



**KAROL PAREDES FONSECA**  
Congresista de la República

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE MECANISMOS ALTERNATIVOS Y COMPLEMENTARIOS PARA LA AMORTIZACIÓN DE DEUDAS DE LOS GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES CON EL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD, MEDIANTE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA Y/O EQUIPAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La Congresista de la República que suscribe, **KAROL IVETT PAREDES FONSECA**, integrante del Grupo Parlamentario "Avanza País", al amparo de lo dispuesto en los artículos 102 y 107 de la Constitución Política del Perú, y de conformidad con los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente iniciativa legislativa:

### FÓRMULA LEGAL

#### **LEY QUE ESTABLECE MECANISMOS ALTERNATIVOS Y COMPLEMENTARIOS PARA LA AMORTIZACIÓN DE DEUDAS DE LOS GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES CON EL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD, MEDIANTE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA Y/O EQUIPAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

#### **Artículo 1. Objeto**

La presente ley tiene por objeto establecer mecanismos alternativos y complementarios, con carácter permanente, para que los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales puedan cumplir con el pago de sus deudas exigibles por aportaciones al Seguro Social de Salud – EsSalud, mediante la inversión en proyectos de infraestructura y/o equipamiento en establecimientos de salud de EsSalud ubicados en sus respectivas jurisdicciones, contribuyendo así al cierre de brechas en infraestructura y fortaleciendo la capacidad asistencial.

#### **Artículo 2. Modalidades de amortización de deuda mediante inversión**

Se autoriza a los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales a amortizar sus deudas con el Seguro Social de Salud – EsSalud, previo convenio y conforme a lo dispuesto en el Reglamento de la presente ley, a través de una o ambas de las siguientes modalidades:

##### **2.1. Transferencia de saldos de fondos de compensación para inversión por EsSalud**

Los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales pueden destinar los saldos no ejecutados del Fondo de Compensación Regional (FONCOR) y del Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN), respectivamente, para efectuar transferencias financieras a favor del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE. Dichos

[kparedes@congreso.gob.pe](mailto:kparedes@congreso.gob.pe)  
Jr. Huallaga 358 Edificio Fernando Belaunde  
Telf. (01)3117777 anexo 7206

recursos serán transferidos por este último al Seguro Social de Salud - EsSalud, con el propósito de financiar y ejecutar proyectos de inversión en infraestructura y/o equipamiento en establecimientos de salud o inversiones de optimización, ampliación marginal, reposición y rehabilitación (IOARR) en establecimientos de EsSalud, que se desarrollen dentro del ámbito de la respectiva jurisdicción del gobierno regional o local que realiza la transferencia. Estas transferencias se consideran como pago de las obligaciones pendientes que los referidos gobiernos mantienen con EsSalud.

## **2.2. Ejecución de proyectos de inversión por el Gobierno Regional o Local**

Los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales pueden ejecutar directamente, o mediante contrato, proyectos de inversión orientados a la construcción, mejoramiento, rehabilitación, reposición y/o equipamiento de establecimientos de salud pertenecientes a EsSalud, ubicados dentro de su jurisdicción. La inversión realizada, debidamente valorizada y con conformidad de EsSalud, será imputada como pago de las deudas que el respectivo Gobierno Regional o Gobierno Local mantenga con EsSalud. Esta modalidad puede financiarse con cargo a los recursos institucionales de los Gobiernos Regionales y Locales, incluyendo los saldos no ejecutados del FONCOR y FONCOMUN, conforme a lo que establezca el reglamento de la presente ley.

## **Artículo 3. Procedimiento y condiciones para la aplicación de las modalidades**

**3.1.** La aplicación de las modalidades a las que hace referencia el artículo 2 de la presente ley se realiza mediante convenio específico previo acuerdo entre el Gobierno Regional o Gobierno Local deudor y EsSalud. Dicho convenio establece, como mínimo:

- a. El monto y detalle de la deuda a amortizar, incluyendo el capital y los intereses si correspondiera, según la normativa aplicable.
- b. Los proyectos de inversión o IOARR a financiar o ejecutar, debidamente identificados y priorizados.
- c. Los plazos y cronogramas de ejecución y/o transferencia de recursos.
- d. Las responsabilidades de cada parte.
- e. Los mecanismos de valorización, supervisión y conformidad de las inversiones para efectos de la amortización efectiva de la deuda.
- f. Las fuentes de financiamiento a ser utilizadas por el Gobierno Regional o Local, en el caso del numeral 2.2 del artículo 2 de la presente ley.

**3.2.** Los proyectos de inversión e IOARR materia de los convenios deben estar alineados con los planes de cierre de brechas de infraestructura y equipamiento de EsSalud, cumplir con la normativa del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, así como con los estándares técnicos sectoriales.

**3.3.** Las transferencias financieras del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo – MTPE a favor del Seguro Social de Salud – EsSalud, a que se refiere el numeral 2.1 del artículo 2 de la presente ley, se aprueban mediante resolución del titular del Ministerio

de Trabajo y Promoción del Empleo, previo informe favorable de su Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces, y se publican en el Diario Oficial El Peruano.

**3.4.** Los recursos transferidos en el marco de lo dispuesto en la presente ley deben ser utilizados exclusivamente para los fines establecidos, bajo responsabilidad del titular del Gobierno Regional, Gobierno Local, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y EsSalud, según las competencias que les correspondan en cada etapa del proceso.

#### **Artículo 4. Alcance de las deudas aplicables**

Los mecanismos establecidos en la presente ley son aplicables a las deudas tributarias y no tributarias, incluyendo el capital, los intereses, las multas y otros conceptos accesorios que los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales mantengan con EsSalud, que se encuentren vencidas y exigibles a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, así como aquellas que se generen con posterioridad. El reglamento precisa los criterios para la determinación y priorización de las deudas a ser amortizadas.

### **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES**

#### **PRIMERA. Mecanismo alternativo de pago de deuda**

En el Reglamento de la presente ley se establecen las disposiciones relacionadas a la suscripción de convenios entre los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales con EsSalud para el pago de deudas mediante la transferencia de predios que actualmente son utilizados por EsSalud.

#### **SEGUNDA. Vigencia**

La presente Ley entra en vigencia a partir del día siguiente de la publicación de su Reglamento en el Diario Oficial El Peruano.

#### **TERCERA. Reglamentación**

El Poder Ejecutivo, mediante decreto supremo refrendado por el titular del Ministerio de Economía y Finanzas - MEF y el titular del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE, y con la participación del Seguro Social de Salud - EsSalud, aprueba el Reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario contados, a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano. El reglamento debe precisar como mínimo, lo siguiente:

- a) El procedimiento para la identificación y priorización de los proyectos de inversión e IOARR.
- b) Los requisitos y contenido mínimo de los convenios entre los Gobiernos Regionales o Locales y EsSalud.
- c) Los mecanismos de valorización de las inversiones y su imputación a la deuda.

- d) El tratamiento de los saldos no ejecutados del FONCOR y FONCOMUN para los fines de esta ley, asegurando la no afectación de otros destinos prioritarios definidos por ley.
- e) Los mecanismos de seguimiento, supervisión y rendición de cuentas.
- f) Las responsabilidades funcionales de las entidades involucradas.

#### **CUARTA. Carácter permanente y complementario**

Las disposiciones de la presente ley tienen carácter permanente y son complementarias a otros mecanismos de saneamiento de deudas existentes o que se establezcan, incluyendo, en lo que resulte aplicable y no se oponga, a lo dispuesto en las Leyes Anuales de Presupuesto, Equilibrio Financiero y Endeudamiento del Sector Público.

#### **QUINTA. Promoción y asistencia técnica**

El Ministerio de Economía y Finanzas - MEF, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE y el Seguro Social de Salud - EsSalud, en el marco de sus competencias y posibilidades, brindarán asistencia técnica y promoverán la aplicación de los mecanismos establecidos en la presente ley entre los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales.

#### **SEXTA. Informe al Congreso**

El Ministerio de Economía y Finanzas - MEF y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE informan anualmente a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República y a la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso de la República sobre los avances en la aplicación de la presente ley, detallando los montos de deuda amortizados y los proyectos de inversión ejecutados o financiados.



Firmado digitalmente por:  
PAREDES FONSECA Karol  
Ivett FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28/05/2025 18:45:05-0500

Lima, mayo de 2025.



Firmado digitalmente por:  
TUDELA GUTIERREZ Adriana  
Josefina FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 05/06/2025 12:00:28-0500



Firmado digitalmente por:  
GONZALES DELGADO Diana  
Carolina FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 03/06/2025 11:17:41-0500



Firmado digitalmente por:  
AMURUZ DULANTO Yessica  
Rosselli FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 02/06/2025 15:40:57-0500



Firmado digitalmente por:  
CAVERO ALVA Alejandro  
Enrique FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 05/06/2025 16:22:28-0500



Firmado digitalmente por:  
WILLIAMS ZAPATA Jose  
Daniel FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 30/05/2025 18:24:09-0500



Firmado digitalmente por:  
WILLIAMS ZAPATA Jose  
Daniel FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 30/05/2025 18:24:29-0500

[kparedes@congreso.gob.pe](mailto:kparedes@congreso.gob.pe)

Huallaga 358 Edificio Fernando Belaunde

Telf. (01)311777 anexo 7206

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### I.- FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) es la institución pública encargada de brindar servicios de seguridad social en salud a la población asegurada del país. EsSalud tiene como misión brindar atención integral de salud a aproximadamente 11 millones de asegurados peruanos<sup>1</sup>.

El sistema de salud peruano enfrenta un déficit hospitalario que equivale a 1.5 camas por cada 1,000 habitantes. En 2019, el país contaba con 51,781 camas, lo que representa 15.9 camas por cada 1,000 habitantes. Específicamente, EsSalud presenta un déficit de 2,000 camas para atenciones en Lima y Callao.

Este déficit de camas hospitalarias en EsSalud impacta directamente en la calidad y oportunidad de los servicios de salud que se ofrecen a los asegurados, especialmente en las regiones de Lima y Callao, donde la demanda es elevada.

La Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS 2030) denominado “Perú País Saludable”, identifica entre sus causas directas a la problemática de la salud la “Limitada Cobertura y acceso de la Población a Servicios Integrales de Salud”, lo cual conlleva al problema principal “Años de vida perdidos en la Población por causas evitables”, generando el efecto de un mayor gasto en salud.

En ese contexto, la PNMS 2030 se traza como objetivo OP 2: “Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población”, para el logro de este objetivo, se plantea el lineamiento de implementar las Redes Integradas de Salud (RIS) en todo el país, el cual se define como el conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas con los resultados sanitarios administrados, y por el estado de salud de la población a la que sirve<sup>2</sup>.

El ministerio de salud ha determinado que los hospitales son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria mediante servicios especializados; que reciben las referencias de los establecimientos de salud de primer nivel de atención de su ámbito de competencia.

<sup>1</sup> HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL PERUANA – ESSALUD. (2021). Recuperado de: [https://www.essalud.gob.pe/downloads/archivo\\_central/hist\\_del\\_seg\\_socia\\_SSE.pdf](https://www.essalud.gob.pe/downloads/archivo_central/hist_del_seg_socia_SSE.pdf)

<sup>2</sup> DIAGNÓSTICO DE BRECHAS DE INFRAESTRUCTURA O ACCESO A SERVICIOS DEL SECTOR SALUD. (2023). Recuperado de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5058113/Diagn%C3%B3stico%20de%20la%20Situaci%C3%B3n%20de%20Brechas%20de%20infraestructura%20o%20de%20acceso%20a%20servicios%20del%20Sector%20Salud%20282025-2027%29.pdf>

En nuestro país, la mayoría de los hospitales tienen un promedio que supera los 40 años de existencia y fueron construidos bajo normas menos exigentes de códigos sísmicos que la infraestructura construida más recientemente.

Bajo estas circunstancias fue necesario en muchos casos recurrir a las “ampliaciones” que han dado como resultado varias instalaciones hospitalarias con funcionalidad limitada y ambientes tugurizados, contraviniendo las normas de seguridad al haberse generando un crecimiento que no obedece a un plan de desarrollo integral del hospital.

Teniendo en cuenta que estas estructuras fueron diseñadas con una norma tecnológica muy diferente, generalmente han devenido en obsoletas; asimismo, el insuficiente mantenimiento a lo largo del tiempo ha contribuido considerablemente al deterioro físico de la infraestructura y el equipamiento. La disposición disfuncional de los hospitales más antiguos, combinada con el estado obsoleto y dañado<sup>3</sup>

Según La OPMI Salud proyectó que en el año 2022 el 43.72% del total de hospitales (246) del segundo y tercer nivel de atención, presentaría capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Sin embargo, a causa de retrasos en el cumplimiento de los cronogramas de ejecución física de los proyectos, atribuibles a las Unidades Ejecutora de Inversiones, a los contratistas, a las paralizaciones de obra entre otros factores, a diciembre de 2022 el 94.31% de hospitales presenta capacidad instalada inadecuada a nivel nacional.

### Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada por Departamento 2022

| DEPARTAMENTO  | CANTIDAD TOTAL DE HOSPITALES (HOS) | VALOR PROYECTADO DE HOSI* |                 | VALOR LOGRADO DE HOSI |                 |
|---------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
|               |                                    | HOSI NOMINAL              | HOSI PORCENTUAL | HOSI NOMINAL          | HOSI PORCENTUAL |
| AMAZONAS      | 8                                  | 7                         | 87.50%          | 8                     | 100.00%         |
| ANCASH        | 12                                 | 2                         | 16.67%          | 12                    | 100.00%         |
| APURIMAC      | 7                                  | 3                         | 50%             | 7                     | 100.00%         |
| AREQUIPA      | 12                                 | 4                         | 36.36%          | 12                    | 100.00%         |
| AYACUCHO      | 10                                 | 10                        | 100%            | 10                    | 100.00%         |
| CAJAMARCA     | 12                                 | 4                         | 36.36%          | 12                    | 100.00%         |
| CALLAO        | 7                                  | 2                         | 28.57%          | 7                     | 100.00%         |
| CUSCO         | 10                                 | 10                        | 100%            | 10                    | 100.00%         |
| HUANCAYELICA  | 5                                  | 2                         | 40%             | 5                     | 100.00%         |
| HUANUCO       | 5                                  | 4                         | 80%             | 5                     | 100.00%         |
| ICA           | 9                                  | 9                         | 100%            | 5                     | 56%             |
| JUNIN         | 12                                 | 3                         | 23.08%          | 11                    | 92%             |
| LA LIBERTAD   | 28                                 | 14                        | 50%             | 28                    | 100%            |
| LAMBAYEQUE    | 6                                  | 3                         | 50%             | 6                     | 100.00%         |
| LIMA          | 44                                 | 34                        | 72.34%          | 41                    | 93.18%          |
| LORETO        | 7                                  | 3                         | 42.86%          | 6                     | 86%             |
| MADRE DE DIOS | 2                                  | 0                         | 0.00%           | 2                     | 100.00%         |
| MOQUEGUA      | 4                                  | 0                         | 0.00%           | 4                     | 100.00%         |
| PASCO         | 6                                  | 1                         | 16.67%          | 5                     | 83.33%          |
| PIURA         | 7                                  | 0                         | 0.00%           | 7                     | 100.00%         |
| PUNO          | 16                                 | 2                         | 13.33%          | 15                    | 93.75%          |
| SAN MARTIN    | 10                                 | 10                        | 100%            | 7                     | 70.00%          |
| TACNA         | 2                                  | 0                         | 0.00%           | 2                     | 100.00%         |
| TUMBES        | 2                                  | 2                         | 66.67%          | 2                     | 100.00%         |
| UCAYALI       | 3                                  | 2                         | 66.67%          | 3                     | 100.00%         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>246</b>                         | <b>108</b>                | <b>43.72%</b>   | <b>232</b>            | <b>94.31%</b>   |

Fuente: RENIPRESS y Banco de Inversiones.  
Elaboración: OPMI-MINSA.  
\* HOSI: Hospitales con capacidad instalada inadecuada

<sup>3</sup> DIAGNÓSTICO DE BRECHAS DE INFRAESTRUCTURA O ACCESO A SERVICIOS DEL SECTOR SALUD. (2023). Recuperado de:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5058113/Diagn%C3%B3stico%20de%20la%20Situaci%C3%B3n%20de%20Brechas%20de%20infraestructura%20de%20acceso%20a%20servicios%20del%20Sector%20Salud%20282025-2027%29.pdf>

Teniendo en cuenta que aún existe una brecha en la infraestructura de salud, el mismo ministerio de salud a determinado las inversiones integrales según categoría y costo, a efectos de determinar el universo de proyectos integrales registrados en la consulta avanzada del Banco de Inversiones, donde se plantea el costo según la categoría del Establecimiento de Salud, concluyendo que desde una categoría I-1 el costo de un proyecto de inversión puede costar desde 2 millones de soles a más, hasta una categoría III-E puede costar desde 180 millones de soles a más.

#### INVERSIONES INTEGRALES SEGÚN CATEGORÍA Y COSTO

| Categoría | Costo Actualizado de un (PI) |
|-----------|------------------------------|
| I-1       | de S/ 2 000 000 a mas        |
| I-2       | de S/ 3 000 000 a mas        |
| I-3       | de S/ 5 000 000 a mas        |
| I-4       | de S/ 8 000 000 a mas        |
| II-1      | de S/ 60 000 000 a mas       |
| II-2      | de S/ 100 000 000 a mas      |
| II-E      | de S/ 50 000 000 a mas       |
| III-1     | de S/ 150 000 000 a mas      |
| III-2     | de S/ 200 000 000 a mas      |
| III-E     | de S/ 180 000 000 a mas      |

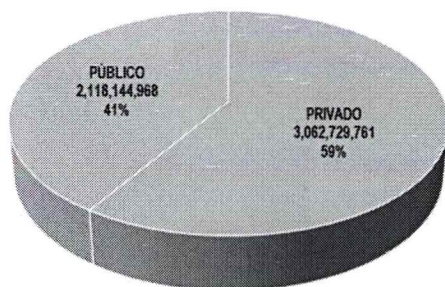
Fuente: Elaboración OPMI-MINSA

#### PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA

Una de las principales dificultades financieras que enfrenta actualmente ESSALUD radica en la existencia de una deuda tributaria y no tributaria acumulada por diversas instituciones del Estado, correspondiente a períodos anteriores al 31 de diciembre de 2024. Esta deuda, que ha permanecido impaga durante años, representa un serio obstáculo para la sostenibilidad del sistema de salud y la adecuada prestación de los servicios que ofrece esta entidad a millones de peruanos.

La deuda tributaria y no tributaria al 31 de diciembre del 2024.

Composición general de la Deuda Tributaria y No Tributaria



Composición de la Deuda Pública Tributaria y No Tributaria



Fuente: Essalud

La magnitud del problema es considerable. De acuerdo con los reportes más recientes, la deuda total registrada por parte de instituciones públicas asciende a miles de millones de soles, siendo los gobiernos regionales y locales los principales responsables de estos compromisos impagos. En concreto, los gobiernos regionales mantienen una deuda con ESSALUD que asciende a S/ 1,286,772,390, mientras que los gobiernos locales adeudan un total de S/ 401,100,542. Estos montos, acumulados hasta el 31 de diciembre de 2004, continúan figurando en los registros contables sin que se haya evidenciado un cumplimiento efectivo en su amortización.

Resumen de la deuda tributaria y no tributaria al 31 de diciembre del 2004, por niveles de gobierno: Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales:

| NIVEL DE GOBIERNO             | TRIBUTARIA 1 |             |             | NO TRIBUTARIA 2 |             |               | TOTAL         | %     |
|-------------------------------|--------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|---------------|-------|
|                               | CAPITAL      | INTERES     | TOTAL       | CAPITAL         | INTERES     | TOTAL         |               |       |
| GOBIERNOS REGIONALES (inc Ue) | 23,261,770   | 35,061,056  | 58,322,826  | 774,014,146     | 454,435,419 | 1,228,449,565 | 1,286,772,390 | 60.7% |
| GOBIERNOS LOCALES             | 83,219,401   | 145,671,187 | 228,890,588 | 131,579,748     | 40,630,206  | 172,209,954   | 401,100,542   | 18.9% |
| OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS      | 10,642,053   | 26,223,524  | 36,865,577  | 204,286,340     | 189,120,119 | 393,406,459   | 430,272,036   | 20.3% |

Fuente: Essalud

**DEUDA TRIBUTARIA Y NO TRIBUTARIA  
DE GOBIERNO REGIONALES (incluidas  
sus unidades ejecutoras)**

| ORD          | REGION        | TOTAL                | %             |
|--------------|---------------|----------------------|---------------|
| 1            | LIMA          | 268,016,290          | 20.8%         |
| 2            | PUNO          | 133,968,293          | 10.4%         |
| 3            | LORETO        | 120,377,306          | 9.4%          |
| 4            | ICA           | 109,884,927          | 8.5%          |
| 5            | ANCASH        | 77,847,316           | 6.0%          |
| 6            | CUSCO         | 58,071,176           | 4.6%          |
| 7            | TUMBES        | 50,322,642           | 3.9%          |
| 8            | UCAYALI       | 49,622,374           | 3.9%          |
| 9            | SAN MARTIN    | 48,758,639           | 3.8%          |
| 10           | LA LIBERTAD   | 46,380,608           | 3.6%          |
| 11           | AMAZONAS      | 41,631,383           | 3.2%          |
| 12           | LAMBAYEQUE    | 40,436,278           | 3.1%          |
| 13           | PIURA         | 39,981,651           | 3.1%          |
| 14           | HUANUCO       | 38,143,890           | 3.0%          |
| 15           | AYACUCHO      | 37,350,432           | 2.9%          |
| 16           | HUANCAVELICA  | 25,972,705           | 2.0%          |
| 17           | CALLAO        | 18,644,890           | 1.4%          |
| 18           | AREQUIPA      | 14,944,761           | 1.2%          |
| 19           | TACNA         | 14,815,126           | 1.2%          |
| 20           | CAJAMARCA     | 13,746,657           | 1.1%          |
| 21           | MOQUEGUA      | 13,201,173           | 1.0%          |
| 22           | APURIMAC      | 9,062,387            | 0.7%          |
| 23           | JUNIN         | 8,954,682            | 0.7%          |
| 24           | PASCO         | 7,095,376            | 0.6%          |
| 25           | MADRE DE DIOS | 542,431              | 0.0%          |
| <b>TOTAL</b> |               | <b>1,286,772,390</b> | <b>100.0%</b> |

Fuente: Essalud

**DEUDA TRIBUTARIA Y NO TRIBUTARIA  
DE GOBIERNO LOCALES POR  
DEPARTAMENTO**

| ORD   | GOB LOCALES<br>POR DPTO | TOTAL       | %      |
|-------|-------------------------|-------------|--------|
| 1     | LIMA                    | 139,560,832 | 34.8%  |
| 2     | LAMBAYEQUE              | 92,547,076  | 23.1%  |
| 3     | CALLAO                  | 25,542,478  | 6.4%   |
| 4     | PIURA                   | 22,541,353  | 5.6%   |
| 5     | ANCASH                  | 20,964,527  | 5.2%   |
| 6     | PUNO                    | 16,195,149  | 4.0%   |
| 7     | ICA                     | 14,444,254  | 3.6%   |
| 8     | LORETO                  | 10,058,066  | 2.5%   |
| 9     | LA LIBERTAD             | 9,204,386   | 2.3%   |
| 10    | TUMBES                  | 8,494,860   | 2.1%   |
| 11    | AREQUIPA                | 7,335,304   | 1.8%   |
| 12    | TACNA                   | 6,101,297   | 1.5%   |
| 13    | CAJAMARCA               | 4,774,933   | 1.2%   |
| 14    | AYACUCHO                | 4,160,785   | 1.0%   |
| 15    | APURIMAC                | 4,108,333   | 1.0%   |
| 16    | MOQUEGUA                | 3,070,456   | 0.8%   |
| 17    | CUSCO                   | 2,461,451   | 0.6%   |
| 18    | SAN MARTIN              | 2,167,343   | 0.5%   |
| 19    | HUANCAYELICA            | 2,102,390   | 0.5%   |
| 20    | JUNIN                   | 1,576,058   | 0.4%   |
| 21    | AMAZONAS                | 1,042,125   | 0.3%   |
| 22    | HUANUCO                 | 1,012,390   | 0.3%   |
| 23    | PASCO                   | 979,213     | 0.2%   |
| 24    | UCAYALI                 | 464,373     | 0.1%   |
| 25    | MADRE DE DIOS           | 192,108     | 0.0%   |
| TOTAL |                         | 401,100,542 | 100.0% |

Fuente: Essalud

Esta situación revela no solo un incumplimiento de las obligaciones legales y financieras por parte de las instituciones de gobierno subnacional, sino también una preocupante falta de mecanismos eficaces para garantizar el cobro de dichas deudas por parte del Estado. La persistencia de esta morosidad pone en riesgo la salud financiera de ESSALUD y, en consecuencia, compromete su capacidad operativa para invertir en infraestructura, mejorar la calidad del servicio, contratar personal médico y ampliar su cobertura.

Cabe señalar que muchas de estas deudas provienen del incumplimiento de aportes patronales por parte de entidades públicas, lo cual constituye una falta grave, ya que no solo afecta el equilibrio financiero del seguro social, sino también los derechos laborales de los trabajadores públicos, quienes ven perjudicada su protección en salud.

A pesar de los intentos por sanear esta situación a través de diversas normas, convenios de reestructuración de deuda o programas de refinanciamiento, los resultados han sido limitados, y en muchos casos, los pagos comprometidos no se han ejecutado, manteniendo la deuda en condición de exigible. Es necesario, por tanto, repensar la estrategia del Estado en esta materia, fortaleciendo los mecanismos de cobranza coactiva, estableciendo sanciones efectivas y evaluando la posibilidad de incorporar incentivos o mecanismos de compensación interinstitucional que permitan saldar estas obligaciones sin afectar la operatividad de las entidades deudoras.

La deuda histórica de los gobiernos regionales y locales con ESSALUD no debe seguir siendo una carga sin solución. Es responsabilidad del Estado en su conjunto —desde el Poder Ejecutivo hasta los gobiernos subnacionales— diseñar e implementar una estrategia clara, transparente y eficaz para resolver esta problemática que afecta tanto la gestión pública como el derecho a la salud de millones de peruanos.

El artículo 13 de la Ley N° 32186<sup>4</sup>, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025, establece un mecanismo excepcional y transitorio que permite al Seguro Social de Salud – EsSalud cobrar deudas pendientes por aportaciones mediante transferencias financieras provenientes de los gobiernos regionales y locales. Sin embargo, dicho mecanismo tiene una vigencia limitada exclusivamente al ejercicio fiscal 2025, **lo cual resulta insuficiente frente a la magnitud del pasivo acumulado por estas entidades con EsSalud, así como frente a la necesidad de generar soluciones estructurales y sostenibles para su regularización, además de lo contemplado por el Decreto Legislativo N° 1252, Ley que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones**<sup>5</sup>, en la cual determina el ciclo de inversiones.

En ese sentido, el presente proyecto de ley tiene como finalidad establecer un marco legal permanente que permita ampliar y diversificar los mecanismos de pago de la deuda que mantienen los gobiernos regionales y locales con EsSalud. Para ello, se propone autorizar el uso excepcional de los saldos no ejecutados del Fondo de Compensación Regional (FONCOR) y del Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN), a fin de financiar proyectos de inversión e IOARR en infraestructura de salud que serán ejecutados por EsSalud en las jurisdicciones correspondientes.

Además, se incorpora un mecanismo alternativo de pago que permitirá a los gobiernos regionales y locales, mediante la suscripción de convenios con EsSalud, ejecutar directamente proyectos de inversión destinados a la mejora, construcción o equipamiento de establecimientos de salud de la seguridad social, generando con ello un doble beneficio: el saneamiento de deudas históricas y la reducción de brechas en infraestructura asistencial, especialmente en zonas que carecen de servicios adecuados.

Esta propuesta tiene como pilares la responsabilidad financiera, la eficiencia en el uso de recursos públicos y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud. Asimismo, reconoce la necesidad de contar con una norma con rango de ley que otorgue estabilidad jurídica y operativa a estas medidas, garantizando su viabilidad más allá del año fiscal en curso.

Por lo tanto, este proyecto busca atender una necesidad urgente y persistente, alineándose con los principios de sostenibilidad financiera, equidad territorial y fortalecimiento del acceso a servicios de salud en beneficio de millones de peruanos afiliados a EsSalud.

<sup>4</sup> Véase: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1391421>

<sup>5</sup> Véase: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1168942>

## **FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA Y CONSTITUCIONAL**

El presente proyecto de ley encuentra sustento en el artículo 10 de la Constitución Política del Perú, que establece que el Estado reconoce el derecho universal y progresivo a la seguridad social, brindado a través de entidades públicas y privadas. Asimismo, el artículo 11 señala que el Estado garantiza el acceso a la seguridad social a todos los peruanos y supervisa su funcionamiento eficiente.

Por otro lado, el artículo 74 de la Constitución establece el principio de equilibrio y sostenibilidad fiscal, lo que implica que las políticas públicas deben garantizar la adecuada distribución y uso de los recursos del Estado, priorizando sectores estratégicos como la salud.

A nivel normativo, la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, establece que EsSalud es el ente encargado de administrar los fondos de seguridad social en salud, cuya sostenibilidad es vital para la atención de los asegurados y el mejoramiento de su infraestructura de servicios.

En el ámbito presupuestario, el artículo 13 de la Ley 32187, Ley de Endeudamiento del Sector Público para el Año Fiscal 2025, establece un mecanismo temporal que autoriza a los gobiernos regionales y locales a utilizar, durante el año fiscal 2025, los saldos no ejecutados del Fondo de Compensación Regional (FONCOR) y del Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN) para pagar sus deudas con EsSalud. Sin embargo, esta medida es de carácter excepcional y limitada a un solo año fiscal, lo que no proporciona una solución sostenible al problema de la deuda acumulada.

## **INICIATIVAS NORMATIVAS PROMOVIDAS POR ESSALUD**

EsSalud ha impulsado recientemente importantes propuestas legislativas orientadas a la recuperación de deuda, entre ellas:

### **1. Proyecto de ley que autoriza el pago directo de deudas por parte del MEF:**

Dispone que el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) pague directamente las deudas en cobranza coactiva a favor de EsSalud, cuando estas correspondan a entidades públicas financiadas con recursos del Tesoro Público.

El monto potencial de recuperación asciende a S/ 1,841 millones.

Esta iniciativa fue aprobada por el Consejo Directivo de EsSalud y remitida al MEF y SUNAT para su evaluación.

Los recursos recuperados serían destinados a nuevos proyectos de infraestructura y equipamiento en salud, para reducir la brecha asistencial.

## **2. Proyecto de ley para el pago en especie de contribuciones adeudadas:**

Propone incorporar en el Código Tributario la posibilidad de que las entidades empleadoras cumplan con sus obligaciones mediante la entrega de bienes muebles e inmuebles.

La propuesta plantea que sea EsSalud, mediante acuerdo de su Consejo Directivo, quien evalúe y apruebe estos pagos, sin necesidad de Decreto Supremo del MEF.

Esta medida permitiría atender parte de los S/ 2,719 millones de deuda tributaria acumulada, de los cuales el sector privado representa S/ 2,355 millones (87%) y el sector público S/ 365 millones (13%).

Estas propuestas demuestran la urgente necesidad de adoptar mecanismos alternativos y flexibles para la recuperación de deuda, sin afectar los flujos presupuestales anuales de los gobiernos subnacionales ni las operaciones regulares del Tesoro Público.

### **OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY**

El presente proyecto de ley busca establecer mecanismos alternativos y permanentes que permitan a los gobiernos regionales y locales saldar sus deudas con EsSalud mediante la ejecución de proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud dentro de sus jurisdicciones. Esto no solo contribuirá a la reducción de la deuda pendiente, sino que también mejorará la capacidad operativa y la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población.

**El presente proyecto de ley tiene por finalidad establecer mecanismos alternativos y permanentes que permitan a los Gobiernos Regionales y Locales cumplir con el pago de sus deudas a EsSalud a través de:**

- **La utilización de saldos no ejecutados de FONCOR y FONCOMUN.**
- **La ejecución directa de proyectos de inversión en infraestructura y/o equipamiento en establecimientos de salud de EsSalud ubicados en su jurisdicción.**
- **Convenios específicos con EsSalud para realizar pagos en especie o a través de otras modalidades no tradicionales.**

### **IMPACTO DEL PROYECTO DE LEY**

#### **Financieros:**

Reducción significativa de la deuda que los gobiernos regionales y locales mantienen con EsSalud, mejorando la liquidez y capacidad financiera de la institución para invertir en otras áreas críticas.

### **Sociales:**

Mejora en la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, lo que se traduce en una atención más eficiente y de mayor calidad para los asegurados.

### **Económicos:**

Optimización del uso de recursos públicos al permitir que fondos no ejecutados se destinen a inversiones productivas en el sector salud, generando empleo y dinamizando la economía local.

La implementación de este proyecto de ley permitirá establecer un mecanismo sostenible y eficiente para que los gobiernos regionales y locales cumplan con sus obligaciones financieras hacia EsSalud, al tiempo que se fortalece la infraestructura sanitaria del país. Esta medida contribuirá a mejorar la calidad de los servicios de salud y a optimizar el uso de los recursos públicos en beneficio de la población

## **II. ANÁLISIS DE IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL**

La aprobación del presente proyecto de ley tendría un impacto normativo relevante en el marco legal peruano por los siguientes motivos:

### **Modificación del enfoque tradicional del pago de deudas públicas con EsSalud**

La legislación vigente contempla mecanismos directos y financieros para el pago de obligaciones previsionales (principalmente mediante transferencias o cobros coactivos). Esta ley introduciría una modalidad alternativa y compensatoria, permitiendo saldar deudas con ejecución de inversiones en infraestructura de salud, lo cual representa una transformación significativa en la forma de cumplir obligaciones públicas con EsSalud.

### **Complementariedad con normas presupuestales y de inversión pública**

La norma se conecta y amplía la aplicación de lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025 (Ley 32185)<sup>6</sup>, otorgándole carácter permanente a una autorización que en la legislación actual solo rige por el ejercicio 2025. Además, se articula con el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Decreto Legislativo 1252)<sup>7</sup>, al permitir que los proyectos ejecutados con recursos FONCOR y FONCOMUN cumplan los criterios técnicos del ciclo de inversión pública.

<sup>6</sup> <https://spij.minijus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1391421>

<sup>7</sup> <https://spij.minijus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1168942>

### **Afectación normativa sobre el destino de los fondos de compensación**

La ley impacta la regulación actual de los fondos de compensación (FONCOR y FONCOMUN), al permitir el uso excepcional de saldos no ejecutados para fines distintos a los previstos inicialmente, lo que implica una flexibilización normativa y requeriría su adecuada reglamentación para garantizar transparencia y eficiencia.

### **Posible necesidad de armonización con el Código Tributario y la Ley de Endeudamiento**

Al establecer una forma de “pago en especie” mediante inversión pública, la norma se alinea parcialmente con otras iniciativas de EsSalud que plantean mecanismos similares. Sin embargo, podría requerirse una modificación o interpretación extensiva del Código Tributario, en particular sobre la cancelación de deudas no dinerarias, así como de las normas de endeudamiento público y equilibrio fiscal, para evitar conflictos de competencia o interpretación.

### **Reforzamiento del rol del Ministerio de Trabajo como intermediario presupuestal**

El proyecto otorga al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) una nueva función como canal financiero de transferencias hacia EsSalud, lo que requiere ajustes en su rol presupuestal y operativo dentro del marco del Decreto Legislativo 1440 (Sistema Nacional de Presupuesto Público).

### **Incorporación de un nuevo régimen legal de compensación interinstitucional con efectos administrativos**

La norma configura un nuevo régimen de compensación interinstitucional con efectos presupuestales y administrativos que podría ser replicado en otros sectores (por ejemplo, en pensiones o vivienda), sentando precedente legislativo para abordar deudas entre entidades públicas con inversión directa o indirecta.

### **Impacto en la Legislación sobre Seguridad Social**

La propuesta contribuye a fortalecer el financiamiento de EsSalud, lo que es coherente con la Ley 26790<sup>8</sup>, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que establece que el Estado debe garantizar los recursos necesarios para la sostenibilidad del sistema.

Al mejorar la capacidad de inversión en infraestructura hospitalaria, la norma tiene un impacto positivo en la materialización del derecho a la salud reconocido en la Ley General de Salud (Ley 26842)<sup>9</sup>. además, esta alineada a la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, especialmente con el objetivo OP 2:

<sup>8</sup> <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H774770>

<sup>9</sup> <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H775516>

“Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población”.

### **Impacto en la Descentralización y la Autonomía Regional y Local**

La norma respeta la autonomía de los Gobiernos Regionales y Locales, reconocida en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Ley 27867)<sup>10</sup> y en la Ley Orgánica de Municipalidades (Ley 27972)<sup>11</sup>, al permitirles decidir sobre el uso de sus recursos no ejecutados, para cubrir la deuda con ESSALUD, aunque dentro de los límites establecidos.

El impacto de la norma en la legislación peruana es positivo en términos de fortalecimiento del financiamiento de EsSalud y la mejora de la infraestructura en salud. No obstante, su implementación requiere una coordinación eficiente para garantizar que los Gobiernos Regionales y Locales puedan destinar estos recursos sin afectar otras prioridades de inversión. Además, es clave que el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo supervisen adecuadamente la correcta utilización de los fondos.

### **III. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO**

La implementación y ejecución de la Ley, resulta favorable en la medida que la ley busca crear mecanismos para solucionar un problema de déficit que por años viene padeciendo ESSALUD, por la deuda de los Gobiernos Regionales y Locales con ESSALUD, para ello es importante hacer un análisis primero de los beneficios:

#### **Recuperación efectiva de deuda histórica:**

Permite amortizar una deuda acumulada de más de S/ 1,600 millones (gobiernos regionales y locales), que ha sido históricamente impaga, sin depender de recursos frescos del Tesoro Público.

#### **Reducción de brechas en infraestructura de salud:**

Redirige recursos subutilizados (saldos no ejecutados de FONCOR y FONCOMUN) hacia inversiones urgentes en establecimientos de salud de EsSalud.

Contribuye directamente al cierre de la brecha en infraestructura asistencial, donde más del 90% de hospitales presentan capacidad instalada inadecuada (según OPMI 2022).

#### **Mejora en el acceso y calidad de servicios de salud:**

<sup>10</sup> <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H835780>

<sup>11</sup> <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H845702>

Refuerza la atención sanitaria especializada en regiones con menor cobertura, alineándose con los objetivos de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS 2030).

Beneficia a millones de asegurados que hoy enfrentan demoras y limitaciones en la atención hospitalaria.

**Estabilidad jurídica y sostenibilidad del mecanismo:**

Otorga carácter permanente a un modelo que hasta ahora ha sido solo temporal (vigente para el ejercicio 2025 vía Ley 32185).

Fortalece la planificación multianual de inversiones a través de convenios marco entre EsSalud y los gobiernos subnacionales.

**No afecta el equilibrio fiscal:**

No se generan gastos adicionales para el Gobierno Central, dado que se emplean recursos no ejecutados ya transferidos a los gobiernos subnacionales.

Permite la reconversión de deuda exigible en infraestructura física útil para la salud pública.

Entre los costos y riesgos potenciales tenemos:

**Riesgo de ejecución ineficiente:**

Históricamente, muchas inversiones regionales y locales presentan baja capacidad de ejecución (menos del 60% anual en muchos casos).

La ejecución directa de proyectos de salud por parte de gobiernos subnacionales podría generar retrasos o deficiencias si no se establecen controles técnicos adecuados.

**Reducción temporal de fondos para otras prioridades:**

La reasignación de saldos de FONCOR y FONCOMUN podría afectar planes locales de inversión distintos a salud, especialmente si los gobiernos priorizan mal su cartera de proyectos.

**Descoordinación institucional:**

Sin una reglamentación clara y sincronizada entre MEF, MINTRA y EsSalud, se corre el riesgo de que el mecanismo no sea implementado de manera uniforme o eficiente.

**Dependencia de la voluntad política local:**

Al tratarse de un mecanismo voluntario (a través de convenios), su eficacia depende de la voluntad y gestión de los gobiernos regionales y locales.

El proyecto de ley presenta un balance positivo de beneficios sobre costos, siempre que se asegure una adecuada reglamentación técnica y financiera. El impacto principal radica en sanear pasivos históricos sin comprometer nuevos recursos del Tesoro y canalizar inversiones efectivas en salud pública, especialmente en regiones con infraestructura deficiente.

Desde una perspectiva de política pública, se trata de una solución innovadora y de bajo costo fiscal, que permite aprovechar recursos subutilizados y resolver simultáneamente dos problemas estructurales: el endeudamiento público y el déficit en infraestructura de salud.

#### **IV. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL**

El Proyecto de Ley que autoriza la transferencia de recursos de los Gobiernos Regionales y Locales para financiar infraestructura en salud a través de EsSalud se vincula con varios ejes estratégicos del Acuerdo Nacional<sup>12</sup>, en especial con aquellos relacionados con la salud, la descentralización y el desarrollo económico.

##### **Política de Estado N.º 10: Reducción de la pobreza**

El Acuerdo Nacional enfatiza que la salud es un factor clave para reducir la pobreza y la desigualdad, asegurando que las poblaciones vulnerables tengan acceso a servicios de calidad.

El Proyecto de Ley permite mejorar la infraestructura hospitalaria en regiones con alta demanda y menor acceso a servicios de salud, reduciendo la desigualdad en la atención médica.

Favorece el acceso de los sectores más pobres a servicios de salud de calidad, reduciendo el gasto de bolsillo en atención médica.

Contribuye a la equidad en el acceso a la salud, asegurando que los recursos sean destinados a fortalecer la seguridad social en todas las regiones del país.

##### **Política de Estado N.º 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.**

Esta política establece que el Estado debe garantizar servicios de salud oportunos, eficientes y equitativos para toda la población, con un énfasis en la mejora de la infraestructura y el acceso a la seguridad social.

El Proyecto de Ley contribuye en fortalecer la capacidad de EsSalud para invertir en infraestructura hospitalaria y optimizar su red de servicios de salud.

Permite reducir el déficit de hospitales y camas, lo que mejora la atención médica de los 11 millones de asegurados de EsSalud.

---

<sup>12</sup> <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/>

Atiende la necesidad de garantizar un financiamiento adecuado para la seguridad social en salud.

#### **Política de Estado N.º 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente**

El Acuerdo Nacional establece la necesidad de consolidar la descentralización, promoviendo la autonomía de los Gobiernos Regionales y Locales en la administración de sus recursos.

El Proyecto de Ley responde a un enfoque descentralizado, ya que los Gobiernos Regionales y Locales participarán activamente en la mejora de la infraestructura de EsSalud.

Garantiza que los recursos transferidos sean utilizados exclusivamente para salud, fortaleciendo la transparencia en la gestión de fondos públicos.

Mejora la eficiencia del gasto público, al permitir que los saldos no ejecutados del Foncor y Foncomun se destinen a una necesidad prioritaria como la infraestructura hospitalaria.

#### **Política de Estado N.º 31: Sostenibilidad fiscal y reducción del peso de la deuda**

El Acuerdo Nacional busca garantizar la sostenibilidad fiscal y la reducción del peso de la deuda, asegurando que el gasto público se alinee con las prioridades nacionales y que se mantenga un manejo prudente de las finanzas del Estado.

El Proyecto de Ley que autoriza a los Gobiernos Regionales y Locales a transferir recursos de los saldos no ejecutados del Fondo de Compensación Regional (Foncor) y el Fondo de Compensación Municipal (Foncomun) a favor de EsSalud está alineado con esta política, ya que contribuye al saneamiento financiero de la seguridad social sin comprometer nuevas fuentes de endeudamiento.

En conclusión, el Proyecto de Ley está altamente alineado con las políticas de Estado del Acuerdo Nacional, especialmente en lo relacionado con la mejora del acceso a la salud, la descentralización, la erradicación de la pobreza y el fortalecimiento de la seguridad social. Su implementación contribuiría a mejorar la infraestructura hospitalaria, optimizar el uso de los recursos públicos y garantizar el derecho a la salud de millones de peruanos, en línea con los compromisos asumidos en el marco del Acuerdo Nacional.

### **V. RELACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA**

La presente iniciativa legislativa se enmarca en la Agenda Legislativa para el Periodo Anual de Sesiones 2024-2025, aprobada mediante Resolución Legislativa del Congreso N° 006-2024-2025-CR<sup>13</sup>, que dentro de la **Política de Estado 10**. Reducción de la pobreza, prioriza el **Tema 30**. lucha contra la pobreza.

<sup>13</sup> Resolución Legislativa del Congreso N° 006-2024-2025-CR. Recuperado de: <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MjI5NDA4/pdf>



**KAROL PAREDES FONSECA**  
Congresista de la República

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Asimismo, en la **Política de Estado 13**. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, prioriza los **Temas 52**. sobre los establecimientos de servicios de salud y acceso a medicamentos y, el **Tema 53**. sobre la infraestructura en salud.

**Política de Estado 24**. Afirmación de un estado eficiente y transparente, prioriza el **Tema 92**. modernización y eficiencia de la gestión del estado y la administración pública.

Finalmente, **Política de Estado 31**. sostenibilidad fiscal y reducción del peso de la deuda, prioriza el **Tema 101**. Políticas tributarias y administración del presupuesto del sector público.