CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
22 ABR 2019
RECIBIDO
Firma ____ Hora 10:38

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LOS ARTÍCULOS 8 Y 9 DE LA LEY 27056, LEY DE CREACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD), A FIN DE PROMOVER LA GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS RECURSOS HUMANOS

PROYECTO DE LEY

Los congresistas de la República que suscriben, a iniciativa del congresista **CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ**, integrantes del Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso (APP), en uso de las facultades que les confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y los artículos 22, literal c), 75 y 76, numeral 2 del Reglamento del Congreso de la República, presentan la siguiente iniciativa legislativa:

LEY QUE MODIFICA LOS ARTÍCULO 8 Y 9 DE LA LEY 27056. LEY DE CREACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD), A FIN DE PROMOVER LA GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS RECURSOS HUMANOS

Artículo 1. Objeto de la ley
La presente norma tiene por finalidad promover y regular la gestión descentralizada de los recursos humanos en el Seguro Social de Salud (EsSalud), en el marco de la política nacional de modernización de la gestión pública.

Artículo 2. Modificación del artículo 8 de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)
Modifícase el inciso h) del artículo 8 de Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en los siguientes términos:

> **Artículo 8.- Competencia del Presidente Ejecutivo.**
> El Presidente Ejecutivo es la más alta autoridad ejecutiva del ESSALUD y titular del pliego presupuestal. Le compete:
> (...)
> h) Designar y remover al Gerente General dando cuenta al Consejo Directivo, y designar al personal de dirección y de confianza. **La facultad de designar al personal de dirección y de confianza es materia de delegación al Gerente General, así como a los Directores de las Redes Prestacionales y demás órganos descentralizados regionales del ESSALUD, en los cargos que orgánica y jerárquicamente correspondan;**
> (...)

Artículo 3. Modificación del artículo 9 de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Modificase el inciso g) del artículo 9 de Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en los siguientes términos:

> **Artículo 9.- Competencia del Gerente General.**
> El Gerente General es el funcionario que ocupa el más alto cargo administrativo del ESSALUD. Le compete:
> (...)
> g) Designar al personal de dirección y de confianza, de acuerdo a la delegación conferida por el Presidente Ejecutivo. **Esta facultad es materia de delegación a los Directores de las Redes Prestacionales y demás órganos descentralizados regionales del ESSALUD, en los cargos que orgánica y jerárquicamente correspondan. Del mismo modo, los Directores de las Redes Prestacionales y Asistenciales son competentes para designar al personal de confianza, a su cargo.**
> (...)

Artículo 4. Reglamentación

El Poder Ejecutivo dicta las normas reglamentarias que se requieran para el cumplimiento de la presente ley, en un plazo máximo de 60 días.

Dese cuenta.

Lima, marzo de 2019.

R. NUÑEZ.

César Vásquez Sánchez
Congresista de la República

C. VILLANUEVA.

CESAR H. VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Directivo Portavoz Titular
Grupo Parlamentario
Alianza Para el Progreso - APP

R. CRUZ.

R. NARVAEZ.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, ...25....de.....ABRIL.....del 2019.....

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77º del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición Nº 4244 para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. –

GIANMARCO PAZ MENDOZA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Antecedentes histórico-jurídicos del Seguro Social en el Perú

En agosto del año 1936, con la promulgación de la Ley 8433 se crea la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, durante el gobierno de Oscar R. Benavides. En esta misma fecha se encarga al abogado Edgardo Rebagliati Martins el diseño y la organización de la Caja Nacional del Seguro Social.

En noviembre de 1948 se promulga el Decreto Ley 10902, mediante el cual se creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado; años después, en noviembre de 1973, durante el Gobierno de Juan Velasco Alvarado, a través del Decreto Ley N° 20212 se unificó el Seguro Obrero y el Seguro del Empleado, bajo un solo organismo administrador llamado Seguro Social del Perú.

En julio de 1980, durante el gobierno del arquitecto Fernando Belaunde Terry, a través del Decreto Legislativo 23161 se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social; doce años después, en diciembre de 1992, mediante lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 25967, se creó la Oficina de Normalización Previsional (ONPE), entidad dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas, a cargo de administrar todos los regímenes de pensiones.

Siguiendo con estas reformas, a partir del 1 de enero de 1995, el Seguro Social quedó a cargo exclusivamente de las prestaciones de salud, así como de las prestaciones económicas y sociales. En 1997 se promulgó la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, norma mediante la cual la cobertura y las prestaciones a los asegurados estuvo a cargo del denominado Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS).

Finalmente, en enero de 1999, durante el gobierno del Ing. Alberto Fujimori se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud) mediante la Ley 27056, norma reglamentada por el Decreto Supremo N° 002-99-TR. A partir de esta norma, EsSalud se creó como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno. EsSalud está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, asimismo, está vinculado al Ministerio de Salud con la finalidad de elaborar lineamientos generales en el sector salud y se relaciona con el Ministerio de Economía y Finanzas porque a través del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) se le autoriza su presupuesto anual. Actualmente, según información de la Gerencia de Gestión de la Información de EsSalud, la institución cuenta con 387 establecimientos de salud, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1: Redes Asistenciales de EsSalud, a nivel nacional

REDES ASISTENCIALES INSTITUTOS Y CENTROS ESPECIALIZADOS	TOTAL	TIPO DE ESTABLECIMIENTO										
		H.N.	IV	III	II	I	Policlínicos	Centros Médicos	Postas Médicas	CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA		
										CAP I	CAP II	CAP III
RED ASISTENCIAL AMAZONAS	10	0	0	0	0	3	0	0	0	5	2	0
RED ASISTENCIAL ANCASH	13	0	0	1	0	1	1	4	4	0	2	0
RED ASISTENCIAL APURÍMAC	8	0	0	0	1	1	0	0	2	1	3	0
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	29	1	0	1	1	2	1	1	13	3	1	5
RED ASISTENCIAL AYACUCHO	10	0	0	0	1	0	0	0	6	1	1	1
RED ASISTENCIAL CAJAMARCA	12	0	0	0	1	0	0	2	7	1	1	0
RED ASISTENCIAL DE CUSCO	17	1	0	0	0	4	1	7	1	2	1	0
RED ASITENCIAL HUANCAVELICA	7	0	0	0	1	0	0	2	2	2	0	0
RED ASISTENCIAL HUÁNUCO	13	0	0	0	1	1	0	1	8	1	0	1
RED ASISTENCIAL HUARAZ	6	0	0	0	1	0	0	3	2	0	0	0
RED ASISTENCIAL ICA	17	0	1	0	1	3	0	0	0	6	6	0
RED ASITENCIAL JUNÍN	22	1	0	0	1	3	2	1	8	1	4	1
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	36	1	1	0	1	6	2	3	10	5	6	1
RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	26	1	0	0	2	3	2	4	6	0	5	3
HOSPITAL NACIONAL REBAGLIATI	1	1										
HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	1	1										
HOSPITAL NACIONAL SABOGAL	1	1										
GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA REBAGLIATI	18	0	0	1	1	2	6	2	2	0	1	3
GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA ALMENARA	20	0	0	1	3	2	3	2	1	0	0	8
GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL	19	0	0	0	2	2	2	0	3	0	3	7
RED ASISTENCIAL LORETO	9	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4	2
RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS	3	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
RED ASISTENCIAL MOQUEGUA	4	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0
RED ASISTENCIAL PASCO	14	0	0	0	1	2	0	1	7	0	3	0
RED ASISTENCIAL PIURA*	20	0	0	1	2	2	0	3	8	0	1	3
RED ASISTENCIAL PUNO	9	0	0	1	0	1	1	0	2	2	1	1
RED ASISTENCIAL JULIACA	12	0	0	1	0	1	2	1	4	1	1	1
RED ASISTENCIAL MOYOBAMBA	3	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
RED ASISTENCIAL TARAPOTO	5	0	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0
RED ASISTENCIAL TACNA	8	0	0	1	0	0	0	0	1	3	2	1
RED ASISTENCIAL TUMBES	4	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0
RED ASISTENCIAL UCAYALI	7	0	0	0	1	0	0	0	4	2	0	0
INSTITUTOS ESPECIALIZADOS	2											
CENTROS ESPECIALIZADOS	1											
TOTAL GENERAL	**387**	**8**	**2**	**9**	**25**	**#**	**23**	**37**	**110**	**38**	**49**	**38**

Fuente: Gerencia de Gestión de la Información de EsSalud, a marzo de 2018

* No incluye el Instituto peruano de Oftalmología de la red Piura, el cual está considerado en Centros e Institutos

Del cuadro anterior podemos apreciar que la oferta de servicios de salud que brinda EsSalud se realiza a través de una Red de 403 establecimientos de Salud (EE.SS) de diferentes niveles y complejidades en todo el país, de este número, 387 son establecimientos de salud propios, y 16 son de carácter extrainstitucional[1]; es innegable señalar que debido a la demanda por parte de los asegurados, la oferta actual que ofrece EsSalud resulta insuficiente.

En cuando a la población proyectada, según se aprecia del Plan Operativo Institucional 2018[2], desde el año 2009 al 2018 se mantiene una tendencia de crecimiento, así en el año 2018 se brindó cobertura a 11 414, 635 asegurados; para el año 2019 se proyectó 11 694,228 asegurados, cifra que implica un incremento de 2.4% con respecto al año 2018.

En cuanto a los recursos humanos, a noviembre del 2018, EsSalud cuenta con 56,332 trabajadores; de esta cifra 47,621 es personal asistencial (84.5%) y 8,711 corresponde a personal administrativo (15.5%). Como puede apreciarse, el componente de recursos humanos compromete más del 50% del presupuesto operativo institucional.

Asimismo, a noviembre de 2018, EsSalud cuenta con 12,495 trabajadores bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo N° 276, 32,517 trabajadores pertenecen al régimen del Decreto Legislativo N° 728, en tanto que 11,320 se encuentran bajo la modalidad del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el contrato administrativo de servicios (CAS), haciendo un total de 56,332 trabajadores[3].

Actualmente, EsSalud cuenta con 29 redes prestacionales, 03 hospitales, 03 gerencias de red desconcentradas, 01 instituto especializado y 01 centro especializado, lo que equivale a 387 centros asistenciales a nivel nacional, observándose así la descentralización de la gestión de atención de la salud y otros temas operativos a fin de que sus actividades alcancen mayor eficiencia, efectividad y control de la población; sin embargo, no se ha aplicado esta misma lógica a la gestión de recursos humanos.

EsSalud es una de las entidades que tiene un elevado número de trabajadores a nivel nacional y dada la naturaleza del ámbito de sus funciones resulta contradictorio que toda su organización se encuentra en la ciudad de Lima, es inconcebible que el diseño de su ley de creación y sus normas reglamentarias concentren el

[1] Ver: Plan Operativo Institucional de EsSalud 2018.
[2] Plan Operativo Institucional 2019 de EsSalud; pág. 17.
[3] Ibídem; pág. 8.

poder de gestión y administración en la Presidencia Ejecutiva y en la Gerencia General, no dando lugar a que las Redes Prestacionales cuenten con la autonomía mínima que le permita nombrar al personal de dirección y de confianza de sus respectivas Redes; por ello, es precisamente este aspecto el que la presente iniciativa legislativa se propone modificar, para tal efecto planteamos que los Directores de las Redes Prestacionales cuenten con "capacidad de designación" a fin de gestionar los recursos humanos de forma descentralizada y desconcentrada, procurando cumplir con los criterios de optimización de sus funciones en favor de los asegurados.

2. **Hacia una gestión descentralizada de los recursos humanos del Seguro Social de Salud (ESSALUD)**

En el Perú el tema referido al proceso de descentralización se inició normativamente en el año 2002 con la promulgación de la Ley 27680, Ley de Reforma Constitucional, a la cual se sumó la Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, la Ley Orgánica de Municipalidades, entre otras importantes normas.

Este proceso que no ha estado exento de avances y retrocesos tiene por finalidad abordar la descentralización en sus cuatro dimensiones: política, administrativa, económica y fiscal, sin embargo, no se ha avanzado en el diseño de las herramientas que garanticen una adecuada implementación de procedimientos orientados a que los bienes y servicios lleguen oportunamente al ciudadano[4].

En ese sentido, la Ley 27783, Ley de Bases de Descentralización, establece como finalidad del proceso de descentralización el desarrollo integral, armónico y sostenible del país; así mismo dispone que la descentralización es permanente, dinámica, irreversible, subsidiaria y gradual; precisa además que dicho proceso constituye una política permanente de Estado, de carácter obligatorio, cuyo efecto vinculante alcanza a todos los poderes del Estado.

Ahora bien, abordar el proceso de la descentralización y enlazarlo con la propuesta que planteamos en esta iniciativa, referida a modificar la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), obedece al hecho que junto a la descentralización se trata el tema referido a la <u>modernización de la gestión del Estado</u>.

[4] Informe Anual de Descentralización del año 2017; elaborado por la Presidencia del Consejo de Ministros, a través de la Secretaría de Descentralización; pág. 5 y 6.

Con la promulgación de la Ley 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, se declaró en proceso de modernización al Estado peruano, proceso que incluye a todas las entidades públicas a fin de mejorar la gestión pública y brindar un adecuado servicio a los ciudadanos.

Bajo esta perspectiva, se aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública,[5] la cual estableció el Sistema de Modernización de la Gestión Pública diferenciándolo de los otros sistemas administrativos debido a que contempla un proceso específico de soporte de la gestión. En definitiva, se trata de un sistema que impulsa las reformas en todos los ámbitos de la administración pública y es aplicable a todas las entidades del Estado y niveles de gobierno.

Siguiendo los lineamientos de la modernización de la gestión del Estado, en octubre del año 2012, se promulgó la Ley 27813, Ley que establece un Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), con la finalidad de establecer la coordinación del proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinada con los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos.

Como puede apreciarse, EsSalud no ha sido ajeno al proceso de descentralización, toda vez que, a inicios del año 2013, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo declara en reorganización al Seguro Social de Salud (EsSalud)[6], buscando mejorar la gestión de dicha institución, bajo los principios de solidaridad, trasparencia, participación y eficiencia, en beneficio de todos los peruanos. Desde entonces EsSalud ha emitido una serie de Resoluciones de Presidencia Ejecutiva, reestructurando su organización y funciones, pretendiendo de esta manera alinearse a las normas referidas a la modernización del Estado y por ende dirigido a la descentralización.

Siguiendo este análisis, podemos observar que los esfuerzos del Estado peruano, a nivel normativo, se orientan a mejorar la gestión pública con un enfoque descentralista y desconcentrado; sin embargo, la entidad a cargo de las prestaciones de salud de 11 694,228 asegurados [7], mantiene una gestión absolutamente centralizada en la ciudad de Lima, y en el aspecto orgánico el poder de decisión se concentra en la Dirección Ejecutiva y en la

[5] Aprobada mediante Decreto Supremo N° 004-2013-PCM,
[6] Así se dispuso en el Decreto Supremo N° 016-2012-TR.
[7] Plan Operativo Institucional 2019 de EsSalud; pág. 17

Gerencia General, así se establece en los incisos h) y g) de los artículos 8 y 9 de la Ley 27056, respectivamente.

En nuestra opinión, resulta absolutamente contradictorio que, por un lado, el Estado se muestre a favor de impulsar la descentralización y la modernización de la gestión pública, y EsSalud siga siendo, en la práctica, una isla del centralismo; así se desprende del actual diseño de la gestión de los recursos humanos de EsSalud, el mismo que genera perjuicio para los asegurados debido a que, al centralizar los procesos de designación y nombramiento en la presidencia de la dirección ejecutiva y en la gerencia general, ocasiona un circulo de ineficiencia en dichos procesos en las Redes Prestacionales, situación que impacta de forma negativa en la atención que debe brindarse a los asegurados.

Para finalizar este análisis, y tal como se ha detallado en los párrafos precedentes, desde su creación, el Seguro Social ha sufrido numerosos cambios estructurales tendientes a mejorar su gestión institucional, calidad y eficiencia en beneficio de los asegurados y sus derechohabientes; sin embargo, dicha reorganización estructural no ha contemplado el problema vital y vigente de esta entidad, que consiste en la excesiva centralización, en Lima, de la función de gestión de recursos humanos, evidenciada por la falta de contratación oportuna de personal idóneo para las redes prestacionales de EsSalud, situación que perjudica la operatividad del servicio que brinda esta entidad.

3. Marco Normativo

Esta iniciativa se fundamenta en las siguientes normas:

- Constitución Política del Perú.
- Ley 27680, Ley de Reforma Constitucional.
- Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado Peruano.
- Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto Supremo Nº 002-99-TR, aprueban el Reglamento de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, y sus normas modificatorias.
- Decreto Supremo N° 016-2012-TR, declaran en reorganización el Seguro Social de Salud. ESSALUD.

II. ANÁLISIS COSTO- BENEFICIO

Esta iniciativa no genera gasto alguno al erario público, por el contrario, su aprobación contribuirá a promover la gestión

descentralizada de los recursos humanos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD). En ese sentido, en caso de aprobarse esta norma tendrá un impacto que es necesario determinar; por ello, en el cuadro siguiente se detallan los efectos cualitativos[8] sobre los involucrados:

Cuadro N° 2: Efectos de la norma en los involucrados con la materia que se propone regular

Involucrados	Efectos directos[9]	Efectos indirectos[10]
Estado peruano	▪ Contará con una norma que regule y delimite las funciones y atribuciones de la presidencia ejecutiva y la gerencia general de ESSALUD. ▪ Establecerá mecanismos óptimos para la delegación de funciones en el marco del proceso de desconcentración. ▪ Genera coherencia entre la norma y la política nacional de modernización de la gestión pública.	▪ Contribuirá a fortalecer el proceso de desconcentración de las decisiones. ▪ Empoderará a los funcionarios públicos de las Redes Prestacionales en el marco de la delegación de funciones. ▪ Se contará con una norma coherente que promueve la desconcentración y descentralización en la toma de las decisiones.
ESSALUD	▪ La norma va a potenciar la eficiencia y la coordinación en la toma de decisiones de todas las Redes Prestacionales. ▪ La norma favorecerá la eliminación del "favorecimiento político" en las designaciones. ▪ Se impulsa el compromiso institucional y el crecimiento profesional de los trabajadores de las Redes Prestacionales	▪ La norma, por su carácter descentralista, va a fomentar la meritocracia local. ▪ Los directores de las redes prestacionales podrán ejercer su autonomía de manera discrecional.
Asegurados y derechohabientes	▪ Promueve el conocimiento de la realidad institucional por parte de los funcionarios	▪ Mejora en la calidad del servicio brindado a los asegurados, al no

[8] Cf. Guerra García, Gustavo y otro. *Guía para la evaluación de proyectos de ley*. Segunda Edición. Lima Asociación Civil Transparencia, 2013, p 20.
[9] Son los impactos que se producen como consecuencia directa de la norma. Véase la Guía para la evaluación de proyectos de ley, p.30.
[10] Son los impactos que se producen como consecuencia de los efectos o cambios producidos de forma inmediata por la norma. Véase la Guía para la evaluación de proyectos de ley, p.31.

	designados. ▪ Las designaciones efectuadas en la misma red, facilita la participación y la vigilancia de los asegurados.	tener que esperar que las designaciones se decidan desde la sede central de EsSalud. ▪ Posibilita el ejercicio de los mecanismos de control más efectivos por parte de los asegurados.

Elaboración: Propia

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

La propuesta legislativa no afecta las disposiciones contenidas en la Constitución Política del Perú, su propósito es modificar los incisos h) del artículo 8 y g) del artículo 9 de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) a fin de descentralización de la gestión de los recursos humanos de dicha entidad.

IV. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa tiene vinculación con las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

- **Octava:** Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

- **Vigésima cuarta:** afirmación de un Estado eficiente y transparente.