



**PROYECTO DE LEY QUE
GARANTIZA LA AUTONOMIA
ADMINISTRATIVA, OPERATIVA Y
FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL
DE SALUD Y DE SU CONSEJO
DIRECTIVO EN BENEFICIO DE LA
CLASE ASEGURADA**

Los Congresistas del Grupo Parlamentario Podemos Perú, que suscriben, a iniciativa del Congresista de la República **JOSÉ ALBERTO ARRIOLA TUEROS**, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado, concordante con los artículos 22°-C, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente proyecto de reforma constitucional:

FÓRMULA LEGAL

**PROYECTO DE LEY QUE GARANTIZA LA AUTONOMIA ADMINISTRATIVA, OPERATIVA Y
FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD Y DE SU CONSEJO DIRECTIVO EN
BENEFICIO DE LA CLASE ASEGURADA**

ARTÍCULO 1°. - OBJETO DE LA LEY

La presente Ley tiene por objeto garantizar la autonomía administrativa, operativa y financiera del Seguro Social de Salud – ESSALUD y de su Consejo Directivo, impidiendo la injerencia política del Poder Ejecutivo.

Asimismo, establecer que ESSALUD no se encuentra adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, constituyéndose como un organismo público descentralizado con autonomía integral, cuyo objetivo es brindar prestaciones asistenciales de calidad con calidez en beneficio de la clase asegurada.

ARTICULO 2°. - FINALIDAD DE LA LEY

ESSALUD atraviesa una crisis estructural que no podemos dejar de soslayar, centrando su problemática en que, pese a que su sostenibilidad financiera depende exclusivamente de los aportes de los empleadores y no del Poder Ejecutivo, este último mantiene la facultad y/o potestad de designar al presidente ejecutivo, lo que genera una conducción politizada y carente de autonomía.

Esta contradicción institucional se refleja a través de los años en el desabastecimiento constante de medicamentos, insumos, inoperatividad equipos médicos en hospitales, producto de compras fragmentadas y falta de planificación, lo que ha derivado en largas colas, citas diferenciadas, intervenciones quirúrgicas embalsadas, equipos obsoletos y una atención deficiente en perjuicio directo de los asegurados, por ello, la finalidad de la presente Ley, es garantizar prestaciones asistenciales de calidad con calidez, dentro de la autonomía administrativa, operativa y financiera

de ESSALUD y de su Consejo Directivo, no permitiendo la injerencia política del Poder Ejecutivo, en beneficio de la clase asegurada.

ARTICULO 3°.- CONFORMACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

Se establece que el Consejo Directivo, está integrado por nueve miembros, distribuidos de la siguiente manera:

Por parte del Estado, tres representantes propuestos por el Ejecutivo.

Por parte de los empleadores, tres representantes elegidos por cada uno de los grupos empresariales clasificados como:

- Un representante de los grandes empresarios,
- Un representante de los medianos empresarios,
- Un representante de los pequeños y microempresarios.

Por parte de la clase asegurada, son tres representantes elegidos por ellos, distribuidos de la siguiente manera:

- Un representante del régimen laboral público,
- Un representante del régimen laboral privado y,
- Un representante de los pensionistas.

ARTICULO 4°.- DE LA ELECCIÓN DEL PRESIDENTE EJECUTIVO Y RECONOCIMIENTO DEL CONSEJO DIRECTIVO

El Presidente Ejecutivo de ESSALUD es elegido definitivamente por mayoría simple entre los miembros del Consejo Directivo.

El Consejo Directivo reconoce al Presidente Ejecutivo, a los representantes de los empleadores y de los asegurados, elegidos conforme al reglamento de la presente Ley.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. VIGENCIA DE LEY

La presente ley entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano", dejándose sin efecto toda norma que se contraponga.

SEGUNDA. NORMATIVA REGLAMENTARIA

El Poder Ejecutivo, emitirán las disposiciones reglamentarias necesarias para la implementación de la presente ley, en un plazo máximo de 30 días calendarios contados a partir de su entrada en vigencia.

Congreso de la República

José Alberto Arriola Tueros
Congresista

www.congreso.gob.pe
Edificio Fernando Belaunde Terry
Jirón Huallaga N° 358, Cercado de Lima
2do. Piso - Oficina N° 202

Teléfono (01) 311-777- Anexo 7210

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1. MARCO NORMATIVO

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ (Promulgado el 29/12/1993)**

“Artículo 1. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

Artículo 2. Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar.

El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

(...)

Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

(...)

Artículo 9. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10. El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento. La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado.

Artículo 12. Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley.

- **LEY N° 27056, LEY DE CREACION DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (Publicada el 30/01/1999).**

(...)

CAPITULO II

DE LA ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

Artículo 5.- Consejo Directivo

5.1 El Consejo Directivo es el órgano de dirección del ESSALUD. Le corresponde establecer la política institucional y supervisar la aplicación de la misma.

5.2 Está integrado por tres representantes del Estado, uno de los cuales propuesto por el Ministro de Salud; tres representantes de los empleadores elegidos por cada uno de los grupos empresariales clasificados como grandes, medianos, pequeños y microempresarios y tres representantes de los asegurados, uno de los cuales representa a los trabajadores del régimen laboral público, uno del régimen laboral privado y otro a los pensionistas. Un representante del Estado preside en calidad de Presidente Ejecutivo."

Artículo 6.- Designación y reconocimiento del Consejo Directivo

6.1 Los representantes del Estado ante el Consejo Directivo del ESSALUD son designados por Resolución Suprema refrendada por el Ministro de Trabajo y Promoción Social.

6.2 El Ministro de Trabajo y Promoción Social, mediante Resolución Ministerial, reconoce a los representantes de los empleadores y asegurados, elegidos conforme al reglamento de la presente Ley.

6.3 El cargo de miembro del Consejo Directivo es incompatible con el desempeño de cualquier función en el ESSALUD, salvo la de Presidente Ejecutivo. Mediante reglamento se establecerán los demás impedimentos para ejercer el cargo, así como las causales de vacancia.

Artículo 7.- Competencias del Consejo Directivo

Compete al Consejo Directivo:

- Dictar las políticas y lineamientos institucionales, en concordancia con la Política Nacional de Salud;
- Aprobar el Balance General y la Memoria Anual así como el Presupuesto Anual que presenta el Presidente Ejecutivo, y disponer su remisión a las entidades correspondientes, así como la respectiva publicación;
- Proponer a través del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, la modificación de la tasa de aportación y del porcentaje de crédito del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, de acuerdo al estudio financiero actual y emitir opinión técnica sobre dichas modificaciones;
- Proponer al Ministerio de Trabajo y Promoción Social los proyectos de normas legales relacionadas con el ámbito de competencia del ESSALUD;

- e) *Dictar disposiciones relacionadas con las obligaciones de las entidades empleadoras y sus asegurados;*
- f) *Fijar las dietas de los Consejeros por asistencia a sesión, de acuerdo a las normas legales vigentes; y*
- g) *Otras que le confiera la presente Ley y otras normas legales.*

- **LEY N° 28006, LEY QUE GARANTIZA LA INTANGIBILIDAD DE LOS FONDOS Y RESERVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y RESTITUYE LA AUTONOMIA ADMINISTRATIVA, ECONOMICA, FINANCIERA Y PRESUPUESTAL DE ESSALUD (Publicada el 18/06/2003)**

“(…)

Artículo 6°.- Del ejercicio de la autonomía administrativa, económica y financiera y presupuestal de ESSALUD.

Las operaciones, adquisiciones, transferencias, colocaciones e inversiones financieras que realice ESSALUD no debe afectar la estabilidad económica del país.

ESSALUD coordinará anualmente con el Ministerio de Economía y Finanzas la elaboración de su presupuesto anual global, ajustándose a la Ley de Transparencia y a las normas de Ejercicio Presupuestal y gasto público que le sean aplicables, siempre que no atenten contra su autonomía”.

1.2. ANTECEDENTES

El Seguro Social de Salud – EsSalud – constituye uno de los pilares de la seguridad social en el Perú, pero su historia normativa y administrativa muestra con claridad cómo la falta de autonomía real ha generado problemas estructurales que afectan directamente a los asegurados.

En sus antecedentes normativos de EsSalud se tiene la Ley N° 10807, que crea el Seguro Social del Empleado Público y particular, de fecha 04 de marzo de 1947, luego el Seguro Social Obligatorio de Empleados creado el 1948, por Decreto Ley N° 10902, que fueron los primeros intentos de establecer un sistema contributivo de salud.

Posteriormente, el Decreto Ley N° 23161 de fecha 1980, creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), integrando diversos regímenes de seguros sociales en una sola entidad. En 1999, mediante la Ley N° 27056 y el Decreto Supremo N.º 002-99-TR, el IPSS fue reorganizado y se estableció EsSalud como organismo público descentralizado adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, con patrimonio propio y fondos intangibles.

La normativa reconoce que los recursos de EsSalud provienen de aportes de empleadores y trabajadores y que deben destinarse exclusivamente a prestaciones de salud. Sin embargo, el mismo marco legal dispuso que el Consejo Directivo de ESSALUD este integrado por nueve (09) representantes, de los cuales, tres (03) son del Poder Ejecutivo, siendo uno de estos el Presidente Ejecutivo, lo que ha limitado su autonomía y ha mantenido una fuerte injerencia política en su conducción.

Asimismo, de acuerdo al artículo 6° de la Ley N° 28006, Ley que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social y restituye la autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal de ESSALUD, de fecha 18/06/2003, el presupuesto anual global de ESSALUD debe ser elaborado en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, disminuyendo aun mas la autonomía de ESSALUD.

Esta dependencia normativa ha tenido consecuencias prácticas negativas. La rotación constante de presidentes ejecutivos cada vez que cambia el gabinete ministerial ha interrumpido proyectos de infraestructura hospitalaria y modernización tecnológica. Hospitales como los de Piura, Chao (La Libertad) y otros han sufrido paralizaciones, sobre costos y retrasos debido a la falta de continuidad administrativa.

Los procesos de compras de medicamentos y equipos médicos han estado marcados por deficiencias, sobre costos y desabastecimientos, afectando directamente la atención de los pacientes. La politización de nombramientos ha debilitado la profesionalización de la gestión, priorizando intereses coyunturales sobre la misión institucional.

Los usuarios han sido los principales perjudicados: largas colas, tiempos de espera excesivos para consultas y cirugías, servicios de emergencia saturados, infraestructura hospitalaria colapsada y desabastecimiento de medicinas. Estos problemas no se explican únicamente por limitaciones presupuestales, sino por una administración marcada por la injerencia política y la ausencia de un gobierno corporativo independiente que actúe con criterios técnicos y fiduciarios.

Además, la subordinación parcial de EsSalud al Ejecutivo genera además un conflicto de intereses estructural: mientras la misión institucional exige garantizar prestaciones sostenibles y de calidad para los aportantes, el Ejecutivo puede priorizar metas macrofiscales de corto plazo —reducción del gasto, reasignaciones presupuestales— que comprometen la solvencia y la continuidad de las políticas sanitarias.

Esa tensión erosiona la confianza de los asegurados y pone en riesgo la finalidad misma de los fondos intangibles, concebidos para proteger prestaciones presentes y futuras. Por ello, resulta imprescindible replantear el diseño del gobierno corporativo y

el régimen presupuestario de EsSalud para asegurar que las decisiones estratégicas y financieras respondan a criterios técnicos, actuariales y de salud pública, y no a intereses políticos transitorios

Por estas razones, resulta indispensable que el Directorio de EsSalud deje de estar integrado por representantes del Poder Ejecutivo y que se elimine cualquier mecanismo de coordinación obligatoria con el Ministerio de Economía y Finanzas en la elaboración de su presupuesto. La presencia de representantes políticos en el órgano de gobierno y la subordinación del proceso presupuestario a criterios macrofiscuales ajenos a la misión institucional han demostrado ser factores que generan inestabilidad, politización de decisiones y limitaciones en la capacidad de planificación estratégica.

La seguridad social, por su naturaleza, requiere un gobierno corporativo independiente, conformado por profesionales con perfiles técnicos en salud pública, finanzas actuariales, gestión hospitalaria, administración pública y regulación sanitaria, que actúe como verdadero custodio de los fondos intangibles y de la misión institucional de garantizar prestaciones de salud oportunas y sostenibles para los asegurados.

Un Directorio autónomo permitiría diseñar y ejecutar planes de mediano y largo plazo, asegurar la continuidad de proyectos estratégicos de infraestructura y modernización tecnológica, reducir la politización de nombramientos y fortalecer la disciplina financiera. La autonomía presupuestaria, por su parte, garantizaría que EsSalud formule y ejecute su presupuesto anual con criterios técnicos y actuariales, priorizando las necesidades de los asegurados y la sostenibilidad del sistema, sin interferencias externas que respondan a intereses coyunturales.

Este nuevo modelo de gobernanza facilitaría además la implementación de mecanismos de transparencia y evaluación por desempeño, con indicadores claros y verificables sobre calidad de atención, tiempos de espera, ejecución de inversiones y solvencia financiera, sometidos a auditorías externas independientes y al control social de los propios asegurados. De esta manera, se fortalecería la confianza ciudadana en la institución y se consolidaría la intangibilidad de los fondos, asegurando que los recursos se destinen exclusivamente a la finalidad para la cual fueron creados.

En conclusión, los antecedentes normativos y las experiencias prácticas muestran que, aunque EsSalud fue concebido como organismo público descentralizado, su autonomía ha sido limitada por la injerencia del Poder Ejecutivo en su conducción y en la elaboración de su presupuesto. Las consecuencias de esta falta de independencia se reflejan en retrasos de obras hospitalarias, deficiencias en los procesos de

adquisición, desabastecimiento de medicamentos y colapso de servicios, afectando directamente a los usuarios que financian el sistema con sus aportes.

Por ello, se hace urgente la aprobación de un proyecto de ley que establezca un nuevo modelo de gobernanza independiente del Ejecutivo, basado en la profesionalización, la transparencia, la responsabilidad fiduciaria y la autonomía presupuestaria, de modo que EsSalud pueda cumplir cabalmente su verdadera misión: brindar prestaciones de salud oportunas, sostenibles y de calidad a millones de peruanos y peruanas que confían en la seguridad social como garantía de protección frente a la enfermedad y la vulnerabilidad.

1.3. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

A la fecha, respecto a los antecedentes similares a la presente propuesta legislativa, se tienen los siguientes:

- **Proyecto de Ley N° 10951/2024-CR**: Este Proyecto de Ley, presentado el 29/04/2025, por el Congresista Waldemar José Cerrón Rojas, propone modificar el sistema de elección y designación del presidente ejecutivo del Seguro Social de Salud – ESSALUD, bajo los criterios de meritocracia y transparencia, garantizando la continuidad y estabilidad de la gestión institucional, así como la consolidación de su autonomía; a fin de democratizar el sistema de elección, permitiendo la participación de todos los trabajadores. Actualmente se encuentra en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social Constitución y Reglamento, desde el 29/04/2025, pendiente de emitirse Dictamen respectivo.
- **Proyecto de Ley N° 11207/2024-CR**: Este Proyecto de Ley, presentado el 16/05/2025, por la Congresista María Grimaneza Acuña Peralta, propone establecer los requisitos mínimos para el nombramiento de los miembros del consejo directivo del Seguro Social de Salud - ESSALUD, con la finalidad de garantizar una gestión eficiente, técnica y transparente de la institución. Actualmente se encuentra en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, desde el 19/05/2025, pendiente de emitirse Dictamen respectivo.
- **Proyecto de Ley N° 10811/2024-CR**: Este Proyecto de Ley, presentado el 10/04/2025, por el Congresista Juan Bartolome Burgos Oliveros, propone regular el procedimiento de selección y designación del presidente ejecutivo del Seguro Social de Salud - ESSALUD en base a los principios de meritocracia, idoneidad, ética, e, independencia, con la finalidad de garantizar la eficiencia y estabilidad de la gestión institucional de ESSALUD. Actualmente se encuentra en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social y Descentralización, Regionalización, Gobiernos

Locales y Modernización de la Gestión del Estado, desde el 14/04/2025, pendiente de emitirse Dictamen respectivo.

- **Proyecto de Ley N° 6916/2023-CR:** Este Proyecto de Ley, presentado el 30/01/2024, por el Congresista Jhaec Darwin Espinoza Vargas, propone modificar la Ley 27056, Ley de creación del seguro social de salud, para establecer requisitos idóneos para la designación y competencias del cargo de presidente ejecutivo y gerente general de la ESSALUD, a fin de fortalecer el seguro social de salud, y mejorar la calidad y oportunidad de las prestaciones y servicios para los asegurados, la sostenibilidad institucional y la generación de políticas de integridad y transparencia. Actualmente se encuentra en la Comisión de Economía, Banca, Finanzas e Inteligencia Financiera Trabajo y Seguridad Social, desde el 01/02/2024, pendiente de emitirse Dictamen respectivo.

1.4. PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA QUE SE PRETENDE SOLUCIONAR

1.4.1. PROBLEMÁTICA DE LA INJERENCIA DEL PODER EJECUTIVO EN EL DIRECTORIO DE ESSALUD Y EN SU PROCESO PRESUPUESTARIO

La falta de autonomía efectiva de EsSalud constituye un problema estructural que trasciende lo establecido en la ley. Si bien la normativa reconoce su carácter autónomo en lo técnico, administrativo, económico y financiero, en la práctica dicha autonomía se ve debilitada por la injerencia política, la rotación constante de autoridades y decisiones administrativas que responden a criterios ajenos a lo técnico. Esta brecha entre el marco formal y la realidad operativa limita la capacidad de la institución para planificar con visión de mediano y largo plazo, compromete la gestión eficiente de los recursos y erosiona la confianza de los asegurados en la continuidad y calidad de los servicios de salud.

EsSalud administra recursos de naturaleza parafiscal, provenientes de aportes obligatorios de trabajadores y empleadores, destinados exclusivamente a financiar prestaciones de salud. Esa misión exige estabilidad directiva, decisiones técnicas y responsabilidad fiduciaria. Sin embargo, la actual composición del Directorio, que incluye representantes del Poder Ejecutivo —con uno de ellos ejerciendo la Presidencia—, así como la obligación de elaborar el presupuesto en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, generan una tensión permanente entre los objetivos sanitarios de largo plazo y las prioridades políticas y fiscales de corto plazo.

Esta situación ha tenido consecuencias prácticas negativas: interrupción de proyectos estratégicos de infraestructura y modernización tecnológica, deficiencias en los procesos de adquisición de medicamentos e insumos, desabastecimientos que afectan la seguridad clínica, y sobrecarga de servicios hospitalarios y de emergencia.

La subordinación de EsSalud a decisiones políticas y fiscales ha debilitado la disciplina fiduciaria, ha reducido la capacidad de respuesta frente a emergencias sanitarias y ha erosionado la confianza de los asegurados, quienes enfrentan largas colas, tiempos de espera excesivos y servicios de atención de calidad insuficiente.

En el terreno operativo, la autonomía de EsSalud se enfrenta a restricciones que provienen de la influencia del Poder Ejecutivo en nombramientos, en la asignación de recursos y en la definición de prioridades; esa influencia se traduce en rotación de autoridades, en la imposición de agendas políticas sobre criterios técnicos y en la adopción de medidas de corto plazo que impiden consolidar políticas sanitarias sostenibles.

La consecuencia es una institución con capacidad limitada para desarrollar planes plurianuales, para retener talento especializado y para ejecutar inversiones en infraestructura y tecnología con la previsibilidad necesaria; además, la percepción pública de politización alimenta desconfianza y dificulta la colaboración con actores académicos y privados que podrían aportar mejoras.

La existencia de representantes del Ejecutivo con voto, y especialmente la concentración de poder en la Presidencia Ejecutiva vinculada a cambios de gobierno, genera alta rotación de autoridades y equipos directivos.

Esa rotación interrumpe planes estratégicos y desarma la continuidad operativa: proyectos de infraestructura hospitalaria quedan paralizados o reprogramados; iniciativas de modernización tecnológica, historia clínica electrónica y telemedicina se postergan; procesos de compras de alto impacto se reinician o redefinen en función de nuevas prioridades políticas; y se pierde el aprendizaje institucional acumulado en unidades clave como logística, abastecimiento y gestión hospitalaria.

La discontinuidad administrativa, además, encarece las decisiones: obras con estudios avanzados sufren sobrecostos por ajustes de alcance, reconstrucciones o arbitrajes; equipos y tecnologías entran en obsolescencia por falta de reposición o mantenimiento oportuno; y la capacidad instalada se subutiliza por demoras en habilitaciones o por reasignaciones de presupuesto que no responden a la demanda sanitaria.

La subordinación a objetivos políticos y macrofiscales también produce un conflicto de interés con la lógica fiduciaria de la seguridad social. Los fondos de EsSalud son intangibles y finalistas: deben proteger prestaciones presentes y futuras con reservas técnicas suficientes y políticas de inversión prudentes.

La influencia del Ejecutivo en el Directorio y la coordinación presupuestaria con el MEF pueden incentivar decisiones de corto plazo —recortes, diferimientos, uso de reservas

por presión fiscal— que comprometen la solvencia actuarial, reducen la capacidad de respuesta a shocks sanitarios y erosionan la confianza de los aportantes. Cuando los objetivos de “ahorro” desplazan la inversión en mantenimiento, reposición tecnológica y fortalecimiento del primer nivel, el costo se paga en calidad de atención: más reprogramaciones, mayor derivación a servicios con menor resolutivez, y pérdida de capacidad para absorber picos de demanda sin sacrificar estándares clínicos.

En la gestión interna, el efecto es igualmente corrosivo. La alta rotación y la politización dificultan la construcción de equipos técnicos estables, la estandarización de procesos y la institucionalización de buenas prácticas. La ausencia de continuidad impide que los sistemas de información —gestión de camas, farmacia, mantenimiento biomédico, costos hospitalarios— maduren y generen datos confiables para decisiones clínicas y financieras.

La fragmentación de la rendición de cuentas entre el Directorio y el MEF diluye responsabilidades: ante retrasos de obras, fallas en compras o subejecuciones, se instala un “triángulo de culpa” que entorpece la corrección temprana, incrementa la discrecionalidad y abre espacios para riesgos de corrupción y captura por proveedores.

1.4.2. DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LOS USUARIOS DE ESSALUD

La crisis de EsSalud no es solo un asunto del mal manejo administrativo, es un problema que se siente en la vida diaria de millones de peruanos. La falta de autonomía real de la institución, al estar sujeta a la presencia de representantes del Poder Ejecutivo en su Directorio —con uno de ellos ocupando la Presidencia— y a la obligación de elaborar su presupuesto en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, añadiendo otra capa de tensión estructural.

El MEF, por mandato, prioriza la sostenibilidad macrofiscal agregada, con techos de gasto, reglas y tiempos que no necesariamente se alinean con la dinámica sanitaria y actuarial de EsSalud, convirtiéndolo en un espacio donde las decisiones técnicas se subordinan a intereses políticos y fiscales de corto plazo, y los más perjudicados: los usuarios.

En la práctica, la coordinación se traduce en restricciones exógenas que afectan el diseño y la oportunidad del presupuesto institucional: se diferan inversiones que tienen retorno sanitario y financiero probado; se comprimen partidas de mantenimiento y reposición tecnológica, incrementando la obsolescencia y el riesgo operativo; y se rigidiza la reprogramación de recursos frente a picos de demanda, brotes epidémicos o emergencias que requieren respuestas ágiles y focalizadas.

Además, la presión por metas de ejecución en plazos fiscales puede empujar a priorizar el gasto más “rápido” por encima del gasto “mejor”, desplazando proyectos complejos pero indispensables para elevar la resolutiveidad del sistema.

Esto se traduce en consecuencias palpables para los usuarios: hospitales con obras paralizadas, equipos médicos obsoletos, colas interminables desde la madrugada, citas que se postergan por meses, procesos de compras que terminan en sobre costos o en adquisiciones inadecuadas, cirugías que se cancelan por falta de insumos y lo más indignante: desabastecimiento de medicinas.

La gente que aporta mes a mes siente que su dinero no regresa en forma de atención digna, sino en frustración y desgaste. La rotación constante de presidentes ejecutivos, cada vez que cambia un gabinete, interrumpe proyectos estratégicos y genera sobre costos, mientras los pacientes siguen esperando.

La coordinación presupuestaria con el MEF, pensada para mantener orden fiscal, termina siendo una camisa de fuerza que impide a EsSalud responder con rapidez a emergencias sanitarias, reponer equipos dañados o ampliar servicios donde más se necesitan. En lugar de garantizar la intangibilidad de los fondos, esta subordinación expone a la institución a decisiones que priorizan el ahorro sobre la salud, dejando a los asegurados sin medicinas, sin camas y sin atención oportuna.

El resultado es un servicio que no cumple con su misión: proteger la salud de quienes sostienen el sistema con sus aportes. La gente percibe que EsSalud está atrapado en la política y que sus necesidades quedan relegadas. La confianza se erosiona, la indignación crece y la seguridad social pierde legitimidad.

La población asegurada enfrenta un deterioro tangible en su bienestar. El aumento de listas de espera, la pérdida de continuidad en tratamientos crónicos y la inequidad en el acceso a prestaciones golpean con mayor fuerza a los grupos vulnerables que dependen exclusivamente del aseguramiento público. La incertidumbre sobre si recibirán atención oportuna genera ansiedad, frustración y desconfianza hacia la institución. La percepción de abandono se convierte en un problema social: los asegurados sienten que la seguridad social no cumple su rol de garante del derecho a la salud.

Este diseño de gobernanza actual favorece la politización de nombramientos en posiciones estratégicas —gerencias de compras, logística, finanzas actuariales, planificación, hospitalaria— donde la idoneidad técnica es determinante para la eficiencia y la seguridad del paciente. Cuando prevalecen lealtades políticas sobre criterios de mérito, se deteriora la calidad de la gestión: aumentan los errores en especificaciones técnicas y cronogramas de adquisiciones, se multiplican procesos

desiertos o impugnados, se debilita el control de inventarios y la trazabilidad de insumos, y se reduce la capacidad para negociar con proveedores en condiciones competitivas y de valor clínico.

La consecuencia operativa es una cadena de abastecimiento más frágil, con mayor riesgo de desabastecimiento de medicamentos esenciales, dispositivos médicos, reactivos de laboratorio y material quirúrgico, lo que repercute en reprogramaciones, suspensión de procedimientos y sustituciones terapéuticas subóptimas.

La discusión sobre la autonomía de EsSalud no puede seguir tratándose como un asunto técnico aislado: es una demanda social urgente. Millones de asegurados que sostienen el sistema con sus aportes necesitan un Directorio independiente, conformado por profesionales que piensen en la salud de las personas y no en la coyuntura política.

Requieren un presupuesto elaborado con criterios técnicos y actuariales, que priorice la sostenibilidad y la calidad de las prestaciones, en lugar de estar condicionado por cálculos fiscales de corto plazo que terminan recortando servicios y postergando inversiones. Solo con un gobierno corporativo autónomo EsSalud podrá recuperar su capacidad de brindar atención oportuna, segura y digna, devolviendo a los ciudadanos la confianza en una institución que debería ser su principal respaldo frente a la enfermedad y la vulnerabilidad.

Hoy, la presencia de representantes del Ejecutivo en el Directorio —con uno de ellos ejerciendo la Presidencia— y la coordinación obligatoria del presupuesto con el Ministerio de Economía y Finanzas constituyen un doble candado que limita la misión técnica y fiduciaria de EsSalud. Este diseño no solo deteriora la eficiencia y la transparencia institucional, sino que se traduce en consecuencias concretas para la población: colas interminables, citas y cirugías postergadas, emergencias saturadas, desabastecimiento de medicamentos y equipos obsoletos.

Cada día, los asegurados pagan el precio de una gestión atrapada en la política y en la burocracia, mientras su derecho a la salud se ve vulnerado. La autonomía de EsSalud no es un lujo institucional, es una condición indispensable para garantizar que los aportes de los trabajadores y empleadores se transformen en servicios de calidad y en un sistema de seguridad social que cumpla verdaderamente con su misión de proteger la vida y el bienestar de los peruanos.

1.4.3. DE LA INCOMPATIBILIDAD DE QUE EL ESTADO PRESIDA ESSALUD SIN APORTAR A SU SOSTENIMIENTO

La Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), establece en su artículo 1 que esta entidad es un organismo público descentralizado adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, con personería jurídica de derecho público interno y autonomía técnica, económica, financiera, presupuestal y administrativa. Asimismo, el artículo 11° precisa que EsSalud se sustenta con recursos propios provenientes de los aportes y contribuciones de los empleadores y trabajadores afiliados, sin que el Estado destine partidas presupuestales ni financiamiento directo para su funcionamiento.

A pesar de esta configuración normativa, el Consejo Directivo de EsSalud es presidido por un representante del Estado, lo que genera una evidente contradicción institucional. Se otorga poder de decisión a un actor que no contribuye económicamente al sostenimiento de la entidad ni se ve directamente afectado por la calidad de los servicios que presta.

Esta situación vulnera el principio de autonomía institucional reconocido en la propia Ley N° 27056, pues la conducción de EsSalud debería responder a los intereses de sus verdaderos financiadores: los asegurados y empleadores. La presencia de un representante estatal en la presidencia ejecutiva abre espacio a la politización de la gestión y debilita la legitimidad de las decisiones estratégicas, alejándolas de las necesidades reales de la población asegurada.

El Estado, en estricto sentido, no contribuye con recursos propios ni transfiere partidas presupuestales que sostengan el funcionamiento de EsSalud. Por tanto, resulta jurídicamente improcedente y políticamente inconveniente que un representante del Estado ejerza la Presidencia Ejecutiva de la institución, pues se otorga poder de decisión a un actor que no aporta financieramente ni se ve directamente afectado por la calidad del servicio.

La práctica histórica ha demostrado que la injerencia estatal en EsSalud ha derivado en gestiones politizadas, alejadas de la eficiencia técnica y de la rendición de cuentas hacia los asegurados. Se produce así una contradicción evidente: **el Estado preside, pero no financia; controla, pero no contribuye; decide, pero no asume responsabilidad económica.**

En consecuencia, la Presidencia Ejecutiva de EsSalud debe recaer en un representante elegido entre los aportantes y asegurados, garantizando que las decisiones estratégicas respondan a las necesidades reales de la población beneficiaria y no a intereses coyunturales del gobierno de turno. Solo de esta manera

se asegura la coherencia entre la fuente de financiamiento y la conducción institucional, respetando la autonomía que la ley reconoce y protegiendo el derecho fundamental a la salud de millones de peruanos.

1.5. FUNDAMENTOS DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

1.5.1. NECESIDAD DE UN DIRECTORIO INDEPENDIENTE DEL PODER EJECUTIVO

La aprobación del presente proyecto de ley que establece que el Consejo Directivo de EsSalud no esté integrado por representantes del Estado, que ninguno de ellos ejerza la Presidencia y que el presupuesto de la institución no dependa de la coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, responde a una necesidad social urgente: mejorar de manera sustantiva el servicio que reciben millones de asegurados que sostienen el sistema con sus aportes.

Hoy, la presencia del Poder Ejecutivo en el Directorio ha convertido a EsSalud en un espacio vulnerable a los ciclos políticos y a la lógica de corto plazo. Cada cambio de gabinete trae consigo la rotación de autoridades, la paralización de proyectos y la redefinición de prioridades, generando discontinuidad en la gestión y afectando directamente la atención de los pacientes. La politización de nombramientos en áreas estratégicas —como compras, logística, planificación y hospitales— ha debilitado la capacidad institucional, multiplicando errores en adquisiciones, procesos desiertos y desabastecimientos que repercuten en la calidad de los servicios.

A ello se suma la subordinación presupuestaria al MEF, que impone techos de gasto y reglas macrofiscales ajenas a la dinámica sanitaria y actuarial de EsSalud. Esta dependencia ha provocado retrasos en inversiones hospitalarias, compresión de partidas de mantenimiento y reposición tecnológica, y rigidez para responder a emergencias o picos de demanda. En la práctica, los asegurados pagan el precio de un presupuesto que prioriza el ahorro fiscal sobre la salud, enfrentando colas interminables, cirugías postergadas, tratamientos interrumpidos y emergencias saturadas.

La consecuencia más grave es que los ciudadanos han perdido confianza en la seguridad social. Los aportes de trabajadores y empleadores, que deberían garantizar un servicio digno y oportuno, se diluyen en burocracia y decisiones políticas. La falta de autonomía ha erosionado la legitimidad de EsSalud y ha convertido la atención médica en una experiencia frustrante, marcada por la incertidumbre y la inequidad, especialmente para los grupos más vulnerables que dependen exclusivamente del aseguramiento público.

Por ello, este proyecto de ley busca devolver a EsSalud su verdadera misión: ser un sistema técnico, fiduciario y con autonomía administrativa, operativa y financiera, capaz de planificar con visión de largo plazo, blindar sus recursos y garantizar que cada sol aportado se traduzca en servicios de salud de calidad. Un Consejo Directivo independiente, integrado por profesionales con perfiles técnicos y no por representantes políticos, permitirá decisiones basadas en evidencia y no en coyuntura. Un presupuesto autónomo, elaborado con criterios actuariales, asegurará la sostenibilidad financiera y la capacidad de respuesta frente a emergencias sanitarias.

En suma, aprobar esta reforma no es un mero ajuste institucional: es un acto de justicia social. Significa poner la salud de los asegurados por encima de los intereses políticos y fiscales, garantizar que los aportes se conviertan en atención oportuna y segura, y devolver a los ciudadanos la confianza en una institución que debería ser su principal respaldo frente a la enfermedad y la vulnerabilidad.

1.5.2. **BENEFICIOS CONCRETOS PARA LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE**

Con la aprobación del presente Proyecto Ley, se espera contar con Beneficios concretos para los usuarios de la autonomía plena de EsSalud, siendo los siguientes:

Acceso y oportunidad de atención

- **Mayor disponibilidad de turnos y servicios:** Un presupuesto autónomo se asigna según demanda real, ampliando horarios (tarde/noche), habilitando más consultorios y aumentando la productividad de quirófanos.
- **Respuesta ágil ante emergencias:** Sin "camisas de fuerza" fiscales, EsSalud puede reorientar recursos de inmediato para brotes, desastres o picos estacionales, protegiendo la atención urgente.
- **Reducción de tiempos de espera:** La toma de decisiones técnica y estable permite programar citas y cirugías sin interrupciones políticas, disminuyendo colas y demoras en consultas, diagnósticos y procedimientos.

Seguridad del paciente y Continuidad de tratamientos

- **Menos cancelaciones por falta de insumos:** Compras planificadas técnicamente evitan desabastecimientos y sustituciones terapéuticas, reduciendo eventos adversos.
- **Equipos confiables y mantenidos:** La autonomía prioriza reposición y mantenimiento biomédico, mejorando precisión diagnóstica, seguridad quirúrgica y calidad de procedimientos.
- **Tratamientos sin interrupciones:** Gobernanza sin rotación política estabiliza equipos y cadenas de suministro, asegurando medicación y seguimientos puntuales.

Equidad territorial y protección de grupos vulnerables

- **Asignación según necesidad sanitaria:** Sin sesgos políticos, la inversión prioriza regiones con mayor carga de enfermedad y brechas de acceso.
- **Estandarización de calidad:** Indicadores comunes aseguran que la atención en provincias y Lima cumpla los mismos estándares.
- **Recuperación de la legitimidad:** Un sistema que cumple promesas fortalece la confianza en la seguridad social y el sentido de aporte compartido.

Sostenibilidad financiera y resiliencia del sistema

- **Reservas técnicas bien gestionadas:** Autonomía presupuestaria protege fondos finalistas, garantizando respuesta ante crisis sin sacrificar servicios esenciales.
- **Menos despilfarro:** Compras planificadas y continuidad de proyectos evitan sobrecostos y arbitrajes por obras o procesos desiertos.
- **Mejor costo-efectividad:** Priorizar prevención y primer nivel reduce hospitalizaciones evitables y libera capacidad para casos complejos.

Personal de salud motivado y capacitado

- **Clima laboral y retención:** Menos cambios discrecionales y mejor dotación de recursos elevan la moral, reducen burnout y rotación.
- **Formación y desempeño:** Inversiones en capacitación y evaluación por indicadores clínicos consolidan buenas prácticas.

En esa línea, es correcto afirmar que un Consejo Directivo independiente, conformado por profesionales con perfiles técnicos y no por representantes políticos, permitirá decisiones estables y basadas en evidencia, asegurando continuidad en los proyectos de infraestructura, reposición tecnológica y fortalecimiento de la atención primaria.

La autonomía administrativa, operativa y financiera, desarrollada con criterios actuariales y sanitarios, garantizará que los recursos se destinen exclusivamente a la finalidad para la cual fueron creados: brindar prestaciones de salud oportunas y seguras. Con ello se evitarán los desabastecimientos que hoy obligan a suspender cirugías, interrumpir tratamientos crónicos y sustituir terapias por alternativas menos eficaces, afectando directamente la salud de los asegurados.

La capacidad de gestión fortalecida permitirá planificar con visión de largo plazo, asegurar inventarios adecuados, mantener equipos en funcionamiento y organizar turnos y servicios según la demanda real. La toma de decisiones autónoma reducirá los tiempos de espera, mejorará la seguridad clínica y devolverá a los ciudadanos la

confianza en una institución que debería ser su principal respaldo frente a la enfermedad y la vulnerabilidad.

En suma, este proyecto de ley no es un ajuste administrativo, sino una reforma social urgente que busca garantizar que los aportes de los empleadores se traduzcan en atención de calidad, sin interrupciones ni carencias, y que EsSalud recupere su misión de proteger la vida y el bienestar de millones de peruanos.

II. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO – IMPACTO

El presente Proyecto de Ley no implicará un aumento en los gastos del Presupuesto del Sector Público, ya que los recursos son propios de ESSALUD.

Su aprobación tendrá un impacto social directo y significativo en la población asegurada, pues al garantizar la autonomía administrativa, operativa y financiera de EsSalud y de su Consejo Directivo, la institución dejará de estar subordinada al Poder Ejecutivo y podrá conducir su gestión con mayor eficiencia, transparencia y estabilidad. Esto permitirá que las decisiones se orienten exclusivamente a mejorar la calidad de los servicios de salud, asegurar la continuidad de los tratamientos y fortalecer la confianza de los ciudadanos en un sistema que debe ser su principal respaldo frente a la enfermedad y la vulnerabilidad.

III. EFFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa no vulnera ni contradice lo dispuesto en la Constitución, los tratados internacionales ni la normativa vigente del ordenamiento jurídico nacional. Por el contrario, se enmarca plenamente en dichos principios y busca fortalecer el derecho fundamental a la salud, garantizando que EsSalud cumpla con su misión de brindar servicios oportunos y de calidad a quienes sostienen el sistema con sus aportes.

El objetivo central de esta propuesta es mejorar el bienestar y la motivación tanto de los trabajadores como de los usuarios de EsSalud. Al asegurar un modelo de gestión autónomo y técnico, libre de injerencias políticas y fiscales, se crea un entorno institucional más eficiente y transparente, lo que redundará en beneficios concretos para la administración pública y, sobre todo, para los ciudadanos que dependen de la seguridad social.

Esta medida resulta clave para fortalecer la eficiencia del sistema de salud, ya que permitirá una mayor capacidad de respuesta frente a emergencias sanitarias, brotes

epidémicos y situaciones imprevistas, evitando la improvisación y asegurando continuidad en la atención. Asimismo, al garantizar condiciones laborales adecuadas y justas para el personal de salud, se contribuye a consolidar una fuerza laboral estable, comprometida y preparada para enfrentar los desafíos de un sistema sanitario cada vez más complejo y exigente.

En suma, la aprobación de esta iniciativa legislativa no solo respeta el marco constitucional y legal vigente, sino que representa un paso decisivo hacia un modelo de seguridad social más autónomo, eficiente y centrado en las personas. Con ello se asegura que los recursos de EsSalud se traduzcan en servicios de calidad, se fortalezca la confianza ciudadana y se consolide la salud como un derecho efectivo y tangible para todos los peruanos.

IV. RELACIÓN CON LAS POLITICAS DEL ACUERDO NACIONAL Y AGENDA LEGISLATIVA

La presente iniciativa legislativa, guarda relación con lo estipulado en el Acuerdo Nacional, el cual establece en su **Política de Estado I. Democracia y Estado de Derecho**, en su siguiente objetivo:

“Objetivo 8. Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú

Nos comprometemos a desarrollar una integral descentralización política, económica y administrativa, transfiriendo progresivamente competencias y recursos del gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales con el fin de eliminar el centralismo. Construiremos un sistema de autonomías políticas, económicas y administrativas, basado en la aplicación del principio de subsidiariedad y complementariedad entre los niveles de gobierno nacional, regional y local del Estado, con el fin de fortalecer éstos últimos y propiciar el crecimiento de sus economías.

Con ese objetivo, el Estado: (a) apoyará el fortalecimiento administrativo y financiero de los gobiernos regionales y locales (b) institucionalizará la participación ciudadana en las decisiones políticas, económicas y administrativas; (c) promoverá la eficiencia y transparencia en la regulación y provisión de servicios públicos, así como en el desarrollo de infraestructura en todos los ámbitos territoriales; (d) establecerá una clara delimitación de funciones, competencias y mecanismos de coordinación entre los tres niveles de gobierno; (e) desarrollará plataformas regionales de competitividad orientadas al crecimiento de las economías locales y regionales; (f) desarrollará una estructura de captación de recursos fiscales, presupuestales y del gasto público que incluyan mecanismos de compensación para asegurar la equitativa distribución territorial y social, en un marco de estabilidad macroeconómica y de equilibrio fiscal y

monetario; (g) incorporará los mecanismos necesarios para mejorar la capacidad de gestión, la competencia y la eficiencia de los entes públicos y privados, así como la competitividad de las empresas y las cadenas productivas en los niveles nacional, regional y local; (h) favorecerá la conformación de espacios macro regionales desde una perspectiva de integración geoeconómica; (i) favorecerá el asociacionismo intermunicipal e interregional para el tratamiento de temas específicos; (j) fomentará el acceso al capital en los niveles regional y local, particularmente para la micro, pequeña y mediana empresa; y (k) fomentará mecanismos de compensación presupuestal para casos de desastre natural y de otra índole, de acuerdo al grado de pobreza de cada región.

Asimismo, mantiene relación con lo estipulado en el Acuerdo Nacional, el cual establece en su **Política de Estado II. Equidad y Justicia Social, en su siguiente objetivo:**

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

Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; (h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad

social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social”.