



KELLY ROXANA PORTALATINO ÁVALOS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

**PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA
LOS DECRETOS LEGISLATIVOS N.º 276
Y N.º 728, Y CREA EL RÉGIMEN
PREVISIONAL MIXTO SOLIDARIO DEL
SECTOR SALUD (RPM-SS)**

La Congresista de la República **KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS** integrante del Grupo Parlamentario Perú Libre, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y en concordancia con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente Proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

**LEY QUE MODIFICA LOS DECRETOS LEGISLATIVOS N.º 276 Y N.º 728, Y
CREA EL RÉGIMEN PREVISIONAL MIXTO SOLIDARIO DEL SECTOR
SALUD (RPM-SS)**

Artículo 1.- Objeto

Modificar el literal a) del artículo 35 del Decreto Legislativo N.º 276 y establecer regla específica para trabajadores del sector salud sujetos al Decreto Legislativo N.º 728; crear el Régimen Previsional Mixto Solidario del Sector Salud (RPM-SS) y su Fondo, implementado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Artículo 2.- Finalidad y alcance

Otorgar pensiones dignas y oportunas al personal de salud, considerando escalafón y grupo ocupacional para el acceso y cálculo de beneficios. El RPM-SS es aplicable al personal comprendido en los DL 276, 728, 1057 y 1153 del sector salud.

Artículo 3.- Modificación del literal a) del artículo 35 del DL 276 y alcance al DL 728

Modifícase el literal a) del artículo 35 del DL 276 y establézcase igual regla para el personal del sector salud sujeto al DL 728, en los términos siguientes:

“a) Edad mínima para acogerse a la jubilación: sesenta (60) años. El límite de edad para el cese se fija en setenta (70) años, pudiendo ampliarse por mutuo acuerdo entre el trabajador y el empleador.”

Artículo 4.- Naturaleza, principios y administración

El Régimen Previsional Mixto Solidario del Sector Salud (RPM-SS) es público,



mixto y solidario. Su Fondo Previsional del Sector Salud (FPSS) es implementado, administrado y supervisado presupuestalmente por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); y es monitoreado y supervisado en el ámbito sectorial por el Ministerio de Salud (MINSA), sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) y de la Contraloría General de la República (CGR).

La supervisión sectorial del MINSA comprende, como mínimo: i) verificación del cumplimiento de lineamientos sectoriales; ii) integridad y consistencia de padrones y datos INFORHUS; iii) correcta aplicación de escalafón y grupo ocupacional en el cálculo de beneficios; y iv) oportunidad en el reconocimiento y pago de prestaciones previsionales al personal de salud.

Artículo 5.- Pensión de jubilación (fórmula base del 60%)

La pensión de jubilación del RPM-SS se determina en sesenta por ciento (60%) de la escala salarial vigente correspondiente al grupo ocupacional y nivel del afiliado en la fecha de su jubilación, conforme a las tablas oficiales aprobadas por la autoridad competente (MINSA/SERVIR/MEF). El reglamento precisará la referencia remunerativa (remuneración total permanente o su equivalente) y reglas para casos de dedicación parcial o cambios de nivel en los últimos doce (12) meses.

Artículo 6.- Beneficios del régimen

- a) Pensión de jubilación (Art. 5).
- b) Pensión de invalidez (equivalente a la pensión de jubilación calculada para su grupo y nivel).
- c) Pensión de viudez: 50% de la pensión que percibía o le habría correspondido al causante.
- d) Pensión de orfandad: 25% por cada hijo menor de 18 años o con discapacidad permanente, sin exceder el 50% en conjunto.
- e) Subsidio por luto y sepelio: dos (2) UIT, por única vez.

Artículo 7.- Aportes

El aporte obligatorio al RPM-SS es del quince por ciento (15%) de la remuneración asegurable para todos los afiliados, incluidos quienes migren desde el SNP (ONP) o el SPP (AFP). Se permiten aportes voluntarios con y sin fin previsional conforme a reglamento.

Artículo 8.- Cuenta Individual de Capitalización (CIC) y Subcuenta Solidaria

Cada afiliado contará con una Cuenta Individual de Capitalización (CIC) y una Subcuenta Solidaria de Contingencia (SSC) para supuestos de fuerza mayor, ambas con acceso en tiempo real.

Artículo 9.- Implementación del Fondo a cargo del MEF

El MEF implementa el FPSS conforme a los siguientes plazos:

- a) Aprobación de estatuto, política de inversiones y gestión de riesgos: 120 días.
- b) Constitución legal y operativa: 180 días.
- c) Inicio de operaciones: 210 días de publicada la Ley.



Artículo 10.- Afiliación e incorporación

- a) Se afiliarán al RPM-SS todos los trabajadores del sector salud comprendidos en los DL 276, 728, 1057 y 1153.
- b) Quienes provengan de SNP o SPP¹ podrán migrar conservando derechos, sin afectación de fondos.
- c) La afiliación y migración se realiza de forma escalonada dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia del reglamento.

Artículo 11.- Gobernanza y límites de gasto

El Consejo Directivo del FPSS se integra por: i) MEF (preside); ii) MINSA; iii) SERVIR; iv) EsSalud; v) dos representantes de organizaciones sindicales nacionales del sector salud de mayor representatividad; vi) un representante de los colegios profesionales del sector salud.

Los gastos administrativos anuales del FPSS no superan el 0,6% del patrimonio administrado o el 5% de los aportes anuales, lo que resulte menor.

Artículo 12.- Supervisión, control y auditoría

El MEF ejerce la rectoría económica y fiduciaria del FPSS. La SBS supervisa la política de inversiones, solvencia y gestión de riesgos. La CGR ejerce control gubernamental sobre el uso de recursos públicos

El MINSA ejerce supervisión sectorial del FPSS respecto de la adecuada focalización, padrones y criterios técnicos del sector salud, la observancia de condiciones de alto riesgo o desgaste y la oportunidad de prestaciones. El FPSS remite informes trimestrales al MEF, MINSA y SBS sobre cartera, rentabilidad, riesgo, gastos administrativos, número de afiliados y prestaciones otorgadas, y cuenta con auditoría externa anual de estados financieros y de gestión.

Artículo 13.- Transparencia

El FPSS publica trimestralmente en su portal institucional la composición de cartera, rentabilidad, gastos administrativos, remuneración de gestores, indicadores de riesgo, número de afiliados y detalle de prestaciones previsionales.

Remite **copia de los reportes trimestrales** al MINSA y al MEF, y un **informe anual** a las Comisiones de Trabajo y de Salud del Congreso, precisando hallazgos y medidas correctivas adoptadas.

Artículo 14.- Reconocimiento de aportes previos (BRP-SS)

Créase el Bono de Reconocimiento Previsional del Sector Salud (BRP-SS) para acreditar en la CIC los aportes y rendimientos netos acumulados en SNP o SPP. Emisión y acreditación por el MEF dentro de 24 meses desde la vigencia del reglamento.

Artículo 15.- Reglas complementarias de cálculo

El reglamento precisará parámetros operativos (por ejemplo, manejo de

¹ Decreto Ley N.º 25897. Decreto Ley que crea el Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (SPP). Diario Oficial El Peruano, 1992.



promociones de nivel en los últimos 12 meses, licencias no remuneradas y dedicación parcial), sin alterar la tasa base del 60% definida en el artículo 5.

Artículo 16.- Jubilación anticipada por alto riesgo o desgaste

El MINSA, mediante norma técnica, define puestos/áreas de alto riesgo o alto desgaste. El personal comprendido podrá jubilarse desde los cincuenta y cinco (55) años, con requisitos de aporte y ajustes actuariales.

Artículo 17.- Actualización de pensiones

Las pensiones y subsidios se actualizan anualmente de acuerdo con el mecanismo que establezca el reglamento, en función de indicadores objetivos (p. ej., variación de la UIT o IPC), prohibiéndose reducciones nominales.

Artículo 18.- Garantía estatal por fuerza mayor

Cuando el afiliado no cuente con fondos suficientes en su CIC por fuerza mayor (emergencias sanitarias, desastres naturales, incapacidad o invalidez sobreviniente, entre otros), el Estado, a través del FPSS, garantiza el cumplimiento de la pensión calculada conforme al artículo 5, bajo criterios de focalización (SISFOH) y evaluación actuarial del MEF.

Artículo 19.- Portabilidad y compatibilidad

Los períodos aportados bajo DL 276, 728, 1057 y 1153 son portables y acumulables. La pensión del RPM-SS es compatible con viudez y orfandad; es incompatible la doble percepción de pensión por el mismo hecho generador.

Artículo 20.- Incumplimiento del depósito de aportes

El empleador que no deposite aportes en plazo será sancionado con multa de 1 a 5 UIT, y por reincidencia hasta 20 UIT, además del pago de intereses moratorios a favor del afiliado y de las acciones civiles y penales que correspondan.

Artículo 21.- Estimación y seguimiento con INFORHUS

El MINSA, a través de INFORHUS, actualiza anualmente la proyección actuarial y de gasto del RPM-SS y supervisa su uso por el FPSS para programación multianual, informando a MEF y a la SBS sobre desviaciones relevantes.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley en noventa (90) días, incorporando evaluación actuarial e impacto fiscal multianual, sobre la base de la información INFORHUS.

Segunda.- Adecuación normativa

SBS, MEF, MINSA, SERVIR y EsSalud adecuan sus normas en ciento veinte (120) días.



KELLY ROXANA PORTALATINO ÁVALOS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Tercera.- Programación y sostenibilidad

La implementación es progresiva y se sujeta al Marco Macroeconómico Multianual y a la Ley de Presupuesto, priorizando el primer nivel de atención y áreas de alto riesgo.

Cuarta.- Lineamientos sectoriales de supervisión

El MINSA emite, en un plazo no mayor de sesenta (60) días hábiles, los lineamientos sectoriales para el monitoreo y supervisión del FPSS, incluyendo indicadores de oportunidad de prestaciones, consistencia de padrones INFORHUS, y correcta aplicación de escalafón y grupos ocupacionales, coordinando con el MEF y la SBS.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera.- Migración y BRP-SS

La migración y la emisión/acreditación del BRP-SS se ejecutan dentro de veinticuatro (24) meses desde la vigencia del reglamento.

Segunda.- No afectación de derechos adquiridos

Las pensiones otorgadas y procesos en trámite no se afectan por la presente Ley.

Tercera.- Ventana de afiliación escalonada

La afiliación y migración al RPM-SS se realizan de forma escalonada dentro de los doce (12) meses posteriores a la vigencia del reglamento, conforme a cronograma del FPSS.

Lima, 28 de agosto del 2025



1. EXPOSICION DE MOTIVOS

1.1. ANTECEDENTES:

En la década de los 80 se aprueba el Decreto Legislativo 276, el 6 de marzo de 1984 estableciendo en su artículo 35, inciso a), como causa justificada para cese definitivo de un servidor, el límite de setenta años de edad. Han pasado más de cuarenta años y la realidad epidemiológica ha cambiado mucho. La percepción de la salud a nivel global no es la misma.

Con la pandemia de la COVID-19 pudimos ser testigos presenciales de la vulnerabilidad sanitaria de nuestros adultos mayores. Y más aún, de los adultos mayores que trabajan en el sector salud; sector muy precarizado en nuestro país. Trabajadores que han visto venir numerosas epidemias, como la malaria de la década del '80, el cólera de la década del '90, la tuberculosis histórica, el dengue y, recientemente, la pandemia de la COVID-19. Se tiene que la gran mayoría de estos trabajadores padecen de distintas enfermedades. Sobre el particular, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH),² elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹, al año 2021 se encuentra que 93 051 personas tienen 68 años de edad y se encuentran activamente en un empleo. De aprobarse esta iniciativa legislativa al 2023, los primeros beneficiados serían este grupo de trabajadores. Asimismo, al año 2024, los beneficiados serían los que en el 2021 contaban con 67 años de edad.

Es decir, 112 755 trabajadores adultos mayores, y así sucesivamente. Edades crónicas otros infecto contagiosas que han adquirido por accidentes laborales.³

En otros países del mundo se gestionó mucho mejor la vejez con una jubilación que bordea la sexta década con una jubilación oportuna y una pensión adecuada a los adultos mayores, que disfrutaban de sus últimos años en descanso y tranquilidad con una salud mental y física estable.

Francia

Actualmente, la edad legal de la jubilación en Francia es a los 62 años de edad. Para las personas nacidas a partir de 1968, se aplazará a los 64 años de edad (por lo tanto, un asegurado nacido en 1968 podrá recibir su pensión de vejez francesa a partir de 2032). Francia ha vivido varias semanas de lucha de indignación contra una reforma de pensiones que, entre otros cambios, propone el retraso paulatino de la edad de jubilación de los 62 años actuales a 64 años para 2030. La decisión del presidente Emmanuel Macron de aprobarla por decreto intensificó las protestas. Sin embargo, la edad de jubilación que

² Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2021). Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). INEI. <https://www.inei.gob.pe>

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI - "Capítulo 4, La informalidad y la fuerza de trabajo". Consultado en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1764/cap04.pdf. Fecha de la consulta: 15 de julio del 2025



resultará de la protesta aún se quedará lejos de las de la mayoría de los países europeos.

En Europa, países como Chipre, Dinamarca, Estonia, Italia, Países Bajos, Portugal y otros, la jubilación promedio es 65 años de edad.

La edad de jubilación en América

Los países de América del Norte tienen la edad de jubilación más alta del continente. En Estados Unidos, la edad mínima de retiro para obtener una pensión completa es de 67 años de edad. En México y Canadá la edad mínima de jubilación es a los 65 años de edad. Pero tanto en Canadá como en Estados Unidos existen modelos de jubilación anticipada en los cuales se recibe una pensión parcial. En ese caso, las edades mínimas de jubilación son de 62 y 60 años de edad, respectivamente.

En América Latina, el Perú es el país con mayor edad de jubilación, con 70 años de edad, superando a Estados Unidos y Canadá, convirtiéndose en el país con la mayor edad de jubilación de toda América. El país con la edad de jubilación más baja es Venezuela, pues los hombres pueden retirarse con una pensión completa desde los 60 años de edad y las mujeres desde los 55 años de edad.

1.2. JUSTIFICACION

Para el año 2020, El Instituto Nacional de Estadística e Informática, ha estimado que "la esperanza de vida de la población peruana aumentó en las últimas cuatro décadas, por lo que, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad, las peruanas y los peruanos vivirán, en promedio, 76,5 años".

Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, estima que, para el año 2050, "la esperanza de vida de los peruanos alcanzaría los 79 años y que la mortalidad infantil se reducirá a 10 muertes por mil nacimientos". De igual modo, se estima que la tasa media anual de crecimiento poblacional descienda al 0,3% y el número de hijos por mujer baje de 2,3, actualmente, a 1,8 hijos por mujer en el año 2050".

El aumento de la esperanza de vida y la realidad social en nuestro país no debería servir para hacer que nuestros adultos mayores sigan trabajando hasta el límite del promedio de esperanza de vida 75-76 años, si no, en ejercicio de su libertad, vivan dignamente al amparo de una jubilación decorosa, con el respaldo del Estado. Por ello, debe modificarse la edad límite para el cese del trabajador del régimen laboral público y el privado a 60 años de edad, permitiéndoles de esta manera, gestionar adecuadamente su vejez y su deceso.

El servidor debe irse de la institución que laboró, por la puerta grande en la plenitud de sus facultades físicas y mentales. La vejez se gestiona centrando el vivir en aspectos y pensamientos positivos, estilos de vida saludable acorde con la edad, acompañado de una



buena alimentación, del ejercicio físico, el cual previene muchas enfermedades física y mental.

La contribución al Estado por parte de los trabajadores con su conocimiento y experiencia a través de los años, han permitido que diferentes epidemias hayan sido controladas. La pandemia de la COVID-19 fue una muestra de lo valioso que es nuestros recursos humanos del sector salud. Sin embargo, también puso en evidencia que fue la población más vulnerable, especialmente, los adultos mayores, convirtiéndose en la estadística más grande de defunciones en nuestro país y en el mundo. Por lo que es necesario ante cualquier posible pandemia o epidemia que el mundo vuelva a sufrir. Nuestros adultos mayores, la población más vulnerable, no puede estar trabajando, arriesgando sus vidas, tienen que gozar de una jubilación digna y responsable.

La Organización Mundial de la Salud⁴, ha señalado que, a menudo, las empresas no están conscientes de los puntos fuertes de los trabajadores de más edad y, en muchos casos, las condiciones existentes de trabajo o el prejuicio pueden conducir a discriminación contra estos trabajadores.

En nuestro país la situación de los trabajadores en edad de jubilación que no quieren abandonar sus puestos de labores no está relacionado con las condiciones laborales, ni con las dificultades físicas o mentales para desarrollar sus labores, sino está directamente relacionada con la precaria remuneración que reciben al retirarse con nuestro actual sistema de pensiones.

En muchos países, las empresas han jubilado a los trabajadores no solo con edad avanzada, sino también con edad intermedia tardía, lo que produce una pérdida económica considerable y un desperdicio de la experiencia, aptitudes y capacidades de los trabajadores de más edad.

En tales circunstancias, se priva al trabajador de los beneficios del trabajo, lo que puede afectar a la calidad general de su vida. Señala asimismo la OMS que, "la capacidad de trabajo, no la edad, deberá ser el criterio para la contratación y retención de los empleados.

En nuestro país, faltan estudios vinculantes, sobre todo en el sector salud, donde el estrés laboral, la vulnerabilidad a contraer ciertas enfermedades en estos grupos etarios, estudios que determinen si los trabajadores ¿siguen produciendo igual o su producción es menor después de los 60 años de edad?, ¿cuánto es el tiempo que usan los trabajadores después de los 60 años de edad para controles médicos

⁴ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers%27-health>



ambulatorios o estancias hospitalarias por enfermedades crónicas? Sin embargo, la OMS recomienda a sus estados miembros⁵ lo siguiente:

- 1) Que los gobiernos adopten y apoyen, mediante leyes apropiadas, políticas nacionales encaminadas a mantener a los trabajadores de más edad en un papel social y económicamente importante.
 - 2) La política pública deberá ayudar a los colaboradores sociales a establecer condiciones de trabajo y servicios de salud ocupacional que permitan a los trabajadores vivir una vida laboral plena y productiva durante su vejez.
 - 3) En vista del incremento en la relación de personas jubiladas frente a las personas con edad laboral, los gobiernos deben considerar incentivos para animar a los trabajadores de más edad a permanecer en la fuerza de trabajo en tanto que se lo permita su salud.
 - 4) Deben realizarse exámenes periódicos de salud para todos los trabajadores de cuarenta y cinco o más años de edad. Estos exámenes pretenden identificar:
 - a) Déficit en áreas tales como fuerza muscular y desempeño y condición cardiorrespiratoria, que podrían mejorarse mediante programas de ejercicios;
 - b) Cambios relacionados con la edad en funciones tales como la visión, la audición y el sistema musculoesquelético, que requerirían la adaptación adecuada del ambiente de trabajo y la provisión de ayuda adecuada;
- a) Factores de riesgo físico y mental con respecto a la morbilidad y mortalidad, que deberían comunicarse al trabajador y a su médico para tratamiento apropiado o ajustes en el estilo de vida. Podemos sacar conclusiones de estas recomendaciones que hace la organización mundial de la salud, en nuestro país la salud ocupacional no está implementado en la mayoría de establecimiento de labores tanto público como privado, tampoco hay chequeos periódicos para evaluación preventiva de manera integral e individualizada.

Lamentablemente, estas recomendaciones en nuestro país no se cumplen. La Ley N° 29783, "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo"⁶, cuyo objeto principal es promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país no se cumple, la falta de implementación de la salud ocupacional es muy marcada los establecimiento de salud del primer nivel no tienen este servicio, en el segundo nivel y tercer nivel a raíz de la pandemia COVID

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS), El envejecimiento y la capacidad de Trabajo. Ginebra. 1993. Pág. 35

⁶ <https://diariooficial.elperuano.pe/Normas/obtenerDocumento?idNorma=38>



19 están en proceso de implantación por lo tanto los chequeos periódicos para evaluación preventiva de manera integral e individualizada no se realizan y en nuestro país no existe una base de datos para hacer esta medición.

El Sistema de Pensiones peruano y su urgente reforma, se encuentra cada vez más de espaldas al trabajador. La agenda de reforma viene de muchos años atrás. En el Perú ha habido grandes reformas al Sistema de Pensiones. Así, en el año 1973 se crea el Sistema Nacional de Pensiones y que se basó en un sistema administrado por el Estado a través del Seguro Social del Perú. En el año 1974, se crea el régimen de pensiones y compensaciones por los servicios prestados por los trabajadores del sector público, el mismo que fue subsidiado en un 85% por el Estado (en opinión de un buen número de especialistas, se trataría de uno de los mejores sistemas de pensiones que ha tenido el país en favor del trabajador). En el año 1980, se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) quien administró el sistema de salud y de pensiones.

En 1993, el sistema de pensiones experimenta un gran retroceso. Se implementa la reforma de pensiones producto de factores como el económico y laboral. Se dio paso a la precarización de las pensiones de jubilación. Por ejemplo, con aquel nuevo sistema de pensiones peruano, se contemplaba la libertad de las personas que empezaban su vida laboral de decidir si se afiliaban al Sistema Nacional de Pensiones (SNP) o al Sistema Privado de Pensiones (SPP), lo que hizo que el Estado deje en manos de terceros una responsabilidad que le tocaba asumir, sobre todo en una época tan vulnerable para la clase trabajadora.

Desde la reforma del sistema el sistema de pensiones peruanos, en el año 1993, las aseguradoras de los fondos de pensiones (AFPs) han sido las grandes beneficiadas. Estas aseguradoras retienen en cada pago el 11.97%, en promedio, del total de la remuneración, lo que varía dependiendo de la aseguradora.

En estos treinta años de existencia de este sistema privado, no se ha visto beneficio mayor para el jubilado, por parte de las aseguradoras privadas.

Siendo las ganancias de las AFPs exponenciales. Solo en lo que va de este 2024, las ganancias de las AFPs, por comisiones obligatorias, superan los 200 millones de soles. Estas ganancias se han mantenido de forma exponencial desde su creación. Los trabajadores para tener un sueldo que supere el



sueldo mínimo vital al jubilarse, tienen que tener fondos en las AFPs que superen los 180 mil soles. Hoy en día estamos viendo, después de tres décadas, jubilados con montos mensuales muy inferiores al sueldo mínimo vital, imposible de cubrir la canasta básica familiar. El monto de aporte a la ONP es el 13% del sueldo mensual del trabajador, este fondo global no permite individualizar los aportes, lo administra el Estado y representa un número menor de afiliados y los sueldos al jubilarse son alrededor de 1 200 soles.

La reforma del sistema de pensiones de 1993 ha sido un fracaso. Los grandes beneficiados son las empresas administradoras de fondos de pensiones y los grandes perjudicados los trabajadores. Frente a ello, esta iniciativa legislativa busca crear un sistema previsional para el trabajador de salud donde el aporte de los trabajadores debería ser de 15 % mensual de la remuneración, creando un sistema previsional, que sea accesible y brinde pensiones justas y adecuadas. En la cual la edad de jubilación sea de sesenta (60) años de edad. Modificando el artículo 35 del Decreto Legislativo 276, estableciendo en su literal a) el límite de edad a 70 años, que puede prolongarse bajo acuerdo mutuo entre empleador y trabajador, donde la pensión mínima de jubilación para todos los aportantes sea hasta una (01) unidad impositiva tributaria (UIT).

En este nuevo sistema previsional proponemos un sistema con beneficios que incluyen:

- A. Pensión de invalidez. Esta es una renta vitalicia debe recibir el asegurado que tenga una discapacidad física o mental, certificada por una Junta Medica Calificada.
- B. Pensión de sobrevivencia para los familiares a cargo después de la muerte del asegurado o pensionista, En el caso de cónyuge, equivale a una pensión de viudez, pensión de orfandad se aplica a los niños menores de dieciocho (18) años y a los niños mayores de 18 años con una discapacidad física o mental permanentes según lo determine una junta médica calificada.
- C. Luto y sepelio. los gastos de sepelio de asegurados o pensionistas se reconocen mediante pago o reembolso de 2 UIT por única vez hace más de 02 décadas el monto este congelado en 3000.00 nuevos soles.



También esta iniciativa legislativa propone la creación del **Fondo Previsional del Trabajador de Salud**. Dicho fondo será una institución autónoma administrada por el Ministerio de Economía. Y, además, se propone **la creación de la Cuenta Individual de Capitalización (CIC)**, donde se registran los aportes que realiza un trabajador durante su vida laboral, y las comisiones obligatorias serán administradas por el Estado en beneficio de trabajadores de forma transparente, donde se permita el acceso en tiempo real.

El aporte es mínimamente mayor al actual pero la rentabilidad en años permitirá que el estado gane lo suficiente por concepto de comisiones netas que le permita al trabajador de salud tener una pensión digna para gestionar su vejez de manera decorosa después de servir a la Patria en las condiciones en las que se laboran en el sector público de salud.

Según el Banco Mundial, con su informe de abril del 2023, entre 2004 y

2019⁷, la pobreza se redujo de 59% a 20% principalmente por el impulso del crecimiento económico, aunque esta cifra aumento a 26% en 2021 a consecuencia de la pandemia. No obstante, muchas de las personas que salieron de la pobreza permanecieron en la zona de vulnerabilidad⁸: cuatro de cada diez peruanos están en riesgo de caer en pobreza, el nivel más alto desde 2004, indica el informe. La crisis también aceleró la urbanización de la pobreza. Hoy en el Perú, siete de cada diez pobres viven en áreas urbanas. A pesar de ello, los pobres rurales todavía son más pobres que los urbanos.

Asimismo, la esperanza de vida en América Latina y el Perú no escapan a este proceso, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más aumentará progresivamente en las próximas décadas. En términos absolutos, entre 1950 y 2000, 1 millón 462 mil personas adultas mayores se sumaron a las más de 440 mil personas que construían este grupo poblacional, y entre los años 2000 y 2020 el incremento correspondería a 2 millones 238 mil personas. Resultado de la dinámica poblacional, la proporción de personas adultas mayores será más del doble que la población estimada para el año 2020, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional alcanzaría los 9 millones 504 mil personas. Se trata de una población que creció en esta última década a una tasa

⁷ <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2023/04/26/peru-informe-pobreza-y-equidad-resurgir-fortalecidos>

⁸ Banco Mundial. (2023). Informe sobre la pobreza y vulnerabilidad en el Perú. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org>



promedio anual de 4,9%, con un impulso mucho mayor que la que muestra la población total del país (1,3%).

Según INEI⁹, para el año 2050 se proyecta que uno de cada cinco peruanas/peruanos será una persona adulta mayor (igual o mayor a 60 años). Como consecuencia del aumento de la longevidad, la proporción de las personas de edad más avanzada también se incrementará, la población de 80 y más años pasó de un 0,3% a un 2,0% entre 1950 y 2020 y alcanzará un 5,1% en el año 2050. Al mismo tiempo, la evolución de la edad mediana de la población (indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades) muestra cómo ha ido en aumento el proceso de envejecimiento¹⁰, pasando de una edad mediana de 19,2 años en 1950 a otra de 30,6 años en el presente año, para alcanzar cerca a los 40 años en el 2050”.

Estos adultos mayores que al 2030 serán 16.1% y al 2050 de 24.1% viran en pobreza y pobreza extrema con este sistema precario de pensiones y tendremos al 2050 más de 24% de población longeva pobre.

CUADRO N°2.3
PERÚ: INDICADORES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN, 1950-2050

INDICADORES	1950	1970	1990	2000	2010	2020	2030	2050
Población de 60 y más años (En miles)	440,9	743,2	1 342,5	1 902,4	2 569,1	4 140,4	5 746,5	9 503,9
Porcentaje de población de 60 y más años	5,7	5,5	6,1	7,2	9,0	12,7	16,1	24,1
Porcentaje de población de 80 y más años	0,3	0,3	0,5	0,7	1,2	2,0	2,6	5,1
Edad mediana de la población	19,2	17,6	20	22,7	25,4	30,6	33,8	39,4
Relación entre adultos mayores y población joven	13,7	12,4	15,6	20,9	29,6	51,0	70,1	136,9

Fuente: INEI - PERÚ: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 - 2070.

1.3. MARCO NORMATIVO

- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Constitución Política del Perú
- Ley 26842, Ley General de Salud¹¹.
- Decreto Legislativo 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.

⁹ https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Envejecimiento y ciclo de vida: Recomendaciones para políticas laborales y de salud. OMS. <https://www.who.int>

¹¹ Ley N.º 26842. Ley General de Salud. Diario Oficial El Peruano, 1997.



- Decreto Ley 25897, Decreto Ley que Crea el Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones - SPP, conformado por las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones — AFP.
- Ley 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

2. ANÁLISIS COSTO — BENEFICIO

La creación del Régimen Previsional Mixto Solidario del Sector Salud (RPM-SS) implica una inversión inicial significativa para el Estado, derivada principalmente de la constitución y operación del Fondo Previsional del Sector Salud (FPSS), la implementación de los mecanismos de supervisión, y el pago de pensiones calculadas bajo la fórmula base del sesenta por ciento (60%) de la escala salarial vigente del grupo ocupacional y nivel del afiliado.

Asimismo, la emisión del Bono de Reconocimiento Previsional del Sector Salud (BRP-SS) a quienes migren desde el Sistema Nacional de Pensiones (SNP) o el Sistema Privado de Pensiones (SPP) supondrá un desembolso adicional, necesario para reconocer sus aportes previos y garantizar la equidad en el nuevo régimen.

El impacto fiscal dependerá del número de afiliados iniciales, que comprendería a todo el personal de salud bajo los Decretos Legislativos N.º 276, 728, 1057 y 1153, así como a quienes se acojan voluntariamente desde el SNP y SPP. Considerando un universo aproximado de 150,000 trabajadores y un aumento promedio de pensión entre S/ 500 y S/ 1,200 mensuales respecto a los niveles actuales, el costo adicional anual podría fluctuar entre **S/ 900 millones y S/ 2,160 millones**. Sin embargo, este monto se reducirá progresivamente debido a la rotación natural de personal y al equilibrio actuarial generado por el aporte obligatorio del quince por ciento (15%) de la remuneración asegurable.

Los beneficios sociales y económicos de la medida superan ampliamente los costos proyectados:

- **Fortalecimiento de la sostenibilidad previsional** mediante un esquema mixto que combina capitalización individual con solidaridad intergeneracional.
- **Reducción de la pobreza en adultos mayores del sector salud**, garantizando ingresos suficientes para cubrir la canasta básica familiar y gastos en salud.
- **Mejora del bienestar y salud física y mental** de los pensionistas, al permitirles financiar tratamientos, medicamentos y servicios asistenciales, disminuyendo la presión sobre el sistema público de salud.



- **Atracción y retención de talento en el sector salud**, al ofrecer un régimen previsional sólido y digno que reconozca el valor del servicio prestado.
- **Dinamización de economías locales** por el incremento del consumo interno derivado del aumento de ingresos de los pensionistas.

En términos de relación costo–beneficio, la implementación del RPM-SS es favorable y viable en el mediano y largo plazo, dado que los beneficios sociales, la reducción de brechas previsionales y el cumplimiento de los principios constitucionales de justicia social, equidad y progresividad justifican plenamente la inversión pública que demanda su ejecución.

3. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN NUESTRA LEGISLACIÓN

La entrada en vigencia de la presente Ley producirá modificaciones sustanciales en el marco normativo vigente en materia previsional aplicable al sector salud, al establecer un régimen especial —el Régimen Previsional Mixto Solidario del Sector Salud (RPM-SS)— con características y reglas propias, complementarias y, en algunos casos, prevalentes sobre las disposiciones generales de los Decretos Legislativos N.º 276 y N.º 728, así como de los regímenes previsionales del Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y del Sistema Privado de Pensiones (SPP).

En primer lugar, la norma modifica el literal a) del artículo 35 del Decreto Legislativo N.º 276 y extiende esta disposición al personal del sector salud bajo el Decreto Legislativo N.º 728, estableciendo una edad mínima de jubilación de sesenta (60) años y un límite máximo de setenta (70) años, prorrogable por acuerdo entre las partes. Esto implica armonizar la normativa laboral del sector público y privado en salud, reconociendo las condiciones especiales de riesgo, desgaste y exposición propias de esta actividad.

En segundo lugar, la creación del RPM-SS y de su Fondo Previsional (FPSS) introduce un esquema previsional público, mixto y solidario con administración y supervisión conjunta del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y del Ministerio de Salud (MINSA), complementado con el control de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) y la Contraloría General de la República (CGR). Esto requerirá la adecuación de los reglamentos y procedimientos vigentes en dichas entidades, así como la emisión de disposiciones complementarias que regulen el funcionamiento operativo, la gobernanza y la política de inversiones del FPSS.

Asimismo, la norma tendrá efectos sobre la legislación secundaria y reglamentaria que regula el cálculo y pago de pensiones, la portabilidad



de aportes, los beneficios por invalidez, viudez y orfandad, y el subsidio por luto y sepelio, incorporando criterios específicos como la tasa base del 60% de la escala salarial vigente y la existencia de una Subcuenta Solidaria para contingencias.

En lo que respecta a la legislación previsional general, la presente Ley se constituye en una disposición especial que prevalece sobre las normas del SNP y SPP para el personal de salud, sin afectar los derechos adquiridos y garantizando la migración voluntaria desde otros regímenes con reconocimiento de aportes previos mediante el Bono de Reconocimiento Previsional del Sector Salud (BRP-SS).

Finalmente, la vigencia de esta norma consolida un precedente de reconocimiento legal a las condiciones especiales de la labor sanitaria, incorporando en la legislación nacional un régimen previsional que materializa los principios constitucionales de progresividad, solidaridad, no regresividad y justicia social, y que se articula con las políticas de Estado en materia de protección social y seguridad social universal.

4. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Ley es de aplicación exclusiva para el personal que presta servicios en el sector salud, comprendiendo a todos los trabajadores que se encuentren bajo los alcances de los siguientes regímenes laborales:

- Decreto Legislativo N.º 276 – **Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público**¹².
- Decreto Legislativo N.º 728 – **Ley de Productividad y Competitividad Laboral**¹³.
- Decreto Legislativo N.º 1057 – **Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS)**.
- Decreto Legislativo N.º 1153 – **Norma que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado**¹⁴.

Asimismo, podrán afiliarse al Régimen Previsional Mixto Solidario del Sector Salud (RPM-SS) aquellos trabajadores de salud que se encuentren actualmente en el Sistema Nacional de Pensiones (SNP) o en el Sistema Privado de Pensiones (SPP), quienes podrán migrar de forma voluntaria conservando sus derechos previsionales y con el reconocimiento de sus aportes previos mediante el Bono de Reconocimiento Previsional del Sector Salud (BRP-SS).

¹² Decreto Legislativo N.º 276. Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. Diario Oficial El Peruano, 6 de marzo de 1984.

¹³ Decreto Legislativo N.º 728. Ley de Productividad y Competitividad Laboral. Diario Oficial El Peruano, 1997.

¹⁴ Decreto Legislativo N.º 1153. Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. Diario Oficial El Peruano, 2013.



El ámbito de aplicación de la presente Ley se extiende a nivel nacional, incluyendo a los trabajadores del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, del Seguro Social de Salud (EsSalud), de organismos públicos adscritos al sector, así como de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que integran el Sistema Nacional de Salud.

5. RELACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL.

La presente iniciativa legislativa se enmarca dentro de los objetivos establecidos en la **Agenda Legislativa 2024–2025** del Congreso de la República, en el eje de **Desarrollo con Equidad y Justicia Social**, y se vincula directamente con las **Políticas de Estado del Acuerdo Nacional**, en particular con la **Política de Estado N.º 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación** y la **Política de Estado N.º 14: Acceso universal a los servicios de salud y seguridad social**

Desde la perspectiva de la Agenda Legislativa, el proyecto contribuye a reducir las brechas previsionales y a garantizar condiciones de retiro dignas para los trabajadores del sector salud, corrigiendo desigualdades estructurales que afectan especialmente a quienes han desarrollado su labor en condiciones de alto riesgo, desgaste físico y exposición a enfermedades

En cuanto a su relación con las **Políticas de Estado del Acuerdo Nacional**:

- **Política de Estado N.º 11:** La creación del Régimen Previsional Mixto Solidario del Sector Salud promueve la igualdad de oportunidades para un grupo de trabajadores históricamente postergado, reconociendo sus derechos previsionales y eliminando inequidades con respecto a otros sectores del servicio público.
- **Política de Estado N.º 13: Acceso a la seguridad social universal:** Garantiza que todos los trabajadores del sector salud, independientemente del régimen laboral en el que se encuentren, accedan a un sistema previsional justo, sostenible y solidario.
- **Política de Estado N.º 14:** Refuerza la seguridad social como parte del derecho a la salud, asegurando pensiones que permitan a los jubilados mantener un nivel de vida adecuado y financiar sus necesidades médicas en la vejez.
- **Política de Estado N.º 15: Reducción de la pobreza:** Contribuye a disminuir la incidencia de pobreza en la población adulta mayor del sector salud, aumentando sus ingresos y reduciendo su dependencia de programas asistenciales.

En conjunto, esta propuesta legislativa se articula con los compromisos asumidos por el Estado peruano para avanzar hacia un sistema de protección social integral, equitativo y sostenible, en cumplimiento de los principios constitucionales de dignidad, solidaridad y progresividad de los



KELLY ROXANA PORTALATINO ÁVALOS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

derechos sociales, así como de los tratados internacionales ratificados por el Perú.