicas, como endocrinólogas y cardiológicas,

5 1

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Loc. Cit. Págs. 42-43

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Informe final de la Comisión encargada de proponer el incremento de remuneraciones y entregas económicas de los ingresos de los profesionales médicos que laboran en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos y direcciones regionales de salud de los gobiernos regionales en el marco de la segunda etapa de la reforma del sector salud. Conformada por Res9olución Ministerial N° 941-2014-MINSA e integrada por tres representantes del Ministerio de Salud y tres representantes de la Federación Médica del Perú



se requerían más especialistas en estas áreas, debía reorganizarse el sistema de salud, proponiendo además la formación de médicos familiares que en el Perú llega al 1%, mientras que en Canadá y el Reino Unido es de 52% y 45%, respectivamente, quienes podían atender casos de hipertensión arterial y diabetes.

Otro aspecto importante, es la formación del especialista. La formación del profesional médico requiere años, cuando menos, se estima entre once a catorce años, aunado a ello, el procurar que desarrolle su actividad profesional en el Estado, requiere hacer atractivo su ingreso o continuidad en el sector público, compitiendo generalmente con el sector privado el que, teniendo una mejor implementación logística, podría permitirle un mejor desarrollo profesional de su especialidad, contribuyendo la retribución que puede ser más atractiva.

En el siguiente cuadro podemos ver los especialistas que atienden por departamentos en el año 2014:

Departamento	Anestesiología	Cirugia general	Ginecologia Obstetricia	Medicina Interna	Pediatría	Total
Vinazonas	7	Ĝ	11		7	22
incash	11	22	41	10	30	114
lpurimaç	6	10	9	6	12	43
Vrequipa	35	49	52	40	56	232
lyacucho	11	16	25	8	18	78
ajamarca	17	21	31	10	19	98
alao	35	36	50	35	57	213
1500	17	28	35	22	31	133
trancarelica	9	8	10	6	4	37
-tuánuco	6	6	16	463	2	34
ca	30	39	40	30	43	182
unh .	19	29	34	11	16	109
at bertad	42	40	68	40	61	251
ambayeque	20	29	35	13	26	123
ima	310	282	530	306	627	2055
oreto	5	9	11	2	16	53
fadredeDos	4	2	4	0		11
/oquegua	4	4	6	2	6	22
3800	5	6	6	3	2	22
nn en	14	22	37	14	31	118
uno	15	19	30		17	81
an Martin	8	1 / 11 = 1	17	2	13	- 51
acna	8	13	14	9	12	- 56
unbes	4	6	5	4	7	26
Jan	2	8	14	5	9	38
otal	644	720	1131	594	1123	4212

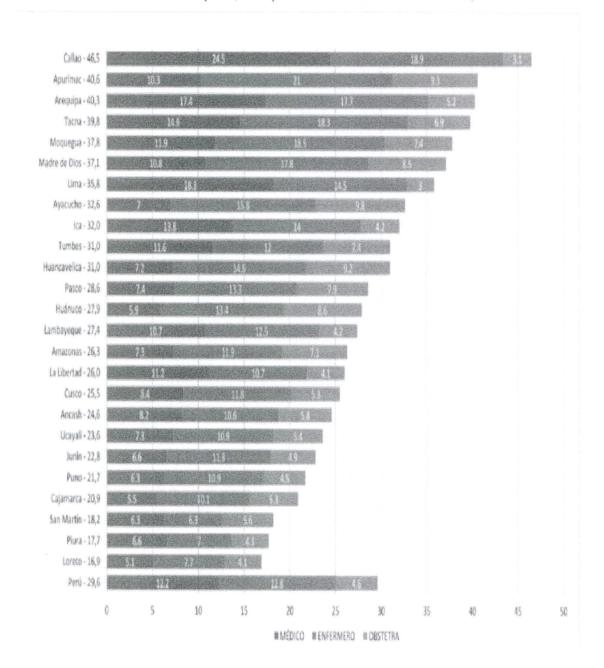
FUENTO Ministerio de Salud, Federación Médica Penuana.

Fuente: Ministerio de Salud, Federación Médica Peruana.



El Observatorio de Recurso Humanos en Salud del Ministerio de Salud, nos muestra en el siguiente cuadro, la densidad de recursos humanos por departamentos al año 2015:

RHUS - DENSIDAD SEGÚN DEPARTAMENTO
DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS (POR 10,000 HAB.) EN EL SECTOR SALUD SEGÚN DEPARTAMENTOS, PERÚ - 2015



Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSA y gobiernos Regionales, a junio de 2015 Cuadro elaborado por Observatorio de Recursos Humanos en Salud – DGGDRH-MINSA



En cuanto al número de habitantes por cada médico según departamento del año 2010 al 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, nos muestra el siguiente cuadro:

NÚMERO DE HABITA	ANTES POR (	CADA MÉD	ICO, SEG	ÚN DEPAF	RTAMENT	O, 2010-2	016						
(Número de personas)													
Departamento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016						
Total	602	615	586	468	476	460	445						
Amazonas	1 797	1 604	1 612	1 607	1 698	1 725	1 744						
Áncash	1 069	1 116	1 006	879	853	853	833						
Apurímac	1 299	1 107	989	1 052	867	938	987						
Arequipa	313	328	313	260	257	248	245						
Ayacucho	1 745	1 789	1 776	1 768	1 788	1 713	1 702						
Cajamarca	2 420	2 420	2 311	2 088	2 106	1 987	1 939						
Callao	562	530	537	462	484	484	485						
Cusco	843	818	781	691	677	633	592						
Huancavelica	1 966	1 859	1 778	1 741	1 847	1 896	1 743						
Huánuco	1 932	1 849	1 805	1 498	1 286	1 235	1 242						
lca	446	472	457	400	412	406	405						
Junin	862	918	856	762	779	754	724						
La Libertad	589	623	558	454	438	414	387						
Lambayeque	739	750	716	576	579	539	515						
Lima	355	367	351	262	273	266	259						
Loreto	1 427	1 424	1 366	1 176	1 180	1 127	1 086						
Madre de Dios	866	754	751	770	737	771	755						
Moquegua	687	655	662	640	671	640	640						
Pasco	1 436	1 406	1 329	1 462	1 459	1 364	1 399						
Piura	1 349	1 377	1 335	1 148	1 154	1 023	954						
Puno	1 412	1 428	1 349	1 274	1 246	1 179	1 100						
San Martín	2 337	2 183	2 180	2 010	1 920	1 864	1 77						
Tacna	417	431	393	358	356	338	332						
Tumbes	1 184	1 293	1 304	1 157	1 179	1 207	1 179						
Ucayali	1 609	1 592	1 561	1 402	1 334	1 297	1 196						

Instituto Nacional de Estadística e Informática- Proyecciones de Población

**Fuente: INEI** 



Respecto al número de médicos según departamento el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, nos presenta el siguiente cuadro:

RECURSOS HUMANOS DE SALUD												
NÚMERO DE MÉDICOS, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2010-2016												
2015	2015 2016	2014 2015	2013	2012	2011	2010	Departamento					
67 757	67 757 70 80	64 717 67 75	65 110	51 441	48 417	48 942	Total					
245	245 24	248 24	261	259	259	230	Amazonas					
1 346	1 346 1 38	1 339 1 346	1 293	1 123	1 006	1 044	Áncash					
489	489 46	527 489	432	457	406	344	Apurimac					
5 191	5 191 5 31	4 945 5 19	4 838	3 983	3 760	3 886	Arequipa					
402	402 40	381 402	381	375	368	373	Ayacucho					
770	770 79	724 770	728	655	623	620	Cajamarca					
2 094	2 094 2 11	2 058 2 094	2 128	1 805	1 801	1 676	Callao					
2 081	2 081 2 23	1 934 2 08	1 882	1 655	1 570	1 513	Cusco					
261	261 28	266 26	280	272	258	242	Huancavelica					
697	697 69	664 69	566	466	451	428	Huánuco					
1 939	1 939 1 96	1 893 1 939	1 927	1 669	1 599	1 675	lca					
1 791	1 791 1 87	1 722 1 79	1 746	1 544	1 428	1 511	Junin					
4 494	4 494 4 86	4 193 4 49	3 994	3 213	2 842	2 968	La Libertad					
2 340	2 340 2 46	2 160 2 34	2 152	1 716	1 624	1 635	Lambayeque					
36 967	36 967 38 63	35 478 36 96	36 430	26 798	25 245	25 667	Lima					
922	922 96	872 92	866	737	699	689	Loreto					
178	178 18	182 178	170	170	165	140	Madre de Dios					
282	282 28	266 283	276	264	264	249	Moquegua					
223	223 21	207 223	205	224	210	204	Pasco					
1 802	1 802 1 94	1 586 1 803	1 580	1 348	1 296	1 312	Piura					
1 201	1 201 1 29	1 126 1 20	1 091	1 021	956	958	Puno					
451	451 48	432 45	407	370	364	335	San Martín					
1 012	1 012 1 04	948 1 013	932	836	753	767	Tacna					
197	197 20	199 19	200	175	174	187	Tumbes					
382	382 4	367 383	345	306	296	289	Ucayali					
		199	200	175	174	187	Tumbes					

Nota: A partir del año 2010 la información es proporcionada por el Colegio Médico del Perú. La información de los años anteriores fur proporcionada por el Ministerio de Salud.

Fuentes: Ministerio de Salud (MINSA) - Oficina General de Estadística e Informática. Colegio Médico del Perú (CMP).

Fuente: INEI



También el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, tiene el siguiente cuadro respecto de los Médicos del Seguro Social de Salud (EsSalud), según Red Asistencial, 2004-2016:

	RECURSOS HUMANOS DE SALUD												
MÉI	DICOS D	EL SEGU	IRO SOC	CIAL DE	SALUD (	EsSalud	), SEGÚ	N RED A	ASISTEN	CIAL, 2004	4-2016		
Red Asistencial	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	6 999	6 932	6 794	7 125	7 855	8 094	8 837	8 717	9 260	10 096	10 757	11 398	8 475
Sede Central	300	284	261	281	325	365	430	446	444	484	479	515	_
Red Asistencial Almenara	1 277	1 218	1 173	1 262	1 342	1 355	1 514	1 505	1 556	1 726	1 871	1 990	1 293
Red Asistencial Rebagliati	1 514	1 529	1 477	1 547	1 673	1 728	1 821	1 807	1 948	2 092	2 172	2 300	1 860
Red Asistencial Sabogal	630	606	603	620	744	755	910	924	989	1 204	1 266	1 322	1 271
Red Asistencial Amazonas	34	36	36	40	43	43	43	38	37	38	45	53	46
Red Asistencial Áncash	165	169	169	176	189	190	211	204	219	231	233	249	238
Red Asistencial Apurímac	46	44	50	50	63	60	58	54	54	55	66	78	78
Red Asistencial Arequipa	579	565	552	571	631	661	714	696	736	787	845	889	608
Red Asistencial Ayacucho	35	45	46	43	51	51	49	45	62	59	55	72	68
Red Asistencial Cajamarca	56	54	58	59	69	78	79	76	84	88	98	99	81
Red Asistencial Cusco	199	206	198	220	234	244	245	226	241	268	279	284	216
Red Asistencial Huancavelica	24	32	39	37	42	38	40	35	43	43	52	54	49
Red Asistencial Huánuco	66	67	70	77	73	85	95	84	92	92	103	106	106
Red Asistencial Ica	259	244	246	252	268	269	296	298	309	309	327	344	266
Red Asistencial Junín	159	160	155	174	197	205	209	218	245	265	274	291	212
Red Asistencial La Libertad	359	366	366	406	420	437	454	441	491	542	659	750	507
Red Asistencial Lambayeque	449	441	421	413	457	474	516	508	538	581	583	574	423
Red Asistencial Loreto	73	77	77	78	97	103	101	92	106	109	135	143	132
Red Asistencial Madre de Dios	19	17	17	19	22	23	24	22	24	25	28	26	27
Red Asistencial Moquegua	45	45	49	58	57	55	65	67	65	59	58	74	78
Red Asistencial Pasco	89	81	86	86	75	76	85	80	86	78	81	82	93
Red Asistencial Piura	239	241	227	226	284	289	310	298	313	316	350	368	297



					,								
Red Asistencial Puno 1/	133	60	66	57	64	63	69	68	78	92	98	110	81
Red Asistencial Juliaca	-	65	64	61	61	60	68	61	71	88	102	101	85
Red Asistencial San Martín 2/	42	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Red Asistencial Moyobamba		-	12	24	24	26	31	26	27	32	29	35	32
Red Asistencial Tarapoto	-	-	35	41	52	53	63	57	51	56	70	75	64
Red Asistencial Tacna	71	73	71	87	109	112	128	127	125	125	134	140	98
Red Asistencial Tumbes	31	32	32	32	40	41	35	37	39	36	42	42	32
Red Asistencial Ucayali	39	39	43	40	45	48	50	50	54	61	67	66	86
Instituto del Corazón	53	81	80	74	91	95	111	113	119	140	141	150	45
Centro Nacional de Salud Renal 3/	14	14	15	14	13	12	13	14	14	15	15	16	3

Nota: Incluye Médicos, Médicos Altamente Especializados, Médicos Serums y Médicos Residentes.

Fuente: Seguro Social de Salud (EsSalud) - Oficina Central de Planificación y Desarrollo - Sub Gerencia de Información Gerencial Corporativa- Sub Gerencia de Estadística.

Fuente: INEI

Podemos notar que, pese al esfuerzo del Estado, el avance no es significativo, las necesidades de médicos especialistas en las distintas regiones del país, sigue siendo una brecha importante, por consiguiente, no se cumple los objetivos de la Reforma de salud del Acuerdo Nacional, entre estos, el Cierre de Brechas en el Acceso a la Salud y a la Seguridad Social en Salud:

"Cierre de brechas como prioridad de la política pública El cierre de brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud y a la seguridad social en salud, especialmente entre los sectores rural y urbano, es una prioridad de la política pública. Para ello, el Estado diseñará estrategias adecuadas; priorizará, asegurará y protegerá la canalización de recursos públicos según corresponda por niveles de gobierno (presupuestales, recursos humanos, infraestructura, equipos e insumos); y movilizará recursos de la sociedad para estos efectos, hasta el cierre de dichas brechas. El ennegrillado y cursiva es nuestro."

El tema del personal de salud, se consideró como un Factor Crítico a Atender:

"Cerrar la brecha cualitativa, cuantitativa y territorial de profesionales, técnicos, auxiliares asistenciales y administrativos de la salud. Impulsar y regular, bajo la rectoría del Estado y la coordinación intersectorial y

<sup>1/</sup> A partir de 2005, la Red Asistencial Puno se desagrega en Red Asistencial Puno y Juliaca.

<sup>2/</sup> A partir de 2006, la Red Asistencial San Martín se desagrega en Microred Asistencial Tarapoto y Moyobamba.

<sup>3/</sup> Hasta Julio de 2007 Centro de Hemodiálisis.



supervisión del Ministerio de Salud, la formación de calidad de especialistas, de profesionales de la salud y gestores de la salud pública en centros acreditados, en base a las necesidades presentes y futuras de la población en todo el país. Asimismo, asegurar el nivel, grupo ocupacional y condiciones de trabajo adecuadas, bioseguras y con remuneraciones dignas y competitivas en la región que reflejen la justa valoración de su labor profesional y técnica, considerando la competencia y experiencia laboral, aspirando a un régimen laboral justo y equitativo que incentive su permanencia en el país y en el sistema público y eleven la calidad de la atención individual y colectiva. Garantizar la certificación profesional periódica en competencias. Fortalecer, reconocer y estimular la labor del equipo multidisciplinario y de los gremios de la salud, y su vocación de servicio y su participación en la gestión hospitalaria y sanitaria, con la finalidad de brindar una atención y cuidado de la salud integral y de calidad." El ennegrillado y cursiva es nuestro.

De otro lado la especialización del profesional médico, no importa la inmediata adquisición de experiencia, requiere de práctica, de un profesional formado, con experiencia. Experiencia que se adquiere con el tiempo.

Los recursos humanos de salud son un elemento esencial en la generación y prestación de servicios de salud, a pesar de los esfuerzos del Estado, las distintas estrategias ensayadas, subsiste la problemática, el número de recursos humanos sigue siendo insuficiente.

En virtud a lo señalado y con la finalidad de contribuir al cierre de brechas de recursos humanos de profesionales de la salud, en este caso, médicos, es necesario dar una mirada a quienes, tienen un amplio back up, a quienes poseen una amplia experiencia, en el campo de la medicina, tanto general, como en las distintas especialidades, nos referimos al profesional médico, próximo a la edad de setenta (70) años, edad de jubilación conforme a lo señalado en el Decreto Legislativo 276<sup>7</sup>; pero, quien generalmente se encuentra en la plenitud de sus facultades y habilidades; pero, debe, por mandato legal, pasar al cese para el Estado; sin embargo, se mantiene vigente, brindando atención y volcando toda la experiencia adquirida, en el sector privado.

Esta situación, lleva al cese del médico con amplia experiencia, su pase a jubilación, el retiro de la actividad en el sector público, y su camino profesional al sector privado, perdiendo el Estado un profesional que, no deja de laborar, debido a que como se ha mencionado pasa a realizar sus actividades profesionales en el sector privado, lo que reafirma que, se encuentra en la plenitud de sus facultades y habilidades, fruto de largos años de labor profesional y que bien podría mantenerse en el sector público contribuyendo a los objetivos de salud.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector

Artículo 35.- Son causas justificadas para cese definitivo de un servidor:

a) Límite de setenta años de edad;



Ya, en otras latitudes, se ha visto la necesidad de ampliar la edad de jubilación de los médicos, en España, por ejemplo, en el VII Congreso Nacional de Médicos Jubilados, de septiembre de 2017, en el que:

"...el Consejero extremeño de Sanidad y Políticas Sociales quien centró su intervención sobre la situación actual de la edad de jubilación de los médicos en España. José María Vergeles apeló a que se unifique la jubilación a nivel de todo el Estado y, en este sentido, dijo que, desde la Junta de Extremadura, se ha solicitado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que sea un tema prioritario a abordar por el Consejo Interterritorial para crear una normativa nacional al respecto.

"Si en una Comunidad Autónoma un médico se jubila a los 65 años, en otra lo hace a los 67 y en una tercera se hacen prórrogas hasta los 70 años, no podemos pretender un SNS cohesionado", matizó. Su propuesta, expresada ante los medios de comunicación, es que la edad esté en los 67 años con prorrogas excepcionales hasta los 70, en función de las necesidades asistenciales y de los profesionales que tenga el Sistema sanitario.

También explicó que en algunas CCAA existe la figura de los médicos eméritos que, dependiendo del lugar que sea, está o no remunerada y es hasta los 70 o 72 años. "No podemos estar sometiendo a nuestros profesionales, que se dejan la piel a diario, a que dependiendo de la CCAA donde ejerzan, se jubilen en función de cómo se haya negociado esto.

La necesidad de profesionales fue otro de los temas que evidenció Vergeles. "Estamos en una situación en la que no hay exceso de médicos". Señaló que, en Extremadura, entre el año 2020 y 2026, se van a jubilar 1.000 médicos, 600 de Medicina familiar y comunitaria y 400 de otras especialidades. "Va a llegar un momento en el que no tengamos profesionales médicos para atender las necesidades de salud que tiene la población..."8

En España hay un nuevo mapa de la jubilación para los profesionales médicos, algunas comunidades autónomas decidieron no aplicar la jubilación forzosa o adaptarla a la edad de jubilación de 67 años, que regirá a futuro. También algunas permiten prórrogas hasta los 70 años. María José Rodríguez Villalón, Secretaria General del Sindicato Médico de Extremadura - Simex, señaló no estar satisfecha y pidió que la jubilación pueda retrasarse hasta los 70, argumentando la crisis de falta de personal que sufre la sanidad extremeña. "Se jubilan más facultativos de los que entran". La Comunidad de Madrid jubila a sus facultativos a los 65 años como norma general; por excepción, hasta un 30 por ciento de los profesionales puedan acogerse a la prórroga, que puede ser hasta los 70 años. En Cataluña la Generalitat estableció en la

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> En: http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-edad-de-jubilacion-de-los-facultativos-debate-en-el-vii-congreso-nacional-de-medicos



ley de acompañamiento de los presupuestos de 2012 que la jubilación de sus médicos es de 65 años, señalando dos excepciones, para que los profesionales continúen hasta los 70 años; si en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa le quedan seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación o excepcionalmente si se producen necesidades asistenciales. La razón principal por la que los distintos servicios de salud han suavizado su postura con respecto al retiro forzoso es la escasez de profesionales en algunas especialidades, como sucede de una manera significativa en Pediatría<sup>9</sup>.

En Chile, el Colegio Médico en agosto de 2015, organizó el Seminario Fin del Trabajo Médico: Jubilación o Retiro, en él, se señalaba: "La experiencia internacional muestra que la realidad de los médicos no es distinta a lo que sucede con otras profesiones. Los facultativos son especializados, con mucha experiencia y altamente calificados, ya que durante toda su vida han debido actualizar sus conocimientos, sin embargo, a cierta edad la decisión ya no es personal y queda entregada a una comisión de pares que evalúa las condiciones para el ejercicio médico o simplemente es un reglamento institucional el que determina la edad de tope." A su turno, el Dr. Roberto Ibáñez secretario técnico del Departamento de Trabajo Médico del Colegio Médico de Chile -Colmed, en su exposición "La edad y el trabajo médico", señaló que "la experiencia internacional muestra que los médicos ejercen hasta avanzada edad y que las mujeres tienden a retirarse antes que los hombres." La representante de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile - Falmed, abogada Alejandra Riquelme: dio una visión legal del tema destacando que no existe evidencia de que los médicos mayores de 60 años registren una mayor siniestralidad que los menores de esta edad. En tanto que, el Dr. Cristian Ugarte, director médico de la Clínica Santa María y la Dra. Paula Daza, directora de Docencia, Desarrollo y Comunicaciones de Clínica Dávila coincidieron en que una comisión de médicos realice acreditaciones anuales a los mayores de 65 años que realizan actividad quirúrgica recomendando en los casos que fuera necesario el retiro de la actividad10.

En el año 2016 la Revista Nature, publicó el estudio científico de un equipo de investigadores del Albert Einstein College Of Medicine de Nueva York, quienes aseguran que el límite en la longevidad humana se alcanzó. Desde el siglo XIX hasta hoy, la esperanza de vida media ha aumentado casi continuamente, gracias a las meioras en la salud pública, la dieta y el medio ambiente, entre otros factores. El equipo liderado por el Ph.D. Jan Vijg, autor principal del estudio. "señalaba que sus datos indicaban de manera clara que el límite de edad, se alcanzó en la década de 1990. Vijo y sus colegas analizaron la información de la Base de Datos de Mortalidad Humana, que compila los datos de mortalidad y población de más de 40 países, señalan que desde 1900, hay un descenso general de la mortalidad en edades avanzadas. La proporción de personas de cada cohorte (el conjunto de nacidos en un año concreto) que sobreviven después de los 70 crece con el año de nacimiento, lo que apunta hacia un aumento continuo de la esperanza de vida media. Analizaron datos de la edad máxima en el momento de la muerte, centrándose en registros de personas que habían vivido 110 años o más entre 1968 y 2006 en los cuatro países con el mayor número de longevos (EE. UU., Francia, Japón y Reino Unido). La edad de estos supercentenarios aumentó rápidamente entre 1970 y principios de 1990, pero alcanzó una meseta sobre

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> En: https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-nuevo-mapa-de-la-jubilacion-forzosa-para-los-medicos-7500

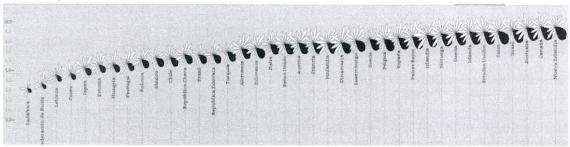
<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> En: http://www.colegiomedico.cl/?p=2360



1997 –el año en que murió la francesa Jeanne Calment a los 122 años de edad, que alcanzó la edad máxima documentada en la historia—. Asimismo, usando datos de edades máximas en la muerte, estimaron la duración máxima de la vida humana en 115 años (el caso de Jeanne Calment se considera estadísticamente atípico). También calcularon en 125 años el límite absoluto de la vida humana<sup>11</sup>.

La OECD, Better Life, nos presenta el siguiente cuadro de esperanza de vida de sus países miembros:





La esperanza de vida, señalan, es la medida de la salud más utilizada, aunque solo toma en cuenta la duración de la vida de una persona y no su calidad, en promedio, en todos los países de la OCDE la esperanza de vida al nacer llega a los 80 años, un aumento de más de 10 años desde 1960. Las mujeres viven alrededor de seis años más que los hombres, con un promedio de 83 años, en comparación con 77 años de los hombres. El país con la esperanza de vida promedio más alta es Japón, con 84 años<sup>12</sup>.

Por su parte, Aníbal Sánchez Aguilar, Jefe del Instituto Nacional de estadística e Informática – INEI, señalo que su Entidad, elabora tablas de mortalidad demográficas o tablas de vida para toda la población del país, mujeres y hombres, en función de la edad y proporciona una medida resumen de la mortalidad conocida como esperanza de vida al nacer, indicador que representa el nivel general de la mortalidad de una población. En el caso de varones es de 72 años y en mujeres es de 77.3 años. Para el año 2050 proyectó que la esperanza de vida será 79 años y se reducirá a 10 muertes por 1000 nacimientos la mortalidad infantil, este último aspecto, no es considerado por la Superintendencia de Banca y Seguros, para elaborar las tablas de mortalidad para el sistema previsional. Como nos muestra en el siguiente cuadro<sup>13</sup>:

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> En: https://www.scientificamerican.com/espanol/noticias/la-longevidad-humana-tiene-un-limite/

<sup>12</sup> En: http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> En: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\_digitales/Est/Lib0015/cap-59.htm



PERU: ESPERANZAS DE VIDA AL NACER DE AMBOS SEXOS SEGUN DEPARTAMENTOS, 1995-2015

		2000-2005		
PERU	68.3	69.8	71.2	72.5
COSTA				
Callao	78.0	78.8	79.5	79.9
Ica	73.0	74.2	75.2	76.1
La Libertad	71.7	73.0	74.1	75.2
Lambayeque	70.7	72.1	73.3	74.4
Lima	76.8	77.7	78.4	79.0
Moquegua	72.5	73.6	74.7	75.7
Piura	66.5	68.1	69.6	71.1
Tacna	72.8	74.0	75.0	75.9
Tumbes	70.0	71.4	72.7	73.9
SIERRA				
Ancash	68.6	70.1	71.5	72.8
Apurímac	61.8	63.7	65.7	67.5
Areguipa	71.9	73.1	74.3	75.3
Ayacucho	61.9	63.8	65.7	67.6
Cajamarca	67.3	68.9	70.4	71.8
Cusco	60.2	62.3	64.3	66.3
Huancavelica	56.8	59.1	61.4	63.6
Huánuco	65.1	66.9	68.5	70.1
Junín	67.2	68.7	70.2	71.7
Pasco	66.5	68.2	69.7	71.2
Puno	60.6	62.7	64.7	66.6
SELVA				
Amazonas	66.0	67.7	69.3	70.8
Loreto	64.9	66.6	68.3	69.9
Madre de Dios	67.2	68.8	70.3	71.7
San Martín	68.8	70.3	71.7	72.9
Ucayali	65.6	67.3	68.9	70.4

Fuente: INEI

El 07 de marzo último la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones, por Resolución SBS N° 886-2018, aprobó el uso obligatorio de tablas de mortalidad para el cálculo de las reservas matemáticas de las pensiones en las modalidades de renta vitalicia familiar y renta vitalicia diferida, así como de aplicación gradual y obligatoria para el cálculo anual de la modalidad de retiro programado en el SPP y otros.

Las nuevas tablas de mortalidad aplicables al Sistema Privado de Pensiones precisan que una persona sana en edad de jubilación al 2017, esto es, 65 años de edad, vivirá en promedio hasta los 87.5 años en el caso del hombre y de 90.8 años tratándose de mujer. En el caso de una persona inválida que al año 2017, tuviera 47 años de edad, que es la edad promedio de invalidez, vivirá en promedio hasta los 75.3 años en el supuesto de ser hombre y en caso de tratarse de una mujer será de 80.9 años de edad. Finalmente, en diciembre del año 2017, se publicó la Ley N° 30697, Ley que modifica el artículo 84 de la Ley 30220, Ley Universitaria, estableciendo que: "La edad máxima para el ejercicio de la docencia en la universidad pública es **setenta y cinco años**, siendo esta la edad límite para el ejercicio de cualquier cargo administrativo y/o de gobierno de la universidad. Pasada esta edad solo podrán ejercer la docencia bajo la condición de docentes extraordinarios". El ennegrillado y cursiva es nuestro.



Como vemos, en la norma que modifica la Ley Universitaria, hay un reconocimiento a la capacidad del docente universitario, más allá incluso de los setenta y cinco (75) años de edad, en tanto que señala que, si bien es la edad límite para el ejercicio de cargo administrativo o de gobierno de la universidad pasada esa edad, podrán desempeñarse como docentes extraordinarios<sup>14</sup>, se procura aquilatar su experiencia y capacidad.

# NECESIDAD DE LA MODIFICACIÓN DE LA LEY DEL TRABAJO MÉDICO

El informe Técnico N° 109-2015-SERVIR-GPGSC, se emite en virtud al pedido formulado por el Secretario General (e) de la Presidencia del Consejo de Ministros, quien traslada el documento enviado por el Colegio Médico del Perú, a través del cual solicitan se declare la jubilación automática y nulidad de resoluciones de designación a personal que cuenta con más de setenta (70) años de edad.

En los numerales 2.3 y 2.4, de Análisis, se señala:

- 2.3 Al respecto, como se ha señalado anteriormente<sup>15</sup>, el inciso a) del artículo 35° del D. Leg. Nº 276 dispone que el vínculo de un servidor o funcionario sujeto a dicho régimen, se extingue justificadamente cuando aquél cumple setenta (70) años de edad, no existiendo dentro del D. Leg. N° 276 o su Reglamento, alguna disposición que autorice a las entidades a negociar o extender el vínculo por encima del límite de edad establecido.
- 2.4 Asimismo, es preciso indicar que, para el caso de los regímenes especiales, si la norma especial no indica, como la Carrera Médica<sup>16</sup>, por ejemplo, un límite de edad para cesar al personal sujeto a dicho régimen especial, se aplicará lo dispuesto en el D. Leg. Nº 276<sup>17</sup>. El ennegrillado y cursiva es nuestro.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> El Reglamento del Docente Extraordinario Experto, aprobado por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, señala:

Artículo 9. Para ser distinguido como Docente Extraordinario Experto se requiere:

a) Haber cumplido setenta o más años de edad

b) Ser Docente Principal o Asociado

c) Poseer el grado de Doctor

d) Tener trayectoria de investigación, según tabla (anexo 1)

e) Tener publicaciones debidamente acreditadas según tabla (anexo 1)

<sup>15</sup> Informe Legal Nº 177-2010-SERVIR/GG-OAJ

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Regulada por e! D. Leg. Nº 559

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> D. Leg. Nº 276

<sup>&</sup>quot;DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS, TRANSITORIAS Y FINALES

Primera.~ Los funcionarios y servidores públicos comprendidos en regímenes propios de Carrera, regulados por Leyes específicas, continuarán sujetos o su régimen privativo, no obstante lo cual deben aplicárseles las normas de la presente Ley en lo que no se opongan o tal régimen.

(...)"



Mientras que en el numeral 3.1. de conclusiones, se señala:

- III. Conclusiones
- 3.1 La causal de cese obligatorio por límite de edad regulada en el régimen del D. Leg. Nº 276, es aplicable al personal (servidores y funcionarios) sujeto a carreras especiales cuyo marco normativo particular no haya regulado el cese por límite de edad.

De suerte que, la norma a modificar es el Decreto Legislativo N° 559, Ley del Trabajo Médico, tal como se propone.

# II. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACION NACIONAL

La propuesta legislativa tiene por objeto establecer la edad de cese laboral del profesional médico.

Se propone modificar el artículo 15 Decreto Legislativo N° 559, Ley de Trabajo Médico, por ser la norma especial que regula su actividad laboral, estableciendo que la edad máxima para el cese del profesional médico es de setenta y cinco (75) años.

La ley propuesta de aprobarse se incorporará al espectro normativo, modificando la Ley del Trabajo Médico, evitando así la dispersión de normas y manteniendo la regulación en un cuerpo unitario.

#### III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

Contribuye al cierre de brechas de profesionales médicos especialistas que viene afectando al país y en particular a las regiones del interior de la nación.

Permitirá contar con profesionales altamente capacitados y con larga experiencia en el ejercicio profesional, como también la docencia e investigación.

El paciente, se beneficia con el seguimiento de su tratamiento con el mismo profesional médico, con años de experiencia, inspirando confianza y seguridad.

No importa costo adicional alguno al Tesoro Público, se mantiene la plana laboral.

Se evita por el plazo de ampliación de la edad de cese, el costo de la liquidación del profesional médico que se jubila, la pensión que le corresponde, como, también la contratación de un nuevo profesional, que cubras la plaza laboral vacante.



## IV. VINCULACION CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se encuentra enmarcada en las políticas de Estado contenidas en el Acuerdo Nacional.

### DEMOCRACIA Y ESTADO DE DERECHO

 5. Gobierno en función de objetivos con planeamiento estratégico, prospectiva nacional y procedimientos transparentes.

## EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.

## V. AGENDA LEGISLATIVA PARA EL PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2017-2018

## EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

- o 13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
  - 9. Leyes que promuevan el acceso a la salud (fortalecimiento del sector salud; salud mental; regular el acceso seguro al cannabis para uso medicinal) y a la seguridad social.