



PROYECTO DE LEY N° _____



PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD, BAJO LA MODALIDAD DEUDA POR INFRAESTRUCTURA DE SALUD.

Los Congresistas de la República que suscriben, a iniciativa de la congresista de la República **NELCY LIDIA HEIDINGER BALLESTEROS**, del **Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso**, en ejercicio del derecho a iniciativa legislativa previsto en el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y en el literal c) del artículo 22 y los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE ESTABLECE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD, BAJO LA MODALIDAD DEUDA POR INFRAESTRUCTURA DE SALUD

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto establecer medidas extraordinarias para el fortalecimiento y modernización del Seguro Social de Salud – ESSALUD, autoriza la transferencia de los saldos de las transferencias no ejecutadas del Fondo de Compensación Regional (FONCOR) y del Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN), hasta por el total de deuda tributaria y no tributaria de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales a ESSALUD. Asimismo, garantizar las contribuciones oportunas a ESSALUD por parte de las entidades públicas.

Artículo 2.- Finalidad

Es finalidad de la Ley garantizar la mejora de los servicios brindados por ESSALUD, así como, ampliar su cobertura a nivel nacional con nueva infraestructura hospitalaria y equipamiento en salud, a través del recupero oportuno de aportaciones adeudadas por entidades pública.



CAPÍTULO II

RECUPERO DE DEUDA ACUMULADA PARA NUEVOS HOSPITALES

Artículo 3.- Transferencia de recursos del FONCOR y FONCOMUN para inversiones en ESSALUD

Autorízase de manera excepcional a los Gobiernos Regionales y Gobiernos Regionales a efectuar transferencias financieras con cargo a los recursos de su presupuesto institucional no ejecutados provenientes del Fondo de Compensación Regional (FONCOR) y Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN), respectivamente, a favor del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para ser transferido al Seguro Social de Salud – ESSALUD.

La transferencia de los Gobiernos Subnacionales al Seguro Social de Salud -ESSALUD, se realiza hasta por el monto máximo de deuda tributaria y no tributaria exigible que mantengan al 31 de diciembre de 2024. Las transferencias se realizan en los años fiscales 2024 y 2025.

Los fondos transferidos servirán únicamente para financiar proyectos de inversión de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención de salud, y hospitales de nivel II y III; así como en el equipamiento asistencial en salud que potencie su optimización y ampliación de cobertura marginal.

Artículo 4.- Intangibilidad de los recursos transferidos

Declárese la intangibilidad de los recursos transferidos que se indica en el artículo 3, destinándose no menos del setenta por ciento (70%) de los recursos transferidos para el financiamiento de nueva infraestructura del nivel I de atención de salud; y hospitalaria del nivel II y III; y no más de treinta por ciento (30%) para el equipamiento en salud.

CAPÍTULO III

COBRO OPORTUNO DE DEUDA A ENTIDADES PUBLICAS QUE PERCIBEN RECURSOS DEL TESORO PÚBLICO

Artículo 5.- Retención y pago directo de deudas a favor de ESSALUD

5.1 Autorízase, al Seguro Social de Salud – ESSALUD a solicitar, a través del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, la retención y transferencia de los recursos asignados a los organismos y entidades del Sector Público, que cuenten con deuda exigible pendiente tributaria – aportaciones, y no tributaria – reembolsos a favor de ESSALUD, que tenga una antigüedad de noventa (90) días naturales.

5.2 Autorízase, al Ministerio de Economía y Finanzas a retener de los recursos asignados a los organismos y entidades del Sector Público que reciben financiamiento directo del Tesoro Público, conforme a lo solicitado por ESSALUD, a través del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.



5.3 Autorízase, a la Dirección General del Tesoro Público del Ministerio de Economía y Finanzas a transferir a favor del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para ser transferido al Seguro Social de Salud – ESSALUD, por cuenta de los organismos y entidades del Sector Público, los montos retenidos de conformidad a la autorización efectuada en los numerales 5.1 y 5.2.

DISPOSICION COMPLEMENTARIA MODIFICATORIA

ÚNICA. – Modificación del numeral 6.1 del artículo 6 de la Ley N° 31069

Modifíquese el artículo 6 de la Ley N° 31069, Ley que fortalece los ingresos y las inversiones de los Gobiernos Regionales a través del Fondo de Compensación Regional (FONCOR), en los términos siguientes:

"Artículo 6.- Uso de los recursos del Fondo de Compensación Regional (FONCOR).

6.1 Los recursos del Fondo de Compensación Regional (FONCOR) se destinan a financiar o cofinanciar inversiones de impacto regional que contribuyan al cierre de brechas de infraestructura o de acceso a servicios públicos, proyectos productivos y de investigación para la innovación tecnológica y competitividad, alineados con los planes de desarrollo concertado en el marco de la normativa del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones; así como para el pago del servicio de la deuda correspondiente a las operaciones de endeudamiento que los Gobiernos Regionales, con o sin garantía del Gobierno Nacional, o que este último haya acordado y trasladado mediante convenio de traspaso de recursos, para estos fines. **Asimismo, los recursos provenientes del FONCOR se destinan para el pago de deudas tributarias y no tributarias a favor del Seguro Social de Salud – ESSALUD.**

6.2 (...)

6.3 Para el caso del Seguro Social de Salud – ESSALUD, los fondos transferidos se utilizan en el financiamiento de proyectos de inversión en infraestructura nueva del primer nivel de atención y hospitalaria de nivel II y III; y en el equipamiento asistencial en salud para su optimización y ampliación del rendimiento marginal. Las transferencias se realizan a favor del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para ser transferido a su vez a ESSALUD."



HEIDINGER BALLESTEROS NELCY LIDIA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. – Relación de hospitales a construir

Encárguese al Seguro Social de Salud para que en un plazo no mayor a 30 días remita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo relación priorizada de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención, y hospitales de nivel II y III a construir, considerando espacios territoriales donde no existe infraestructura de salud de ESSALUD, la alta demanda y complejidad de enfermedades recurrentes; así como, el Programa Multianual de Inversiones (PMI) de ESSALUD 2025 – 2027, aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 238-PE-ESSALUD-2024.

SEGUNDA. - Vigencia de la Ley

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

TERCERA. – Reglamento

Encárguese al Poder Ejecutivo para que en un plazo no mayor a noventa (90) días naturales, a partir de la publicación de la Ley, disponga la publicación del reglamento de la presente Ley.



Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/11/2024 11:00:00



Firmado digitalmente por:
JULON IRIGOIN Elva Edhit
FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/11/2024 14:29:33-0500

Deróguese o modifíquese toda norma que se oponga a la presente Ley.

Lima noviembre de 2024



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/11/2024 15:15:08-0500



Firmado digitalmente por:
HEIDINGER BALLESTEROS
Nelcy Lidia FAU 20181749128
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/11/2024 16:30:10-0500



Firmado digitalmente por:
ACUÑA PERALTA Maria
Grimaneza FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/11/2024 10:25:41-0500



Firmado digitalmente por:
CAMONES SORIANO Lady
Mercedes FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/11/2024 11:59:49-0500



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/11/2024 15:14:55-0500



Firmado digitalmente por:
GARCIA CORREA Idelso
Manuel FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/11/2024 16:46:17-0500

Plaza Bolívar, Av. Abancay s/n – Lima, Perú
Central Telefónica: 311-7777



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **08** de **noviembre** de **2024**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° **9436/2024-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

- 1. ECONOMÍA, BANCA, FINANZAS E INTELIGENCIA FINANCIERA; Y**
- 2. TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.**



GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. ANTECEDENTES

Siendo la salud un derecho fundamental, reconocida por la Constitución Política del Perú de 1993; expresado en las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional; y consagrada en diversas Resoluciones del Tribunal Constitucional, referido a la materia. Además, considerando que la salud es el pilar fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas, por ser gatillador del incremento de la producción y la productividad, es necesario favorecer su fortalecimiento y promover su acceso.

Al respecto, según la Organización Mundial de la Salud, ***"se considera a la salud como un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, donde el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente, y ello es una condición y un recurso esencial del desarrollo humano; un aspecto consustancial a la condición humana a partir del inicio mismo de la vida en la concepción"***¹.

En ese sentido, también se debe destacar como un elemento clave lo señalado por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en su artículo 25, refiere a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. Al respecto, la OMS en su constitución de 1946 señala, ***"El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"***².

En esa línea de ideas, en 1966 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce la salud como un derecho humano. En este mismo sentido, la Constitución Política del Perú de 1993, en sus artículos 7 y 9 establece que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y hasta la comunidad; por tanto, existe el deber de contribuir con su promoción y defensa; siendo responsabilidad del Estado determinar la política nacional en materia de salud.

Al respecto, mediante la Resolución recaída en el expediente N° 04007-2015-PHC/TC, el Tribunal Constitucional, en aplicación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), establece que el derecho a la salud abarca elementos fundamentales como: i) disponibilidad; ii) accesibilidad; iii) aceptabilidad; y iv) calidad.

En ese propósito, en agosto de 2020 se publica el Decreto Supremo N° 026-2020-SA, con el que se aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, denominado "Perú, país saludable". El documento enuncia como problema público los "Años de vida saludables perdidos en la población por causas evitables". Asimismo, identifica como una de sus causas directas la limitada cobertura y acceso de la población a servicios

¹ OMS, definición de salud. <https://www.who.int>

² OMS, <https://www.who.int/es/home>



integrales de salud; y dentro de ella causas indirectas como: i) Limitado acceso a una capacidad resolutoria suficiente, integral y de calidad de los servicios de salud en base a las necesidades diferenciadas de las personas; ii) Limitada posibilidad del uso a los bienes y servicios de salud integrales debido a barreras (geográficas, culturales, económicas y brechas de género), entre otros; cuyos principales efectos son: i) Mayor gasto en salud; mayor gasto público y mayor gasto de bolsillo; ii) Insatisfacción de la población por desborde de la capacidad del sistema de salud y mayor demanda social; y iii) Menor aprovechamiento escolar, productividad laboral y crecimiento económico.

Además, el 2 de agosto de 2023 se publicó la Resolución Ministerial N° 739-2023-MINSA, aprobándose los indicadores de brechas de infraestructura o de acceso a servicios del Sector Salud; esto en el marco del Decreto Legislativo N° 1252, que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, y su modificatoria mediante el Decreto Legislativo N° 1432; del Decreto Supremo N° 284-2018-EF, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1252, modificado por el Decreto Supremo N° 179-2020-EF; y la Directiva N° 001-2019-EF/63.01 "Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones", aprobado con la Resolución Directoral N° 001-2019-EF/63.01, modificada por la Resolución Directoral N° 006-2020-EF/63.01 y N° 008-2020-EF/63.01.

En esa misma línea, el Plan Nacional de Infraestructura Sostenible para la Competitividad 2022 – 2025³, aprobada mediante el Decreto Supremo N° 242-2022-EF, y publicada en el diario oficial El Peruano el 24 de octubre de 2022, identifica como problema público del sector salud lo siguiente:

- 1) Existencia de un sistema de salud segmentado y fragmentado. Conformado por el sector público, el sector de la seguridad social en salud, y el sector privado. Siendo que el Seguro Social de Salud – ESSALUD, está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, siendo el organismo público descentralizado encargado de dar cobertura a los asegurados a través de prestaciones de salud. La fragmentación se refleja en la desarticulación en la provisión de servicios de salud entre subsistemas.
- 2) Mayor demanda por atención está frenada por problemas en la capacidad de la oferta de servicios. El aseguramiento universal a desencadenado en mayor demanda de la población por servicios de salud; sin embargo, en el sector público esta mayor demanda se frenó por falta de respuesta de la oferta de servicios.
- 3) Aumento de enfermedades crónico no transmisibles
- 4) Aún falta mejorar la descentralización de la provisión de servicios de salud.
- 5) Deficiente estado situacional de la infraestructura sanitaria en el país.

Asimismo, como alternativa de solución a la problemática pública identificada, se plantea lo siguiente:

³ DS N° 242-2022-EDF, Plan Nacional de Infraestructura Sostenible para la Competitividad 2022 – 2025.
Ver link: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/planes/PNISC_2022_2025_V2.pdf



- 1) Establecer criterios de priorización de proyectos e indicadores de seguimiento.
- 2) Implementar medidas para reducir la vulnerabilidad de la infraestructura ante efectos del cambio climático y desastres naturales.
- 3) Avanzar en el nuevo diseño de redes integradas de salud (RIS) y la complementariedad de servicios.
- 4) Mejorar y acelerar procesos de ejecución de inversión pública.

Por otro lado, el presente Proyecto de Ley propone regular el fortalecimiento y la modernización del Seguro Social de Salud – ESSALUD, a través de la inversión en infraestructura y recupero oportuno de deudas. Al respecto, Videnza Consultores en su informe **"Situación actual del Sistema de Salud Peruano"**, con fecha agosto de 2024, se tiene que a diciembre de 2023 el 98% de la población peruana cuenta con un seguro público o privado; y sólo un 2% no cuenta con seguro alguno. Además, COMEXPERU en su reporte **"Salud en el Perú, Análisis de los desafíos y oportunidades del Sistema Público de Salud"**, se destaca la distribución de asegurados:

- SIS 73.1%
- ESSALUD 28%
- Otros Seguros 8.3%
- EPS 2.9%
- FFAA PNP 1.9%

Por distribución de camas hospitalarias para el año 2024, según SuSalud, se tiene:

- GORE 39%
- ESSALUD 25%
- MINSA 22%
- Privado 11%
- FFAA PNP 3%

En ese sentido se destaca la importancia del Seguro Social de Salud, dentro del Sistema de Salud, lo que se refrenda en el artículo 11 de la Constitución Política del Perú que establece el derecho universal y progresivo a la seguridad social. Asimismo, en el artículo 12 de la referida Constitución se señala que "sus fondos y reservas son de naturaleza intangible, debiéndose aplicar los recursos en la forma y bajo la responsabilidad que señala la Ley.

Al respecto, el Seguro Social de Salud – ESSALUD, de conformidad a la Ley N° 27056, modificado por la Ley N° 29158, es una entidad Administradora de Fondos Intangibles de la Seguridad Social, con personería jurídica de derecho público; el mismo que está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo – MTPE; y tiene como finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponde al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgo humanos.



De conformidad a lo manifestado, la contribución del Seguro Social de Salud – ESSALUD es sumamente importante si consideramos que no demanda presupuesto público para su funcionamiento, siendo una institución autosostenible que atiende al 28% de asegurados, y posee el 25% de camas hospitalarias con fines de atención de la salud. En ese sentido, su fortalecimiento es una acción impostergable para garantizar un servicio de calidad en beneficio de sus asegurados, y sus derechohabientes.

1.1 Identificación del problema público

A la fecha ***el Seguro Social de Salud – ESSALUD presenta afectaciones en el funcionamiento del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud por el incumplimiento de pago de los empleadores, especialmente de entidades públicas como los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales***, generando un descalce financiero que pone en riesgo el cumplimiento con la cadena de pagos. La afectación financiera no le permite atender la demanda de infraestructura a nivel nacional, lo que redunda en grave afectación a los asegurados que viven en localidades donde ESSALUD no cuenta con infraestructura hospitalaria.

Según la encuesta realizada por SUSALUD en el año 2016, el 73.9% de los usuarios se encuentran satisfechos con las consultas externas de las IPRESS, es decir existe un 26.1% que no se encuentra satisfecho con el servicio que se le brinda⁴. En el siguiente cuadro se detalla el grado de satisfacción e insatisfacción por IPRESS, donde la calificación más baja la tienen los establecimientos de salud del MINSA, seguido por los establecimientos de ESSALUD, y el máximo puntaje lo tienen los establecimientos privados.

Cuadro N° 1 IPRESS: Grado de satisfacción de consultas externas

IPRESS	2014	2015	2016
MINSA	66.3%	72%	66.7%
ESSALUD	68.2%	64.9%	74.9%
FFAA/PNP	82.7%	90.9%	80.9%
PRIVADO	87.1%	93.2%	89.7%

Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios 2016

Una de las principales razones del alto nivel de insatisfacción responde a la inadecuada infraestructura y equipamiento en salud; al respecto, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 hace una evaluación tomando como referencia la Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención"; asimismo, la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención"; la Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención". En cuanto a la infraestructura de los

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016.



establecimientos de salud del primer nivel de atención, se tiene que a nivel nacional se cuenta con 8,723 instalaciones, de los cuales el 78% presenta capacidad instalada inadecuada, sea por la precariedad de su infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativa o insuficiente⁵.

Del total nacional de establecimientos de salud del primer nivel con capacidad instalada inadecuada, 6,785 (78%), 242 establecimientos corresponden a ESSALUD, representando un 84% del total de sus establecimientos de primer nivel – ESSALUD. El detalle en el siguiente cuadro:

Cuadro N°2 ESSALUD: Establecimiento nivel I con instalaciones inadecuadas

RED ASISTENCIAL	EE.SS. DE NIVEL I INADECUADOS
Almenara	11
Amazonas	05
Ancash	11
Apurímac	06
Arequipa	12
Ayacucho	08
Cajamarca	11
Cusco	11
Huancavelica	05
Huánuco	10
Huaraz	05
Ica	11
Juliaca	11
Junín	18
La Libertad	15
Lambayeque	11
Loreto	04
Madre de Dios	02
Moquegua	01
Moyobamba	02
Pasco	09
Piura	13
Puno	07
Rebagliati	12
Sabogal	12
Tarapoto	03
Tacna	07
Tumbes	03
Ucayali	06
TOTAL	242

Fuente: ESSALUD, Plan Director de Inversiones 2016 – 2025 de las Redes Asistenciales.

Asimismo, siendo los hospitales responsables de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones dentro de su ámbito de jurisdicción, mediante una atención integral

⁵ Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, página 61.



ambulatoria y hospitalaria con servicios especializados, y con capacidad para recibir referencias de los establecimientos de salud del primer nivel de atención; la misma Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, refiere que existen 243 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, distribuidos de la siguiente manera: 137 categoría II-1; 49 categoría II-2; 20 de categoría II-E; 31 categoría III-1; y 5 categoría III-E.

Siendo que, de los 243 hospitales existentes a nivel nacional, en sus diversas categorías, 124 presentan capacidad instalada inadecuada⁶, correspondiéndole a ESSALUD 73, lo que se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3 ESSALUD: Establecimientos

⁶ OPMI MINSA, RENIPRESS, enero 2020.

**Inadecuado de categoría II y III**

ESSALUD: Establecimientos inadecuados de categoría II y III		
REDES ASISTENCIALES	EE.SS. INADECUADOS	
	II NIVEL	III NIVEL
Almenara	5	1
Amazonas	2	
Ancash	1	
Apurímac	1	
Arequipa	4	1
Ayacucho	1	
Cajamarca	1	
Cusco	4	1
Huancavelica	1	
Huánuco	2	
Huaraz	1	
Ica	4	
Juliaca	1	
Junín	3	1
La Libertad	7	1
Lambayeque	4	1
Loreto	1	
Madre de Dios	1	
Moquegua	1	
Moyobamba	1	
Pasco	1	
Piura	5	
Puno	2	
Rebagliati	4	1
Sabogal	3	1
Tarapoto	1	
Tacna	1	
Tumbes	1	
Ucayali	1	
TOTAL	65	8

Fuente: ESSALUD, Plan Director de Inversiones 2016 – 2025 de las Redes Asistenciales

1.2 Brecha de establecimientos de salud del primer nivel y hospitalario

Tomando como fuente la Política Nacional Multisectorial en Salud al 2030, se tiene que, existe la urgente necesidad de contar con 281 establecimientos de salud del primer nivel de atención para cerrar la brecha de atención a nivel nacional; de los cuales, le



corresponde 52 establecimientos al MINSA, y restándole 229 a ESSALUD. Asimismo, existe la necesidad de 66 nuevos hospitales gestionados por el MINSA⁷.

Asimismo, considerando el Programa Multianual de Inversiones (PMI) de ESSALUD 2025 – 2027, aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 238-PE-ESSALUD-2024, de las 30 Redes Asistenciales de ESSALUD, el déficit de cobertura en el primer nivel de atención a nivel nacional es de 225 establecimientos de salud, lo que representa un 48% de la cantidad optima de establecimientos del primer nivel que se requiere en ESSALUD, esto se ve en el cuadro adjunto:

Cuadro N° 4 ESSALUD: Brecha de establecimientos del primer nivel de atención

ESSALUD: Brecha de establecimientos del primer nivel de atención		
Cantidad Optima	En Funcionamiento (PDI)	Brecha
470	245	225

Fuente: Plan Director de Inversiones 2016 – 2025, ESSALUD.

Igualmente, el documento de la referencia establece la necesidad de implementar 225 Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, según la siguiente distribución:

Cuadro N° 5 ESSALUD: Establecimientos del Primer Nivel Requeridos por Red Asistencial

Red Asistencial	Cantidad de EE. SS Requeridos en el Primer Nivel de Atención
Sabogal	34
Almenara	20
Arequipa	16
Cusco	12
Rebagliati	11
Huancavelica	10
Huaraz	10
Ica	10
Junín	9
Lambayeque	9
Huánuco	8
Piura	8
Ayacucho	7
La Libertad	7
Loreto	7
Apurímac	6
Amazonas	5
Tarapoto	5
Ancash	4

⁷ Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, página 64.



Cajamarca	4
Moquegua	4
Moyobamba	3
Pasco	3
Tacna	3
Ucayali	3
Juliaca	2
Puno	2
Tumbes	2
Madre de Dios	1
Jaén	0
TOTAL	225

Fuente: Informe N° 23-SGPI-GPEI-GCPP-ESSALUD-2023 (GPEI – SGPI, agosto 2023).

Por otro lado, en relación a la cantidad de hospitales requeridos para cerrar la brecha de la demanda insatisfecha o mejorar la cobertura de atención a nivel nacional, el Programa Multianual de Inversiones de ESSALUD 2025 – 2027 señala que son 33 Establecimientos de Salud requeridos, lo que representa el 31% de la cantidad optima de establecimientos del segundo y tercer nivel.

**Cuadro N° 6 ESSALUD: del segundo y tercer nivel
adicionales requerido**

ESSALUD: EE.SS. Del Segundo y Tercer Nivel Adicionales Requerido		
Cantidad Optima (PDI)	En Funcionamiento (PDI)	Brecha
106	73	33

Fuente: Plan Director de Inversiones 2016 – 2025, ESSALUD.

En ese sentido, se considera la siguiente distribución a ser considerado como un factor de priorización de las Inversiones a nivel institucional.

**Cuadro N° 7 ESSALUD: Establecimientos Hospitalarios Adicionales
Requeridos por Red Asistencial**

Red Asistencial	EE.SS. Hospitalarios Requeridos
Sabogal	6
Almenara	5
Rebagliati	4
Cusco	3
La Libertad	3
Lambayeque	3
Arequipa	2
Ancash	1
Huancavelica	1
Ica	1
Junín	1



Loreto	
Moquegua	1
Piura	1
Amazonas	0
Apurímac	0
Ayacucho	0
Cajamarca	0
Huánuco	0
Huaraz	0
Juliaca	0
Madre de Dios	0
Moyobamba	0
Pasco	0
Puno	0
Tarapoto	0
Tacna	0
Tumbes	0
Ucayali	0
TOTAL	33

Fuente: Informe N° 23-SGPI-GPEI-GCPP-ESSALUD-2023 (GPEI – SGPI, agosto 2023)

En resumen, se tiene que ESSALUD cuenta con brechas de cobertura y de calidad⁸, los mismos que fueron cuantificados, determinándose que al 2023 se tiene una brecha por cubrir de S/ 32,025,630,210 miles de millones de soles; de los cuales S/ 16,793,954,400 millones de soles, está destinado al cierre de brecha de cobertura, con nueva infraestructura de salud a nivel nacional. Por otro lado, ESSALUD requiere de un presupuesto de S/ 15,231,675,210 millones de soles para cerrar la brecha de calidad.

Cuadro N° 8 ESSALUD: Cuantificación de la Brecha de Cobertura y Calidad*

Tipo de Brecha	Monto Referencial
Brecha de Cobertura	16,793,954,400
Brecha de Calidad	15,231,675,810
TOTAL	32,025,630,210

*Montos referenciales sujetos a actualización

Fuente: Informe N° 23-SGPI-GPEI-GCPP-ESSALUD-2023 (GPEI – SGPI, agosto 2023)

1.3 ESSALUD Fuentes de financiamiento y deuda de Gobiernos Regionales y Locales

La Constitución Política del Perú en su artículo 10, reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, como protección a cualquier contingencia que se podría presentar en el futuro, y para garantizar una efectiva y plena calidad de vida. Asimismo, el artículo 12 garantizan la intangibilidad de los fondos y las reservas de la seguridad social, recursos que sólo pueden estar destinados a las acciones de la seguridad social, y se constituyen por:

⁸ Programa Multianual de Inversiones ESSALUD 2025 – 2027. Página 24. Ver link:
<file:///C:/Users/tdaza/Downloads/5438518-resolucion-y-pmi-2025-2027-essalud-1.pdf>



- Los aportes o contribuciones de los afiliados a ESSALUD, incluyendo los intereses y multas provenientes de su recaudación.
- Sus reservas y el rendimiento de sus inversiones financieras.
- Los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos.
- Los ingresos por los seguros de riesgos humanos y las prestaciones de salud a no asegurados.
- Los demás que adquiera con arreglo a Ley.

Tal como se aprecia, ESSALUD no recibe recursos del Tesoro Público, financiando sus operaciones con las aportaciones de sus asegurados, y otros arriba mencionados, bajo un esquema de deuda tributaria y no tributaria.

En este orden de ideas, los literales a) y b) del artículo 6 de la Ley N° 26790 se establece:

- a) **"Afiliados regulares en actividad:** El aporte de los trabajadores en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso. La base imponible mínima mensual no podrá ser inferior a la Remuneración Mínima Vital vigente. Es de cargo de la entidad empleadora que debe declararlos y pagarlos a ESSALUD, al mes siguiente, dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente, a aquel en que se devengaron las remuneraciones afectas..."
- b) **"Afiliados regulares pensionistas:** El aporte de los pensionistas es de 4% de la pensión. Es de cargo del pensionista, siendo responsabilidad de la entidad empleadora la retención, declaración y pago a ESSALUD, en los plazos establecidos en la normatividad vigente"

Al respecto, el artículo 14 de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD, resalta la obligatoriedad del pago de las aportaciones por los empleadores de los afiliados regulares, declarando que su incumplimiento da lugar a la aplicación de intereses moratorios y sanciones a que hubiese lugar. Asimismo, el artículo 1 de la Ley N° 26790, Ley de modernización de la Seguridad Social en Salud, indica que **"La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrollan en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud"**. Por tanto, la Seguridad Social en Salud, se fundamenta en la solidaridad y equidad, garantizando asegurados y sus empleadores aporten de manera igualitaria y obligatoria, en ese sentido, la morosidad u omisión de pago de las aportaciones, afecta los referidos principios. Su incumplimiento genera morosidad, restringiendo su financiamiento sólo a aquellos asegurados que se encuentran al día con sus pagos, limitando los recursos necesarios para alcanzar una correcta atención y de calidad, lo que se traduce en la falta de medicamentos, insumos médicos, entre otros.



Por otro lado, existe una deuda impaga por parte de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales a favor de ESSALUD, por las retenciones efectuadas a sus trabajadores, y aportes propios de los empleadores, en materia de prestaciones de seguridad social en salud. Al respecto se tiene el siguiente cuadro:

Cuadro N° 9 ESSALUD: Deuda tributaria y no tributaria de Gobiernos Regionales y Locales, y otras entidades públicas al 31 de marzo de 2024

ESSALUD: Deuda Tributaria y no Tributaria de Gobiernos Regionales y Locales, y Otras Entidades Públicas al 31 Marzo 2024								
Nivel de Gobierno	Deuda Tributaria			Deuda No Tributaria			Total	Porcentaje %
	Saldo	Interes	Total	Saldo	Interes	Total		
Gobiernos Regionales	21,195,427	33,453,304	54,648,732	770,727,218	407,948,290	1,178,675,508	1,233,324,239	58.00%
Gobiernos Locales	90,312,216	182,745,941	273,058,156	138,827,208	42,802,545	181,629,753	454,687,909	21.40%
Otras Entidades Públicas	10,595,692	26,614,376	37,210,068	213,083,309	187,347,237	400,430,546	437,640,614	20.60%
Deuda Pública	122,103,335	242,813,621	364,916,957	1,122,637,735	638,098,071	1,760,735,806	2,125,652,763	100.00%

Fuente: Plan Director de Inversiones 2016 – 2025, ESSALUD

El cuadro evidencia una deuda de los Gobiernos Regionales por S/ 1,233,324,239 millones de soles, lo que representa un 58% de la deuda que tienen los Gobiernos Subnacionales y otras entidades públicas. Asimismo, la deuda que mantienen los Gobiernos Locales a ESSALUD es de S/ 454,687,909 millones de soles, que representa un 21.4% del total.

En cuanto a la deuda exigible en cobranza coactiva de los Gobiernos Regionales es de S/ 1,088,931,782.80. Siendo las regiones de Lima (21.92), Puno (12.12%), Loreto (10.50%), e Ica (9.37%), las que registran la mayor deuda exigible.



**Cuadro N° 10 ESSALUD: Deuda tributaria y no tributaria exigible de los
Gobiernos Regionales y unidades ejecutoras al 31 de marzo de 2024 (Soles S/)**

ESSALUD: Deuda Tributaria y No Tributaria Exigible de los Gobiernos Regionales y Unidades Ejecutoras al 31 de Marzo del 2024 (Soles S/)								
Región	Deuda Tributaria			Deuda No Tributaria			Total	%
	Saldo	Interés	Total	Saldo	Interés	Total		
Lima	6,167,308.15	8,805,100.02	14,972,408.17	128,416,926.73	95,278,617.35	223,695,544.08	238,667,952.25	21.92%
Puno	1,861,479.23	6,242,344.79	8,103,824.02	74,193,788.91	49,735,101.58	123,928,890.49	132,032,714.51	12.12%
Loreto	3,448,733.11	2,760,682.45	6,209,415.56	66,267,794.53	41,828,654.50	108,096,449.03	114,305,864.59	10.50%
Ica	109,486.30	85,321.04	194,807.34	80,217,748.23	21,618,231.88	101,835,980.11	102,030,787.45	9.37%
Ancash	908,576.02	489,258.43	1,397,834.45	33,978,642.16	27,517,820.30	61,496,462.46	62,894,296.91	5.78%
Ucayali	476,386.38	201,586.40	677,972.78	20,720,889.82	26,227,817.39	46,948,707.21	47,626,679.99	4.37%
San Martín	102,119.67	67,240.91	169,360.58	25,560,161.18	17,006,777.92	42,566,939.10	42,736,299.68	3.92%
Tumbes	957,372.50	723,662.32	1,681,034.82	22,378,602.00	17,706,230.17	40,084,832.17	41,765,866.99	3.84%
Amazonas	66,158.63	26,739.72	92,898.35	24,820,095.77	10,987,303.89	35,807,399.66	35,900,298.01	3.30%
Lambayeque	53,503.43	23,498.16	77,001.59	27,036,225.00	8,349,388.78	35,385,613.78	35,462,615.37	3.26%
La Libertad	820,630.84	304,986.73	1,125,617.57	21,772,079.59	11,220,041.71	32,992,121.30	34,117,738.87	3.13%
Huánuco	413,015.85	560,220.12	973,235.97	14,665,337.98	15,813,081.32	30,478,419.30	31,451,655.27	2.89%
Cusco	84,692.42	37,403.09	122,095.51	16,544,127.23	7,447,232.38	23,991,359.61	24,113,455.12	2.21%
Ayacucho	1,275,068.00	2,967,776.94	4,242,845.33	10,312,288.71	7,323,744.04	17,636,032.75	21,878,878.08	2.01%
Piura	981,271.12	552,172.08	1,533,443.20	12,843,313.21	7,058,282.65	19,901,595.86	21,435,039.06	1.97%
Tacna	4,273.81	6,700.77	10,974.58	8,392,090.10	11,360,218.73	19,752,308.83	19,763,283.41	1.81%
Huancavelica	132,769.99	199,249.46	332,019.45	10,811,102.66	7,298,921.87	18,110,024.53	18,442,043.98	1.69%
Callao	1,202,666.04	1,256,573.90	2,459,239.94	10,068,973.22	3,566,865.08	13,635,838.30	16,095,078.24	1.48%
Arequipa	379,526.89	640,070.96	1,019,597.85	7,055,025.20	4,360,168.18	11,415,193.38	12,434,791.23	1.14%
Cajamarca	196,520.92	157,174.69	353,695.61	7,438,369.39	2,434,107.34	9,872,476.73	10,226,172.34	0.94%
Pasco	32,334.28	32,290.04	64,624.32	4,340,829.87	4,048,087.81	8,388,917.68	8,453,542.00	0.78%
Moquegua	719,892.03	6,866,150.99	7,586,043.02	351,445.87	305,016.99	656,462.86	8,242,505.88	0.76%
Junín	504,606.16	319,699.19	824,305.35	3,702,003.45	1,144,185.67	4,846,189.12	5,670,494.47	0.52%
Apurímac	51,154.32	38,872.40	90,026.72	1,878,580.71	572,841.38	2,451,422.09	2,541,448.81	0.23%
Madre de Dios	8,847.35	5,872.27	14,719.62	511,919.00	115,641.68	627,560.68	642,280.30	
TOTAL	20,958,393.83	33,370,647.87	54,329,041.70	634,278,360.52	400,324,380.58	1,034,602,741.10	1,088,931,782.80	100.00%

Fuente: Plan Director de Inversiones 2016 – 2025, ESSALUD

Por otro lado, la deuda exigible (en cobranza coactiva) de los Gobiernos Locales se registra en S/ 382,832,083.20 millones de soles. Considerando la deuda exigible de los Gobiernos Locales, agrupados por regiones, se tiene que Lima representa el 43.12% de total de la deuda exigible; seguido de Lambayeque (22.26%), Callao (6.72%), Piura (5.18%), entre otros.



**Cuadro N° 11 ESSALUD: Deuda tributaria y no tributaria exigible de los
Gobiernos Locales al 31 de marzo de 2024.**

ESSALUD: Deuda Tributaria y No Tributaria Exigible de los Gobiernos Locales al 31 de Marzo del 2024								
Región	Deuda Tributaria			Deuda No Tributaria			Total	Porcentaje %
	Saldo	Interes	Total	Saldo	Interes	Total		
Lima	39,829,094.95	116,586,157.70	156,415,252.65	6,345,858.97	2,330,835.32	8,676,694.29	165,091,946.94	43.12%
Lambayeque	17,841,761.85	24,987,083.87	42,828,845.72	29,486,630.76	12,889,001.65	42,375,632.41	85,204,478.13	22.26%
Callao	5,335,805.04	20,156,964.79	25,492,769.83	213,932.45	15,287.29	229,219.74	25,721,989.57	6.72%
Piura	11,145,800.54	4,837,561.25	15,983,361.79	2,980,003.30	854,380.16	3,834,383.46	19,817,745.25	5.18%
Ancash	6,268,445.65	4,929,986.87	11,198,432.52	3,283,297.83	1,434,853.56	4,718,151.39	15,916,583.91	4.16%
Puno	403,710.46	269,310.08	673,020.54	9,016,900.14	5,991,307.53	15,008,207.67	15,681,228.21	4.10%
Tacna	16,746.61	329.25	17,075.86	2,880,322.71	6,691,751.93	9,572,074.64	9,589,150.50	2.50%
Ica	1,649,625.88	5,146,739.17	6,796,365.05	1,619,061.62	1,024,994.84	2,644,046.46	9,440,411.51	2.47%
La Libertad	1,530,532.14	1,571,074.29	3,101,606.43	1,463,588.00	902,669.26	2,366,257.26	5,467,863.69	1.43%
Tumbes	787,859.75	196,082.29	983,942.04	2,610,727.00	935,827.95	3,546,564.96	4,630,496.99	1.18%
Loreto	480,568.20	554,171.93	1,034,740.13	2,045,869.92	817,669.47	2,863,539.39	3,898,279.52	1.02%
Arequipa	205,210.19	494,223.03	699,433.22	2,285,361.44	548,165.96	2,833,527.40	3,532,960.62	0.92%
Ayacucho	420,931.07	379,369.55	800,300.62	1,571,787.07	1,133,271.79	2,705,058.86	3,505,359.48	0.92%
Cajamarca	701,696.48	407,787.32	1,109,483.80	1,458,857.28	795,826.77	2,254,684.05	3,364,167.85	0.88%
Cusco	193,874.60	96,258.87	290,133.47	1,463,518.99	564,527.17	2,028,046.16	2,318,179.63	0.61%
Apurímac	308,470.19	146,315.17	454,785.36	1,222,780.12	225,178.14	1,447,968.26	1,902,743.62	0.50%
San Martín	333,670.97	191,331.89	525,002.86	633,405.40	263,402.71	896,808.11	1,421,810.97	0.37%
Moquegua	45,596.00	11,965.08	57,561.08	606,996.46	548,219.12	1,155,215.58	1,212,776.66	0.32%
Junín	344,615.98	193,924.06	538,540.03	449,787.91	118,012.81	567,800.72	1,106,340.75	0.29%
Huancavelica	387,287.84	359,175.23	746,463.07	256,382.00	100,874.14	357,256.14	1,103,719.21	0.29%
Pasco	61,501.66	24,597.40	86,099.06	557,664.43	314,025.63	871,680.06	957,779.12	0.25%
Huánuco	431,548.95	330,052.18	761,601.13	115,740.58	30,275.92	146,016.50	907,617.63	0.24%
Amazonas	182,220.05	98,963.37	281,183.42	248,309.00	90,574.09	338,883.09	620,066.51	0.16%
Ucayali	129,453.54	40,476.56	169,930.10	137,275.00	96,128.73	232,403.73	402,333.83	0.11%
Madre de Dios	62,002.87	28,623.89	90,626.76	19,217.00	6,209.34	25,426.34	116,053.10	0.03%
Total	89,098,031.46	182,038,525.08	271,136,556.54	72,973,255.38	38,722,271.28	111,695,526.66	382,832,083.20	100.00%

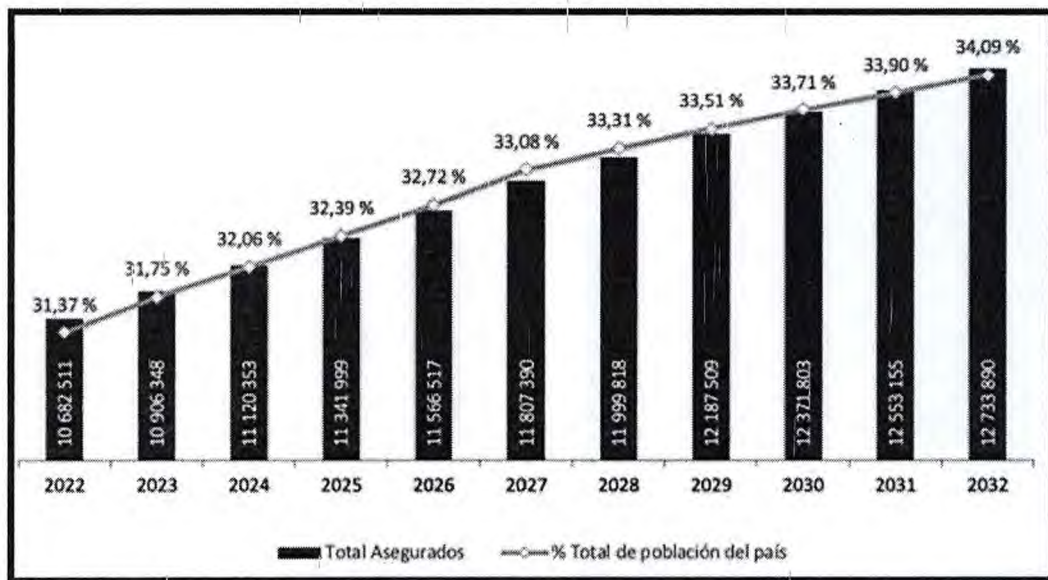
Fuente: Plan Director de Inversiones 2016 – 2025, ESSALUD

1.4 ESSALUD grave situación financiera

De conformidad a la Constitución Política del Perú de 1993, se ha establecido un marco jurídico que promueve la seguridad universal de salud, sea público o privada, mediante aportes contributivo y no contributivo. En ese objetivo, el Seguro Social de Salud – ESSALUD cumple una labor fundamental coberturando a cerca del 28% de los asegurados en el país.

Al respecto, el Estudio Financiero Actuarial 2022 de ESSALUD, presenta una proyección progresiva de asegurados y porcentaje de cobertura respecto a la población total del país. En ese sentido, para el año 2032 ESSALUD tendría al 34.09% de la población peruana como población asegurada, es decir 12 millones 733 mil 890 asegurados. Este incremento de asegurados demandará una mayor infraestructura con capacidad de cobertura y calidad.

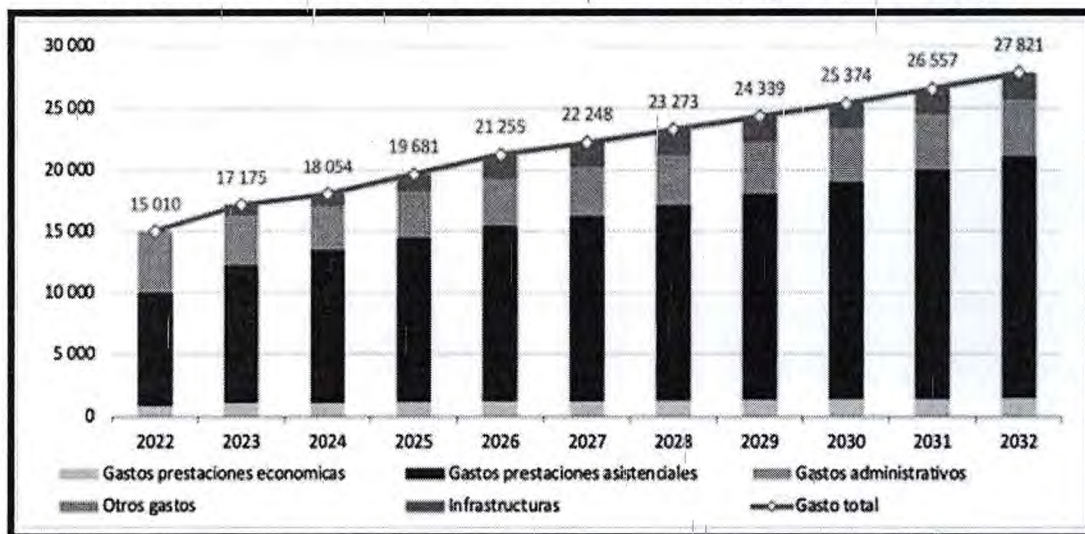
**Gráfico N° 1 ESSALUD: Total de Asegurados y Porcentaje de Cobertura
Respecto a la Población Total del País**



Fuente: ESSALUD, Estudio Financiero Actuarial 2022.

Asimismo, el estudio precitado realiza una proyección de gasto desagregado por concepto entre los años 2022 – 2032. Para el año 2032, ESSALUD espera contar con gasto presupuestal de S/ 27,821,000,000 miles de millones de soles, priorizando gastos como: i) gastos prestaciones asistenciales; ii) otros gastos; iii) infraestructuras; iv) gastos prestaciones económicas; y v) gastos administrativos.

Gráfico N° 2 ESSALUD: Proyección de Gasto Desagregada por Concepto



Fuente: ESSALUD, Estudio Financiero Actuarial 2022

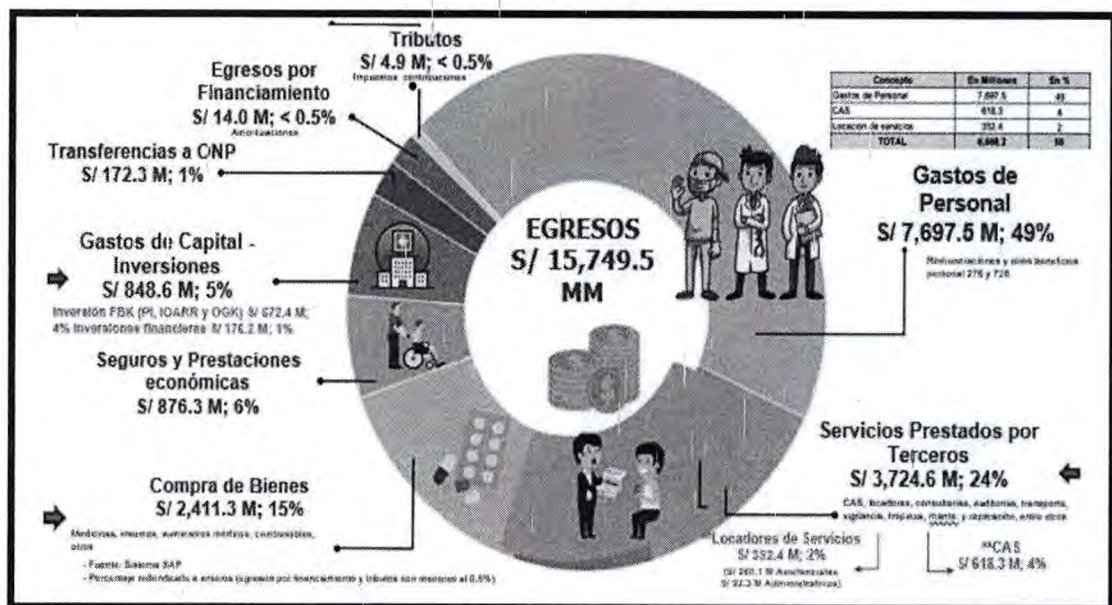


Sin embargo, la situación actual presenta limitaciones para gastos de capital – inversiones, por sobrecarga de gastos corrientes y la alta morosidad, especialmente de instituciones públicas, como los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

Para el Año Fiscal 2024, ESSALUD cuenta con un presupuesto para proyectos y actividades de S/ 15,749,500,000 miles de millones de soles. El mayor gasto se encuentra en el rubro gasto de personal (49%), sin embargo, si a ello se suma locadores de servicios (2%) y CAS (4%), este gasto se incrementa a 55%.

Asimismo, el tercer gasto en importancia es la compra de bienes con el 15%, seguido de seguros y prestaciones con 6%. Sin embargo, el quinto gasto en importancia del presupuesto de ESSALUD para el año 2024 es el de gasto de capital – inversiones con 5%, es decir S/ 848,600,000 millones de soles; un presupuesto reducido si se tiene en cuenta las brechas de cobertura y servicios que se tiene actualmente, S/ 32,025,630,210 miles de millones de soles.

Gráfico N° 3 ESSALUD: Distribución del presupuesto de egresos 2024
(millones de soles)

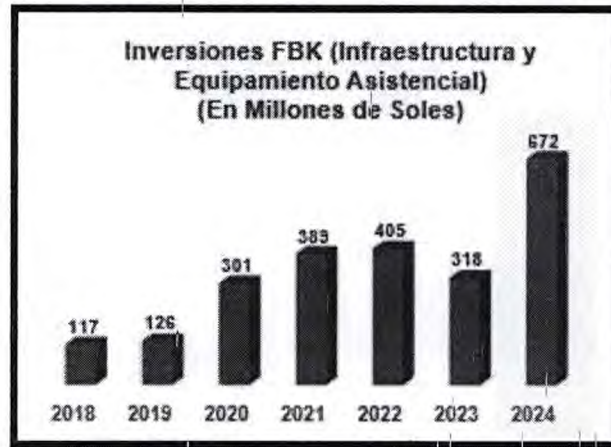


Fuente: PPT expuesta por presidente de ESSALUD en la Comisión de Salud y Población – Oct. 2024.

Históricamente ESSALUD presentó un bajo financiamiento para proyectos de inversión en infraestructura nueva o remodelación de infraestructura existente. Así se tiene que entre el 2018 al 2024, se tuvo un incremento positivo, pero no suficiente. Por ejemplo, para el Año Fiscal 2024, ESSALUD a previsto un presupuesto de S/ 672 millones de soles para inversiones en infraestructura y equipamiento asistencial; sin embargo, con ese nivel presupuestal se requerirá de 46 años para cerrar la brecha actual de cobertura y calidad, que supera los S/ 32 mil millones de soles⁹.

⁹ ESSALUD, PPT presentada por presidente de ESSALUD en la Comisión de Salud y Población – Oct. 2024

Gráfico N° 4 ESSALUD: Inversiones FBK

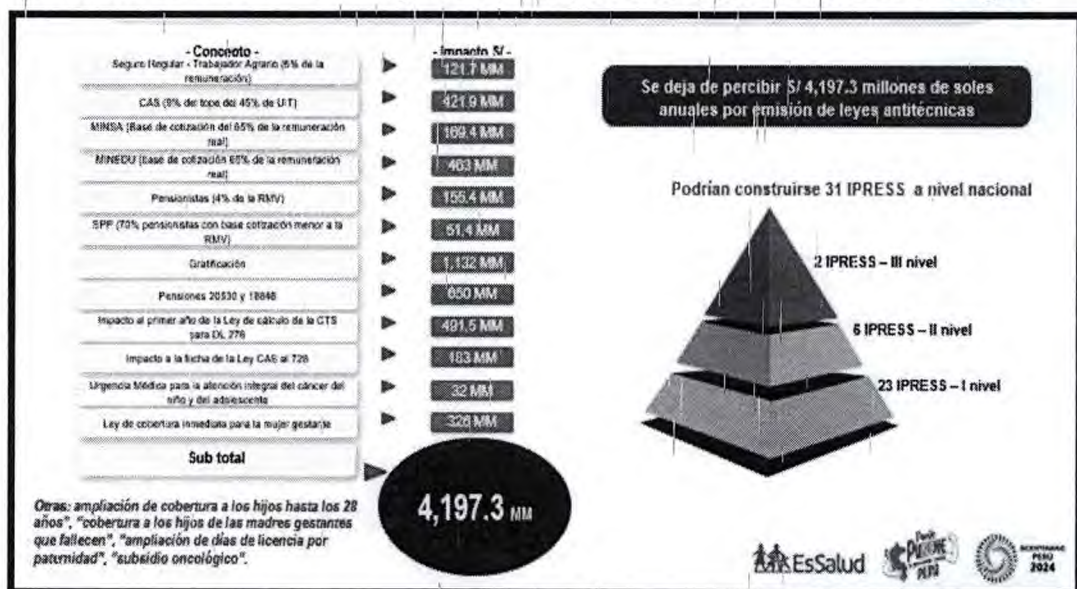


Fuente: ESSALUD, Estudio Financiero Actuarial 2022

Este reducido gasto en inversiones mostrado históricamente por ESSALUD, se ha visto afectado en los últimos años básicamente por dos razones: i) la deuda acumulada impaga por los empleadores compuesta por deuda tributaria y deuda no tributaria de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales; y ii) afectación a la sostenibilidad financiera por la dación de leyes.

Con respecto al punto ii), diversas leyes por diferentes conceptos como el seguro regular del trabajador agrario (6% de la remuneración); CAS 9% del tope de 45% de UIT; MINSA (base de cotización del 65% de la remuneración real); MINEDU (base de cotización del 65% de la remuneración real); Pensionistas (4% de la RMV); SPP (70% pensionistas con base cotización menor a la RMV); Gratificación; Pensiones 20530 y 18848; Impacto al primer año de la Ley de cálculo de la CTS para DL 278; Impacto a la ficha de la Ley CAS al 728; Urgencia Médica para la atención integral del cáncer del niño y del adolescente; Ley de cobertura inmediata para la mujer gestante.

Gráfico N° 5 ESSALUD: Impacto económico de normas con iniciativa de gasto



Fuente: PPT expuesta por presidente de ESSALUD en la Comisión de Salud y Población – Oct. 2024.



El impacto económico de S/ 4,197,300,000 se constituye en un costo, recursos con la que se pudo haber financiado 31 IPRESS a nivel nacional: 2 IPRESS de nivel III; 6 IPRESS de nivel II, y 23 IPRESS de nivel I.

1.5 FONCOR y FONCOMUN a favor de la Salud

El artículo 193 de la Constitución Política del Perú establece que son bienes y rentas de los Gobiernos Regionales, entre otros, los recursos asignados del Fondo de Compensación Regional, que tiene carácter redistributivo, conforme a Ley. En ese sentido, la Ley 31069, Ley que fortalece los ingresos y las inversiones de los Gobiernos Regionales a través del Fondo de Compensación Regional (FONCOR), se señala que estas transferencias tienen carácter redistributivo, y su finalidad es financiar o cofinanciar las inversiones a cargo de los Gobiernos Regionales que contribuyan al cierre de brechas de infraestructura o de acceso a servicios públicos, proyectos productivos y de investigación para la innovación tecnológica y competitividad. Todo esto se contempla en el Marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

Asimismo, el artículo 196 de la Constitución Política del Perú especifica los bienes y rentas de las municipalidades, entre otros, los recursos asignados del Fondo de Compensación Municipal, que tiene carácter redistributivo, conforme a Ley.

Finalmente, de acuerdo con el artículo 86 del Decreto Legislativo N° 776, Ley de tributación municipal, se señala que el FONCOMUN está constituido por los siguientes recursos: el rendimiento del impuesto de promoción municipal; el rendimiento del impuesto al rodaje; y el impuesto a las embarcaciones de recreo; siendo distribuido entre todas las municipalidades provinciales y distritales, con criterio de equidad y compensación, con la finalidad de asegurar el funcionamiento de todos los gobiernos locales. Asimismo, se establece el uso que se le puede dar al fondo, los que serán utilizados íntegramente para los fines que determinen los propios Gobiernos Locales, por acuerdo del Concejo Municipal, y de acuerdo con sus propias necesidades.

1.6 Ley precedente a la Propuesta Legislativa

El 16 de noviembre de 2021 se publicó en el diario oficial El Peruano la Ley N° 31358, Ley que establece medidas para la expansión del control concurrente; estableciendo como obligatorio el control concurrente a cargo de la Contraloría General de la República, de toda ejecución de inversiones que genere el desembolso de recursos públicos y/o garantías financieras y no financieras por parte del Estado, a cargo de los pliegos del Gobierno Nacional, Regional y Local, entre otros, cuyos montos superen los S/ 5 millones de soles¹⁰.

Asimismo, en el artículo 2 de la citada Ley se señala que para el financiamiento del control concurrente se destina hasta 0.5% del valor total del proyecto de inversión, incorporándolo dentro de su estructura de costos bajo el rubro de "control concurrente".

¹⁰ Artículo 1, Ley N° 31358, Ley que establece medidas para la expansión del control concurrente.



Igualmente, en el artículo 4 se especifica el procedimiento para la transferencia a favor de la Contraloría General de la República para la implementación del control concurrente. Finalmente, el artículo 5 establece mecanismos para su implementación:

"5.1 En la fase de formulación y evaluación, y en la fase de ejecución de aquellas inversiones públicas cuyo monto supere los diez millones de soles, la misma debe contar en su estructura de costos, una partida para el financiamiento de las acciones de control concurrente a cargo de la Contraloría General de la República, conforme a lo dispuesto en la presente Ley.

5.2 Autorízase al Ministerio de Economía y Finanzas, a cargo del Sistema de Programación Multianual y Gestión de Inversiones – Invierte.pe, a incorporar, en sus instrumentos de gestión, la implementación de la previsión de recursos financieros para el control concurrente."

En ese sentido, esa misma autorización concedida al Ministerio de Economía y Finanzas se le otorga en el presente Proyecto de Ley, a fin de garantizar la transferencia financiera a favor del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para luego ser trasladado al Seguro Social de Salud – ESSALUD, de fondos provenientes del FONCOR y FONCOMUN de los Gobiernos Regionales y Locales, y toda entidad pública que perciba presupuesto público.

1.7 MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú, artículos 1; 2, numeral 2); 7; 9; 10; 11; y 12.
- Política de Estado del Acuerdo Nacional, Política 13.
- Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD.
- Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo – LOPE.
- Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley 27972, Ley Orgánica de Municipales.
- Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización; artículo 37, Fondo de Compensación Regional – FONCOR.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 238-PE-ESSALUD-2024, Aprueba el Programa Multianual de Inversiones del Seguro Social de Salud – ESSALUD para el periodo 2025 – 2027.
- Decreto Legislativo 1252, crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.
- Decreto Supremo 242-2018-EF, crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones como Sistemas Administrativo del Estado.
- Decreto Legislativo 1252, dispone que las empresas del Estado bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado – FONAFE incluido ESSALUD elaboran y aprueban el Programa Multianual de Inversiones.



1.8 PROPUESTA LEGISLATIVA

La propuesta legislativa, **"LEY QUE ESTABLECE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD, BAJO LA MODALIDAD DEUDA POR INFRAESTRUCTURA DE SALUD"**, consta de Tres Capítulos; Cinco Artículos; una Única Disposición Complementaria Modificatoria; y Cuatro Disposiciones Complementarias Finales.

El Proyecto de Ley responde a la urgente necesidad de dar respuesta al problema público identificado, ***"el Seguro Social de Salud – ESSALUD presenta afectaciones en el funcionamiento del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud por el incumplimiento de pago de los empleadores, especialmente de entidades públicas como los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales"***, por ser de alta necesidad e interés público a fin de fortalecer la capacidad resolutoria del Seguro Social de Salud – ESSALUD, mediante el cierre de brechas de cobertura y calidad a nivel nacional de los establecimientos del primer nivel de salud, y infraestructura hospitalaria de nivel II y III, en el marco del Programa Multianual de Inversiones del Seguro Social de Salud – ESSALUD para el periodo 2025 – 2027.

En esa línea de ideas, el artículo 1 señala como objeto de la Ley el establecer medidas extraordinarias para el fortalecimiento y modernización del Seguro Social de Salud – ESSALUD, mediante la autorización de transferencia de los saldos no ejecutados del Fondo de Compensación Regional – FONCOR, y del Fondo de Compensación Municipal – FONCOMUN, hasta por el total de la deuda tributaria y no tributaria que mantienen los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales a ESSALUD. Peor, al mismo tiempo, se busca garantizar el pago oportuno de las contribuciones con un atraso de 90 días que mantienen las entidades públicas a ESSALUD, de esa manera se evita el desfinanciamiento de ESSALUD, o su descalce que ponga en riesgo la cadena de pagos que afecte la calidad del servicio de prestaciones de salud.

Mientras tanto, en el artículo 2 se establece la finalidad de la Ley, que no es otra que garantizar la mejora de los servicios brindados, así como ampliar la cobertura de atención a nivel nacional, a través del recupero oportuno de las aportaciones retenidas por las entidades públicas.

El artículo 3 del Proyecto de Ley autoriza a los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales a disponer de sus recursos provenientes del FONCOR y FONCOMUN, respectivamente, a favor de ESSALUD. La autorización es hasta por el monto de la deuda acumulada impaga; asimismo, los fondos transferidos servirán únicamente para financiar proyectos de inversión de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención, e infraestructura hospitalaria de nivel II y III a nivel nacional.

La iniciativa legislativa declara la intangibilidad de los recursos transferidos, así como asigna límites a su adecuado uso; no menos de 70% para la ejecución de nueva infraestructura de salud; y no más del 30% para el equipamiento en salud. Por otro lado, en el artículo 5 se regula la retención directa a todo organismo y entidad pública que



mantenga deuda pendiente hasta con 90 días de atraso a favor de ESSALUD. El Ministerio de Economía y Finanzas estará autorizado para realizar la retención.

Por otro lado, en una única Disposición Complementaria Modificatoria se establece modificación al numeral 6.1 del artículo 6 de la Ley 31069, para facilitar el uso de recursos proveniente del FONCOR.

Finalmente, en la Primera Disposición Complementaria Final, se encarga a ESSALUD para que en un plazo no mayor de 30 días remita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo una relación priorizada de nueva infraestructura del primer nivel de atención y hospitalaria de nivel II y III para ser financiadas con los recursos intangibles señaladas por la Ley.

1.9 RELACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA 2024 – 2025.

La iniciativa Legislativa se relaciona de manera directa con la Agenda Legislativa 2024 - 2025, aprobado con la Resolución Legislativa del Congreso N° 002-2023-2024-CR, Resolución Legislativa del Congreso por la que se aprueba la Agenda Legislativa para el Periodo Anual de Sesiones 2023 – 2024.

Básicamente se establece una conexión directa con la Política de Estado N° 13, Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, con los Temas o Proyectos de Ley 51) Acceso, reforma, modernización y financiamiento en el Sistema de Salud; 52) Salud y la maternidad; 54) Mejoras en el Servicio de Salud y en el cuidado de esta; 57) Sobre los establecimientos de servicios de salud; 58) Sobre la infraestructura en salud.

En ese sentido, es necesario la aprobación de la presente propuesta legislativa a fin de garantizar el pleno derecho de la población al acceso a los servicios de salud integral, que mejore la calidad de vida y potencie las capacidades productivas de la población.

II. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente propuesta legislativa no contraviene o afecta de manera alguna la Constitución Política del Perú, ni el marco legal vigente, por el contrario, garantiza el pleno cumplimiento del artículo 10 de la Constitución Política del Perú, respecto a garantizar a toda persona su derecho universal y progresivo a la seguridad social. Además, se alinea con el artículo 11, por el que se garantiza el libre acceso a prestaciones de salud a través de entidades públicas, privadas o mixtas.

Por otro lado, la propuesta legislativa se relaciona favorablemente con el artículo 12 de la Constitución Política, que señala que los fondos y las reservas de la seguridad social son intangible. En ese sentido, los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la Ley.



Además, la norma propuesta se vincula con la **Ley N° 29344, Ley marco de** aseguramiento universal en salud. En ese sentido, la propuesta cumple con garantizar el pago de las aportaciones que establece el artículo 14 de la Ley 27056, en cuanto a la obligación de los empleadores de los afiliados regulares, conformado por Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, y el resto de las instituciones públicas.

En esa línea de ideas, el artículo 1 de la Ley 26790, Ley de modernización de la seguridad social en salud, especifica que el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones de salud a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas, siendo que ello se desarrolla en el marco de la equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso. Precisamente, el Proyecto de Ley establece un vínculo con el principio de solidaridad, por la que todos los asegurados aportan de igual forma, por cuenta propia o de sus entidades empleadoras, sobre un porcentaje de sus remuneraciones; y a cambio reciben prestaciones quienes la requieran.

En ese sentido, la morosidad u omisión en el pago de las aportaciones vulneran el principio de solidaridad, rompiendo la equidad respecto a recibir atención de salud en función al pago de aportación realizado. Al respecto, ESSALUD garantiza su sostenibilidad financiera únicamente en las aportaciones de sus asegurados, al considerar que no percibe recursos públicos. El incumplimiento de las aportaciones de los asegurados, ponen en riesgo el normal abastecimiento de medicamentos, insumos médicos entre otros necesarios para el normal funcionamiento, en esto radica la importancia de la aprobación de la Propuesta Legislativa.

III. ANALISIS COSTOS – BENEFICIO

El costo – beneficio de la propuesta legislativa se puede evidenciar bajo dos escenarios, uno antes de la propuesta y otro luego de la propuesta. Sin embargo, al tratarse de fondos privados representado por retenciones en planilla a los trabajadores de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y el resto de las instituciones públicas, la propuesta no tiene iniciativa de gasto; por el contrario, regula el cumplimiento de la Constitución Política del Perú respecto a la intangibilidad de los fondos y las reservas de la seguridad social.

Asimismo, el beneficio de la norma es amplia si se considera que el contar con un ESSALUD fortalecido, con un debido y adecuado cierre de brechas tanto en cobertura como en calidad, se garantiza mejora en los servicios de salud en beneficio de los asegurados.

La deuda impaga y acumulada que mantienen los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales servirá para financiar establecimientos del primer nivel de atención en salud, y hospitales de los niveles II y III, con lo que se garantiza el cierre de brechas en cobertura y calidad, que demanda un presupuesto de más de 31 millones de soles.



Asimismo, el establecer un nuevo mecanismo para garantizar el pago oportuno de las aportaciones de los asegurados y empleadores de las entidades públicas a favor de ESSALUD, mediante retenciones directas a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas, de aquellas con 90 días de vencimiento, contribuirá a mejorar los servicios del Seguro Social de Salud en beneficio de sus asegurados.

Contar con un Seguro Social de Salud fortalecido garantiza una salud de calidad y reduce el riesgo de presentar en el futuro de alguna enfermedad que ponga en riesgo el patrimonio del paciente y la de su familia, e incluso con la amenaza de empujarlo a la pobreza y pobreza extrema. Por todas estas consideraciones, el análisis de costo beneficio es ampliamente favorable al Proyecto de Ley "LEY QUE ESTABLECE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD, BAJO LA MODALIDAD DEUDA POR INFRAESTRUCTURA DE SALUD".

IV. VINCULACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

Las Políticas de Estado¹¹, dadas en base a la construcción de consensos y diálogos, propone cambios fundamentales para el manejo de nuestro país, sea en aspectos económicos, políticos y sociales, buscando alcanzar el bien común de la nación.

El proyecto de ley propuesto guarda vinculación, con las siguientes políticas de Estado:

Con el ítem **II. Equidad y Justicia Social**, en cuanto a las Políticas de Estado numeral 13, 10 y 11.

- **Política de Estado N° 13:** Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- **Política de Estado N° 10:** Reducción de la pobreza.
- **Política de Estado N° 11:** Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación.

Lima, noviembre de 2024

¹¹ Véase el siguiente enlace: <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/>