



Proyecto de Ley N°11207/2024:

Buscan cambios en el directorio de ESSALUD

¿Realmente se quiere proteger a quienes están desprotegidos?

Por:

*Mayen Ugarte, Presidenta Ejecutiva
Paloma Cotrina, Especialista Legal*



1 Introducción

En mayo de 2025, la congresista María Acuña Peralta, del grupo parlamentario Alianza para el Progreso, presentó el Proyecto de Ley N° 11207/2024-CR, que propone modificar diversos artículos de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSalud). Entre los cambios planteados, el más controversial y preocupante es la nueva composición del Consejo Directivo de EsSalud, que plantea reemplazar la estructura tripartita tradicional equitativa por una fórmula que incluye representantes del Colegio Médico del Perú y del Colegio de Enfermeros del Perú ¹, alterando el equilibrio institucional entre el Estado, los empleadores y los asegurados.

El objetivo declarado por la iniciativa legislativa es mejorar la calidad de la gestión institucional a través de la exigencia de requisitos profesionales para sus directores ya que modifica también el articulado en este punto ². Sin embargo, la modificación de los miembros del Consejo Directivo puede implicar una afectación directa a los principios de participación democrática, imparcialidad, y equilibrio representativo que caracterizan la gobernanza de los sistemas de seguridad social en el mundo.



La iniciativa legislativa no ataca el verdadero problema de fondo: la desconfianza en la institucionalidad de EsSalud y la crisis de calidad en la atención médica. Se revela entonces un riesgo latente: la ruptura del modelo tripartito que ha regido la estructura de dirección de la seguridad social en el Perú durante más de 30 años.

2 El modelo tripartito en la seguridad social: base normativa y legitimidad democrática



Desde la conformación del sistema de seguridad social moderno en el Perú, los órganos de dirección de las instituciones responsables han sido diseñados sobre la base de una estructura tripartita: participación equitativa del Estado, los empleadores y los trabajadores.

Este principio, lejos de ser un arreglo político, es un estándar internacional de gobernanza social, con reconocimiento jurídico explícito y sustento funcional comprobado.

2.1 El tripartismo como principio rector del diálogo social

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), de la cual el Perú es miembro desde su fundación, ha consolidado el tripartismo como uno de sus pilares fundamentales. Según el Tesoro de la OIT, el tripartismo es “la interacción del gobierno, empleadores y trabajadores (a través de sus representantes) como asociados iguales e independientes para buscar soluciones a asuntos de interés común”³. En esta definición se destaca el carácter asociativo e igualitario del modelo, y su aplicación en materias de alta sensibilidad pública, como la seguridad social, el empleo o la salud en el trabajo.

Más aún, la OIT ha desarrollado una definición operativa extendida del diálogo social, señalando que este incluye “todo tipo de negociación, consulta o intercambio de información entre los representantes de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores [...] sobre temas de interés común relacionados con la política económica y social”⁴. En este marco, el tripartismo no es solo un medio para alcanzar mejores decisiones públicas, sino también un objetivo en sí mismo: permite que las personas participen activamente en sus sociedades y en sus entornos laborales. En efecto, el tripartismo es una de las principales formas de diálogo social, y constituye tanto un principio fundacional como un valor esencial de la OIT, ubicado en el núcleo mismo de su labor normativa y técnica⁵.

2.2 Relevancia del marco jurídico internacional

El Perú ha ratificado expresamente el Convenio N° 144, Convenio sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo) de la OIT⁶, el cual obliga a los Estados miembros a implementar procedimientos eficaces que aseguren la participación activa de empleadores y trabajadores en las decisiones vinculadas a las Normas Internacionales del Trabajo (NIT). Este convenio, ratificado por más de 130 países, establece que toda normativa que afecte derechos laborales, incluidos los referidos a protección social, debe ser objeto de diálogo social bajo un enfoque tripartito.

Además, el Perú es también signatario del Convenio N° 102, Convenio sobre la seguridad social de la OIT⁷, que establece estándares mínimos en diversas ramas de cobertura, de las cuales ha aceptado 5 de sus 9 ramas, entre ellas: asistencia médica (Parte II), prestaciones de enfermedad (Parte III), vejez (Parte V) e invalidez (Parte IX), todas ellas aceptadas por nuestro país desde el 23 de agosto de 1961. La vinculación entre ambos convenios es clara: las políticas y estructuras institucionales referidas a estas materias deben construirse bajo una lógica de concertación entre los tres sectores fundamentales del sistema laboral.

A ello se suma la Recomendación N° 152, Recomendación sobre la consulta tripartita de la OIT⁸, que refuerza el principio de igualdad en los mecanismos consultivos, al establecer que los



El Perú ha ratificado expresamente el Convenio N.º 144 de la OIT, sobre la consulta tripartita en relación con las normas internacionales del trabajo, el cual obliga a los Estados miembros a establecer procedimientos eficaces que garanticen la participación activa de empleadores y trabajadores en las decisiones vinculadas a dichas normas.

empleadores y trabajadores deben estar representados “en pie de igualdad” en cualquier organismo mediante el cual se lleven a cabo las consultas. Esta condición es fundamental para garantizar que las decisiones no solo sean técnicas o burocráticas, sino legítimas y aceptadas por quienes están directamente involucrados en su implementación.

Asimismo, la Recomendación N.º 113, Recomendación sobre la consulta (ramas de actividad económica y ámbito nacional) de la OIT⁹ propone adoptar medidas efectivas para promover la consulta y colaboración entre autoridades públicas y organizaciones de empleadores y trabajadores, con el fin de desarrollar soluciones consensuadas en temas de interés común. Esta Recomendación enfatiza la necesidad de involucrar a estos actores en temas como la legislación laboral, la formación profesional, la seguridad e higiene en el trabajo, y especialmente, la organización y funcionamiento de los organismos nacionales de protección social.

2.3 Valor institucional del tripartismo en la gestión de EsSalud

La estructura actual del Consejo Directivo de EsSalud responde justamente a esta arquitectura tripartita. Conformado por tres representantes del Estado, tres de los empleadores (designados por grupos empresariales de distintos tamaños) y tres de los asegurados (incluyendo trabajadores del régimen público, privado y pensionistas), este diseño busca reflejar con equidad los intereses de todos los actores que financian y se benefician del sistema.

La contribución obligatoria del 9% que realizan los empleadores sobre la remuneración de sus trabajadores constituye el principal sustento económico de EsSalud. Por tanto, la presencia de representantes de empleadores y asegurados en el órgano máximo de dirección no solo es razonable, sino jurídicamente exigible desde el enfoque de los convenios OIT.

El tripartismo, en consecuencia, no solo es una fórmula participativa, sino una garantía de control cruzado y rendición de cuentas, que impide que una sola parte —sea el Estado o cualquier grupo político o corporativo— concentre la toma de decisiones sin la vigilancia activa de los otros actores clave.

2.4 ¿Qué se pierde si se rompe el tripartismo?

Eliminar la lógica tripartita en la dirección de EsSalud —como lo propone el Proyecto de Ley N.º 11207/2024-CR al incluir actores ajenos al esquema contributivo como colegios profesionales— no solo desvirtúa el mandato de representación financiera, sino que rompe con el marco de cumplimiento de los convenios internacionales ya ratificados por el Perú.

Se trata, en el fondo, de un retroceso institucional que puede comprometer la confianza de los aportantes, la legitimidad de las decisiones adoptadas y la estabilidad de una entidad que cumple un rol esencial en la prestación de servicios de salud y protección social a millones de peruanos.

3 Historia institucional de la seguridad social en el Perú: una estructura tripartita desde sus cimientos



El diseño tripartito de la seguridad social peruana no es una invención reciente ni una fórmula improvisada. Por el contrario, constituye una constante histórica desde que el país comenzó a construir un sistema nacional de protección social durante la segunda mitad del siglo XX. Desde sus antecedentes más remotos hasta la creación de EsSalud, la participación equitativa del Estado, los empleadores y los trabajadores ha sido un componente esencial de su arquitectura institucional.

3.1 El proceso de unificación del sistema en los años 70

En la década de 1970, la seguridad social peruana transitó por un proceso de unificación progresiva, impulsado por el Consejo Directivo Único de los Seguros Sociales, conformado por la Caja Nacional del Seguro Social y el Seguro Social del Empleado. Esta etapa estuvo orientada a eliminar las brechas sociales entre obreros y empleados, y consolidar una sola entidad pública de seguridad social.

En ese marco, se promulgaron dos normas clave: el Decreto Ley N.º 19990 (1 de mayo de 1973), que unificaba los regímenes de pensiones, y el Decreto Ley N.º 20212 (6 de noviembre del mismo año), que creaba el Seguro Social del Perú como entidad dependiente del Ministerio de Trabajo. Aunque aún coexistían esquemas diferenciados para las prestaciones de salud, en 1979 se promulgó el Decreto Ley N.º 22482, que estableció un régimen unificado de prestaciones médicas bajo el Seguro Social del Perú. Esta nueva institucionalidad recibió respaldo normativo en la Constitución Política de 1979, que reconoció la autonomía e independencia de la seguridad social, impulsando su modernización.

3.2 El nacimiento del IPSS y la formalización del tripartismo

La consolidación normativa del modelo tripartito llegó en 1980 con la promulgación del Decreto Ley N.º 23161, que creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Esta norma estableció de forma expresa que el Consejo Directivo del IPSS —su órgano de máxima autoridad— estaría compuesto por tres representantes del Estado (uno de ellos designado por el Ministerio de Trabajo), tres representantes de los empleadores y tres de los asegurados.

Esta composición no fue una concesión política, sino el reflejo de un principio funcional: los empleadores y trabajadores, como contribuyentes directos del sistema, debían tener participación en las decisiones sobre su gestión. El IPSS no solo heredó las funciones de sus entidades predecesoras, sino que fue dotado de autonomía institucional y vinculación directa con la Presidencia del Consejo de Ministros. Además, contaba con fondos propios distintos a los del presupuesto estatal, lo que reforzaba su naturaleza contributiva.

En 1987, la Ley N.º 24786 ratificó esta estructura, reafirmando el Consejo Directivo como máximo órgano directriz del IPSS, integrado por nueve miembros bajo el mismo esquema de representación tripartita. Esta norma incluso precisó que la presidencia del Consejo debía recaer en un representante del Estado, quien asumiría el cargo de Ejecutivo, respetando siempre el principio de equilibrio de partes.

3.3 La transición a EsSalud y la continuidad de la estructura tripartita

En 1999, con la promulgación de la Ley N° 27056, se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud), sobre la base institucional del IPSS. La nueva entidad pasó a depender del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, pero con plena autonomía administrativa, técnica, presupuestal y contable.

El artículo 5.2 de la Ley N° 27056 reafirmó expresamente la estructura tripartita del Consejo Directivo de EsSalud, al disponer que este estaría integrado por nueve miembros: tres representantes del Estado —uno de los cuales debía ser un profesional de la salud propuesto por el Ministro de Salud—, tres representantes de los empleadores, elegidos por los grupos empresariales según su clasificación (grandes, medianos, pequeños y microempresarios), y tres representantes de los asegurados: uno del régimen laboral público, uno del régimen laboral privado y uno en representación de los pensionistas. Esta fórmula garantizaba tanto la pluralidad como la representación efectiva y equilibrada de los principales actores del sistema: quienes lo financian y quienes son beneficiarios directos del mismo.

Posteriormente, en 2017, la Ley N° 30680 modificó parcialmente este artículo, eliminando la exigencia de que uno de los representantes estatales sea un profesional de la salud. En su lugar, se estableció que dicho miembro sería propuesto por el Ministro de Salud, sin mayor especificación profesional. Esta modificación buscó proteger la gestión de EsSalud de la captura institucional (también conocido en la literatura gris como Professional capture) que puede ocurrir cuando una profesión específica, a través de su dominio experto y control de recursos organizativos o regulatorios, termina influenciando el diseño o la implementación de políticas y la operación de organizaciones públicas o privadas, en su propio beneficio. La modificación, entonces, fortaleció la composición tripartita, manteniendo la distribución equitativa de votos entre el Estado, los empleadores y los asegurados. Con ello, se preservó la lógica de gobernanza compartida y corresponsabilidad en la administración de la institución.

3.4 La contribución financiera como justificación de la representación

EsSalud es el principal seguro de salud contributivo del país. Su financiamiento proviene, en su gran mayoría, del aporte obligatorio que realizan los empleadores por cada trabajador formalizado: un 9% de la remuneración mensual, sin tope. Este modelo lo distingue de los seguros subsidiados o mixtos, pues responde a una lógica de corresponsabilidad entre empleador y Estado, y a un derecho que nace del trabajo formal.

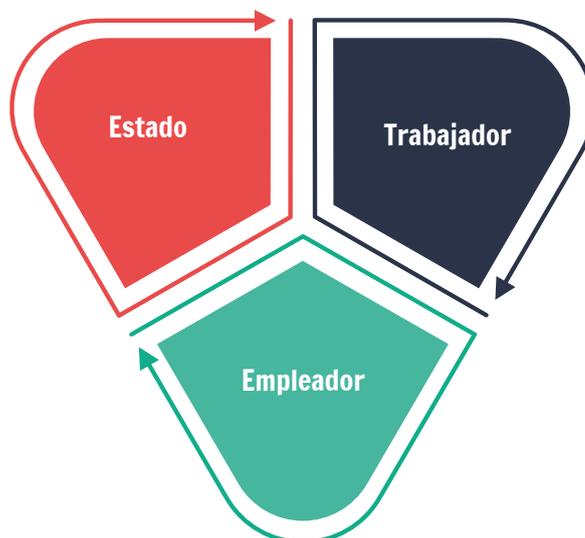
Por ello, resulta razonable y justo que tanto los empleadores como los asegurados —beneficiarios directos del sistema— tengan representación efectiva en el órgano máximo de gobierno de EsSalud. La presencia de estos actores en el Consejo Directivo no es un privilegio, sino una extensión de sus derechos y responsabilidades dentro de un sistema que ellos sostienen financiera y socialmente.



El modelo tripartito de la seguridad social peruana



El Consejo Directivo está formado por tres representantes del Estado, tres de los empleadores y tres de los asegurados (trabajadores públicos, privados y pensionistas), con el objetivo de representar equitativamente a quienes financian y se benefician del sistema.



4 Sobre la incorporación de un representante de colegio médico y de colegio de enfermeros

El Proyecto de Ley propone incorporar al Consejo Directivo de EsSalud un representante del Colegio Médico del Perú y otro del Colegio de Enfermeros del Perú. Aunque esta medida podría justificarse bajo el argumento de fortalecer el componente técnico del órgano de gobierno, su análisis desde una perspectiva institucional revela riesgos importantes para la imparcialidad y el equilibrio de la entidad.

En primer lugar, ni el Colegio Médico ni el Colegio de Enfermeros forman parte del esquema contributivo del sistema de seguridad social. A diferencia de empleadores y asegurados —quienes financian EsSalud a través de aportes obligatorios—, estos gremios profesionales no contribuyen al sostenimiento económico de la institución. Su incorporación, por tanto, no responde a un criterio de legitimidad financiera ni de representación de los asegurados, sino a un interés sectorial.

Además, los colegios profesionales son, por naturaleza, entidades corporativas que velan por los intereses de sus agremiados. En el caso del sector salud, esto ha sido especialmente evidente en los últimos años, marcados por paros, huelgas y exigencias de mejoras remunerativas por parte del personal médico y de enfermería de EsSalud¹⁰. Incorporar directamente a estos gremios en el órgano directivo de la institución plantea un serio riesgo de conflicto de interés, ya que podrían participar en decisiones que afecten directa o indirectamente las condiciones laborales, asignaciones presupuestales o negociaciones colectivas vinculadas a su propio sector.

Según cifras oficiales, en 2022 la institución contaba con 16,397 médicos y 18,166 enfermeros en planilla ¹¹. Esta magnitud explica el interés de dichos colegios por contar con representación directa en el máximo órgano de gobierno. No obstante, otorgarles un asiento en el Consejo Directivo sin que representen a asegurados ni empleadores rompe la lógica de representación contributiva que ha caracterizado históricamente al sistema. Se corre el riesgo de abrir la puerta a una captura institucional, en la que decisiones críticas para millones de asegurados sean influenciadas por agendas gremiales y no por criterios de interés general o de sostenibilidad financiera.

Tampoco existe evidencia de que su incorporación contribuya de manera decisiva a mejorar la gestión técnica de la entidad. El Consejo Directivo no es un órgano operativo ni clínico, sino de dirección estratégica y política institucional. El rol técnico especializado ya se encuentra cubierto por la estructura administrativa de EsSalud —gerencias médicas, asistenciales, administrativas y financieras—, cuyos funcionarios deben, en todo caso, contar con los perfiles idóneos para implementar las decisiones del directorio.

En suma, esta propuesta no solo carece de sustento técnico y normativo, sino que representa una amenaza a la autonomía funcional y a la imparcialidad que deben regir la gestión de una institución como EsSalud. Incorporar actores con intereses propios y ajenos al diseño original del sistema distorsiona el sentido del órgano colegiado y pone en riesgo el interés público de los asegurados.

5 Cuestionamientos a EsSalud los últimos años

Los últimos años han puesto en evidencia las profundas debilidades estructurales de EsSalud. La pandemia del COVID-19 dejó al descubierto un sistema de salud colapsado: falta de camas UCI, precariedad en infraestructura hospitalaria, escasez de medicamentos y servicios totalmente desbordados ¹². Sin embargo, superada la emergencia, muchos de estos problemas estructurales persisten y se han visto agravados por una gestión institucional marcada por la inestabilidad, la burocracia y la desconfianza ciudadana.

Este año, el presidente ejecutivo de EsSalud informó ante la Comisión de Presupuesto del Congreso que el 50.8% del presupuesto institucional —equivalente a S/ 8,824 millones de los S/ 17,477 millones asignados— se destina exclusivamente al pago de remuneraciones de los 63 mil trabajadores que integran la entidad ¹³, situación que convive con serios déficits en infraestructura, desabastecimiento de insumos médicos y deterioro en la calidad de atención.

A ello se suma una preocupante percepción de corrupción y politización. Según un estudio realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el desempeño institucional de EsSalud ¹⁴, los propios trabajadores de la institución identifican como focos críticos:

- Nombramientos de funcionarios sin perfil técnico idóneo (68.8%)
- Procesos de contratación poco transparentes (50.7%)
- Mala gestión de medicamentos y equipos médicos (más del 40%)
- Deficiencias en infraestructura y mantenimiento (36.6%)
- Problemas en la gestión de recursos financieros (34.0%)

El estudio también revela que un 43% de los trabajadores considera que actualmente no se cumple la misión institucional de EsSalud, y que los grupos laborales “ejecutivos” y “profesionales” perciben niveles más altos de corrupción interna. Esta desconfianza es aún más notoria en el personal del régimen privado.

Desde el punto de vista ciudadano, los indicadores no son mejores. Según estimaciones de Comex Perú¹⁵, basadas en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), solo uno de cada cuatro peruanos estuvo afiliado a EsSalud en el último año. Pero incluso entre los afiliados, el uso de sus servicios ha disminuido: mientras en 2014 el 26.4% de los asegurados acudía a establecimientos de EsSalud, en 2024 esa cifra cayó al 23.9%. La mayoría de asegurados prefiere automedicarse (21.3%), asumir la enfermedad sin atención (39.9%) o buscar ayuda por cuenta propia (14.9%), pese a estar realizando una contribución económica obligatoria.

Incluso la propia exposición de motivos del Proyecto de Ley reconoce los múltiples problemas que enfrenta la institución: demoras en la atención, infraestructura precaria, corrupción, deterioro del programa PADOMI, cierre de Unidades Básicas de Atención Primaria, escasez de medicamentos y deficiencias graves en la gestión administrativa. A ello se suma un dato alarmante: en los últimos cinco años, EsSalud ha tenido 10 presidentes ejecutivos diferentes, algunos de los cuales duraron solo días en el cargo. Esta rotación caótica compromete seriamente la continuidad institucional y alimenta la percepción de improvisación política.

En este contexto, cualquier intento de reforma institucional debe priorizar la estabilidad, la profesionalización de los cuadros directivos, el fortalecimiento del control interno y la mejora efectiva en la calidad de atención. Cambiar la composición del Consejo Directivo sin atender estos factores estructurales es, en el mejor de los casos, insuficiente; y en el peor, una distracción frente a la verdadera crisis institucional.



Tras la pandemia del COVID-19, ESSALUD sigue arrastrando serias deficiencias estructurales, exacerbadas por una gestión institucional caracterizada por la inestabilidad y la burocracia, lo que ha derivado en un notorio deterioro de la confianza ciudadana.

6 Sobre la incorporación de un representante de colegio médico y de colegio de enfermeros

El sistema contributivo de salud del país atraviesa una triple tensión estructural que compromete su sostenibilidad financiera, su legitimidad institucional y su capacidad de respuesta frente a las necesidades de los asegurados.

6.1 Gestión ineficiente y débil orientación preventiva

En primer lugar, EsSalud arrastra serios problemas de gestión institucional: alta rotación de autoridades, débil planificación operativa, baja calidad de gasto y percepción extendida de corrupción. A ello se suma una focalización excesiva en atención hospitalaria y de alta complejidad, descuidando los servicios de prevención, promoción de la salud y atención primaria o ambulatoria, especialmente en lo que se conoce como “capa simple”. Esta desproporción incrementa los costos del sistema y reduce su capacidad para resolver los problemas de salud en etapas tempranas, saturando la red hospitalaria y deteriorando la experiencia del asegurado.

6.2 Inclusión de población no aportante o sin respaldo financiero suficiente

El segundo problema es el crecimiento progresivo de la carga prestacional sin un correlato financiero. En los últimos años, desde el Congreso principalmente, se ha venido incorporando a EsSalud grupos adicionales de población —como derechohabientes, beneficiarios especiales o colectivos vulnerables— sin que necesariamente se haya establecido un mecanismo de financiamiento sostenible para dicha inclusión. Estas decisiones, muchas veces con un fuerte componente político, amplían la demanda sin fortalecer los ingresos, lo cual rompe el equilibrio natural de un sistema basado en la lógica contributiva.

Ejemplos de esto son la inclusión automática de ciertos familiares sin validación de carga o ingresos o la atención prestacional a poblaciones desprotegidas que deberían estar cubiertas por otros subsistemas (como el MINSAs), pero que finalmente son absorbidas por EsSalud en la práctica.

6.3 Envejecimiento de la población asegurada y desaceleración de la base contributiva

Finalmente, el sistema enfrenta una tercera presión: el envejecimiento progresivo de la población asegurada, lo que implica una mayor demanda de servicios especializados, complejos y por periodos prolongados, justo cuando las personas dejan de aportar. Este fenómeno, común en sistemas de seguridad social en todo el mundo, se agrava en el caso peruano por la baja expansión del empleo formal, lo que impide renovar o ampliar de manera significativa la base de contribuyentes activos. Así, hay cada vez más personas que demandan atención costosa y por más tiempo, y cada vez menos que financian el sistema desde la formalidad.

A ello se suma que dentro del sector formal una proporción considerable de trabajadores opta por derivar el 6% del aporte obligatorio a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), quedando solo un 3% en EsSalud. Este régimen mixto, si bien legal y voluntario, también reduce el margen operativo del sistema público, especialmente porque los trabajadores que más ganan —y que

probablemente menos usan EsSalud— son los que tienden a migrar hacia la EPS.

En ese sentido, la iniciativa legislativa ignora por completo este diagnóstico estructural. En lugar de plantear soluciones que fortalezcan la gestión, corrijan la expansión no financiada o aseguren la sostenibilidad del sistema frente al envejecimiento poblacional, se limita a proponer una reorganización del Consejo Directivo, afectando además la lógica tripartita que ha garantizado históricamente el equilibrio en la toma de decisiones.

7 Conclusiones

El Proyecto de Ley N.º 11207/2024-CR plantea una reorganización del Consejo Directivo de EsSalud que representa un cambio significativo en el modelo de gobernanza de la seguridad social peruana. Si bien se justifica en la necesidad de mejorar la gestión institucional y profesionalizar la toma de decisiones, su diseño desnaturaliza el equilibrio tripartito que ha sido la base normativa, histórica y funcional del sistema durante más de tres décadas.

En lugar de fortalecer la gobernanza con criterios técnicos y bajo el principio de representación equitativa, la propuesta incorpora actores gremiales que no forman parte del esquema contributivo del sistema, lo que compromete la neutralidad institucional y eleva el riesgo de captura corporativa. Esta medida no solo distorsiona la lógica funcional del Consejo Directivo, sino que además desconoce los compromisos internacionales asumidos por el Perú ante la OIT, donde el tripartismo —la participación equilibrada del Estado, los empleadores y los trabajadores— constituye un principio rector en la gestión de la seguridad social.

Más grave aún es que el proyecto omite por completo los verdaderos problemas estructurales que enfrenta EsSalud: una gestión institucional débil y altamente politizada, una carga prestacional creciente sin respaldo financiero suficiente, y un sistema tensionado por el envejecimiento de su población asegurada y la lenta expansión del empleo formal.

En un contexto en el que la ciudadanía pierde progresivamente la confianza en EsSalud —reflejado en el bajo uso del sistema incluso entre quienes están afiliados—, se esperaría que cualquier reforma legal busque fortalecer su institucionalidad, garantizar la sostenibilidad de sus finanzas, mejorar la calidad del servicio y recuperar el valor de la seguridad social como bien público.

Cambiar el directorio sin resolver los problemas de fondo no es proteger a quienes están desprotegidos. Es, más bien, administrar la crisis con lógica superficial y sin enfoque de largo plazo. El verdadero camino hacia una reforma legítima, sostenible y justa pasa por fortalecer el modelo tripartito, profesionalizar la gestión, revisar las inclusiones no financiadas y recuperar la confianza de los asegurados.

Bibliografía

- 1 Ver Anexo N° 1 para visualizar las modificaciones propuestas en la propuesta legislativa.
- 2 En términos generales, los representantes deben contar con título profesional, estudios de posgrado en gestión pública, salud o áreas afines, y una experiencia mínima de diez años, incluyendo al menos cinco en cargos directivos. Además, se exige no tener condenas por delitos dolosos, inhabilitaciones para ejercer función pública ni sanciones graves en los últimos cinco años. De la misma manera, se establece que el periodo de mandato sea modificado a 3 años.
- 3 Organización Internacional del Trabajo (2017). Diálogo social tripartito de ámbito nacional: una guía de la OIT para una mejor gobernanza. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@dialogue/documents/publication/wcms_548547.pdf
- 4 Organización Internacional del Trabajo (2017). Diálogo social tripartito de ámbito nacional: una guía de la OIT para una mejor gobernanza. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@dialogue/documents/publication/wcms_548547.pdf
- 5 Organización Internacional del Trabajo (s.f.). Diálogo social y tripartismo. <https://www.ilo.org/es/temas-y-sectores/dialogo-social-y-tripartismo>
- 6 Convenio N° 144 – Convenio sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo), 1976 (núm. 144). https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312289
- 7 Convenio N° 102 – Convenio sobre la seguridad social, 1952 (núm. 102). https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312247:NO
- 8 Recomendación N° 152 – Recomendación sobre la consulta tripartita, 1976 (núm. 152). https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=1000:12100:::12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312490
- 9 Recomendación N° 113 – Recomendación sobre la consulta (ramas de actividad económica y ámbito nacional), 1960 (núm. 113). https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=1000:12100:::12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312451
- 10 Infobae (2024). Enfermeras de Essalud anuncian que se irán a huelga para abril: exigen aumento salarial postergado desde 2014. <https://www.infobae.com/peru/2024/03/27/enfermeras-de-essalud-evaluan-huelga-para-abril-exigen-aumento-salarial-postergado-desde-2014/>
- 11 Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (2022). Información de Recursos Humanos en el Sector Salud Perú 2022.
- 12 Salud con Lupa (2023). EsSalud: radiografía de la crisis que afecta a 12 millones de asegurados. <https://saludconlupa.com/noticias/essalud-radiografia-de-la-crisis-que-afecta-a-12-millones-de-asegurados/>
- 13 Congreso de la República (2025). Cuestionan a EsSalud por asignar más del 50% de su presupuesto en pago de personal. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/cuestionan-a-essalud-por-asignar-mas-del-50-de-su-presupuesto-en-pago-de-personal/>
- 14 Organización Internacional del Trabajo (2024). Opiniones, percepciones y valoraciones de los trabajadores de EsSalud sobre el desempeño institucional. <https://www.ilo.org/es/publications/opiniones-percepciones-y-valoraciones-de-los-trabajadores-de-essalud-sobre>
- 15 Sociedad de Comercio Exterior del Perú (2025): EsSalud: ¿Nuevas soluciones o mayores problemas? <https://www.comexperu.org.pe/articulo/essalud-nuevas-soluciones-o-mayores-problemas>

Anexo

Regulación actual



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.

Regulación propuesta



Artículo 5. Consejo Directivo

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

5.2 Está integrado ocho miembros:

- a) (01) representante del Estado elegido por el Ministerio de Salud
- b) (01) representante del Estado elegido por el Ministerio de Trabajo
- c) (01) representante del Estado elegido por la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM)
- d) (01) representante de los empleadores elegido por los grupos empresariales
- e) (01) representante de los asegurados elegido por los trabajadores
- f) (01) representante de los asegurados elegido por los pensionistas
- g) (01) representante del colegio médico del Perú
- h) (01) representante del colegio de enfermeros del Perú.