Proyecto de Ley N° 5253/2022-CR

CONGRESO
REPÚBLICA

SUSEL ANA MARIA PAREDES PIQUE

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
06 JUN. 2023
RECIBIDO
Firma _____ Hora 3:57pm

LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEGISLATIVO 1164 DE SALUD PARA LA PROTECCIÓN EN SALUD DE TUBERCULOSIS Y/O INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DE PERSONAS REFUGIADAS Y MIGRANTES

La congresista de la República que suscribe, **SUSEL ANA MARÍA PAREDES PIQUÉ**, en ejercicio de la facultad de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y de conformidad con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente **PROYECTO DE LEY**:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEGISLATIVO 1164 DE SALUD PARA LA PROTECCIÓN EN SALUD DE TUBERCULOSIS Y/O INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DE PERSONAS REFUGIADAS Y MIGRANTES

Artículo Único. - Incorpórese, por interés de Salud Pública, la siguiente disposición complementaria final al Decreto Legislativo 1164:

SEGUNDA: El Seguro Integral de Salud podrá afiliar al régimen subsidiado a las personas refugiadas y migrantes con diagnóstico de tuberculosis y/o de infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), con carácter excepcional y de manera temporal hasta la obtención del carné de extranjería. En tanto ello ocurra, para efectos del registro en la base de datos del SIS se podrá utilizar cédula de identidad, permiso temporal de permanencia, carné de permiso temporal, pasaporte, carné de solicitante de refugio o autorización de trabajo para solicitantes de la condición de refugiado o, inclusive, Declaración Jurada de Identidad en caso de que no se cuente con ninguno de los documentos mencionados.

El SIS emitirá, en un plazo máximo de 45 días, las disposiciones específicas que resulten necesarias para el adecuado cumplimiento de la presente disposición complementaria final.

Documento firmado digitalmente
SUSEL ANA MARIA PAREDES PIQUE
Congresista de la República

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por: PAREDES PIQUE Susel Ana Maria FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06/06/2023 15:22:34-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente iniciativa legislativa fue elaborada sobre la base de propuestas alcanzadas por El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), y contó con los aportes de diversos colectivos y activistas para defender los derechos de las personas con VIH / sida y promover la introducción de tratamientos efectivos y accesibles.

Con la introducción de la pandemia de COVID-19 en el territorio nacional se ha producido una importante restricción en la provisión de servicios de salud para atender todo tipo de enfermedades, con lo cual se incrementa el riesgo de muerte no solo directamente como consecuencia de la COVID-19, sino, además, por otras patologías que pueden complicar o agravar la evolución de esta enfermedad. El DU 046-2021 tiene por objeto dictar medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permiten ampliar la cobertura universal en salud, de manera inmediata, con el objetivo de asegurar la protección de toda la población que enfrente algún evento negativo y no cuente con un seguro de salud, en el marco de la Emergencia Sanitaria por la COVID-19. El alcance de este DU, en términos sanitarios, es general; pero en términos poblacionales, está restringido a personas de nacionalidad peruana residentes en el territorio nacional e identificadas con DNI y a población de comunidades nativas amazónicas y altoandinas sin identificación.

Las epidemias de tuberculosis (TB) y de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúan representando una grave amenaza para la salud pública en todo el mundo. La TB se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte a nivel global y es la principal causa de muerte por un único agente infeccioso. Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 5 y 15 personas por contacto estrecho, y sin un tratamiento adecuado morirán el 45% de ellas, cifra que se eleva casi a 100% si, además, padecen infección por VIH[1]1. Respecto a esta última, se estima que hay 38 millones de personas infectadas en el mundo y que ya han muerto 33 millones de personas como consecuencia de ello[2]. La comunidad internacional ha asumido el compromiso de poner fin a ambas epidemias para el año 2030, lo cual se ve reflejado en la Meta 3.3 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS)[3].

En Perú ambos problemas de salud constituyen una prioridad sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen 37,000 nuevos casos de TB cada año en Perú[4]. De acuerdo con la información del MINSA, el número de nuevos casos anuales de TB entre extranjeros en el país era de menos de 10 hasta el año 2016. Sin embargo, este número empezó a crecer a partir del año 2017, en que se captaron 25 casos. Para el año 2019, la cifra de TB entre extranjeros en

[1] OMS. Tuberculosis. Datos y cifras. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis
[2] OMS. VIH. Datos y cifras. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
[3] Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. New York: NNUU. Asamblea General. Septuagésimo período de sesiones; 2015.
[4] Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.

el país llegó a 247 y para el año 2021 se estimó, al menos, 279 casos anuales de TB entre extranjeros en el territorio nacional.

En lo que se refiere a infección por VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estima que existen 91,000 personas que viven con la infección en Perú (PVV) y que cada año hay 4,100 nuevos infectados[5]. De acuerdo con la información del MINSA, hay 3,951 migrantes con VIH en tratamiento en el territorio nacional pero la cifra total se estima que debería estar entre 7,200 y 8,400.

Con la introducción de la pandemia de COVID-19 en el territorio nacional, el tamizaje y el acceso a los servicios de salud para diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico han sido severamente afectados en las personas con ambos problemas de salud. Así, en el año 2020 la cobertura de diagnóstico de casos de TB cayó de 89.1% el año 2019 a 66.4%[6], los tamizajes para infección por VIH se redujeron en 34% respecto al año 2019, el inicio de terapia antirretroviral contra VIH (TAR) disminuyó en 40% y los abandonos de TAR se incrementaron en 16%.

Los esquemas específicos de tratamiento contra TB y VIH son provistos por los establecimientos de salud para todas las personas aquejadas por estos problemas de salud en el territorio nacional, en el marco de las normas técnicas de salud promulgadas por el MINSA. Los medicamentos se adquieren en compras corporativas con cargo a los recursos aprobados cada año para el programa Presupuestal Estratégico correspondiente.

Sin embargo, para que las personas con TB y VIH accedan plenamente al sistema de salud y a un manejo integral, conforme a la normativa vigente, se requiere consultas, exámenes auxiliares y otras prestaciones de salud no incluidas en los esquemas específicos de tratamiento y que, de no estar financiadas, pueden ser imposibles de recibir. En el caso de las personas extranjeras que viven con VIH, el gasto de bolsillo que deben asumir llega hasta 300 soles por exámenes pre-tratamiento y consultas médicas mensuales de 25 soles, lo que genera que muchos de ellos no inicien tratamiento médico temprano, contraviniendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud[7].

Ello se agrava en el caso de la presencia de comorbilidades, es decir cuando además de la TB o la infección con VIH los pacientes tienen, paralelamente, otras enfermedades, lo cual es muy común para estos dos problemas de salud, y que de no ser tratadas tienen efecto negativo sobre la posibilidad de recuperación de estas personas.

---

[5] ONUSIDA. Perú. Datos. Disponible en: https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru

[6] Situación epidemiológica e indicadores programáticos de TB con énfasis en TB/DR. Presentación en la visita a Perú del Regional Green Light Committee. Lima: DPCTB/MINSA; octubre 2021.

[7] Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú. Elaborado por Alfonso Silva Santisteban para Onusida y Sí, da Vida, en mayo de 2019.

Así, el no contar con un mecanismo de protección financiera puede configurar una barrera de acceso muy grave que perjudica la atención, limita la posibilidad de curación o control y, como consecuencia, genera el riesgo de perpetuar la transmisión de TB y VIH a población susceptible. El Decreto Legislativo (DL) 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del SIS, incluye, en su primera disposición complementaria final, la condición de vulnerabilidad para la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS. En este marco, y para enfrentar el riesgo de que se configure una barrera de acceso como la descrita en el párrafo precedente, se aprobó el Decreto Supremo (DS) 002-2020-SA. Este DS, que reglamenta la primera disposición complementaria final del DL 1346, define vulnerabilidad sanitaria como aquella situación asociada a una condición de salud, que denota desventaja especialmente grave, a nivel económico, educativo, social, entre otros; lo cual limita la capacidad de desarrollarse, resistir o sobreponerse ante una enfermedad, riesgo de enfermar o morir, y que requiere que el Estado realice un mayor esfuerzo para facilitar la participación con igualdad de oportunidades en la vida nacional y acceder a mejores condiciones de vida. Asimismo, establece, en el marco de la progresividad de la política de aseguramiento universal en salud, que se incluyan dentro de la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS a las personas en situación de vulnerabilidad sanitaria que viven con el VIH/sida, así como a aquellas con diagnóstico de TB.

Las normas referidas, que permiten la afiliación al SIS de las personas con diagnóstico de TB y de infección por VIH, han empezado a ser implementadas, no sin dificultades, para las personas con nacionalidad peruana. Para el caso de los extranjeros, la afiliación es incipiente. De acuerdo con los datos del MINSA y del SIS, durante el año 2020 solo 14 extranjeros con TB, de 236 diagnosticados, fueron afiliados al SIS (5.9%); y de los 3,951 extranjeros que viven con VIH diagnosticados, solo 87 estaban afiliados al SIS (2.6%).

Una de las barreras principales para la afiliación al SIS es el requisito de carné de extranjería para la verificación de la identidad y la condición de residencia en el país de las personas extranjeras aquejadas por estos problemas de salud. Así, se configura una barrera de orden administrativo que limita la posibilidad de manejo integral de los casos de TB y VIH, y contribuye a un elevado riesgo de transmisión a otras personas, independientemente de su nacionalidad o de cualquier otra variable demográfica o social.

En otros países de Latinoamérica, la crisis humanitaria generada en los últimos años por la significativa movilidad y/o desplazamiento de personas venezolanas, y también por personas de otras nacionalidades, ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, de educación y de protección social.

En el caso del sistema de salud destacan los casos de Ecuador, Argentina, Uruguay y Costa Rica en la provisión de servicios gratuitos a migrantes y refugiados, en particular para los servicios que deben brindar prevención y atención integral a las personas afectadas por el VIH, incluyendo, pero no restringiendo, el beneficio a medicamentos antirretrovirales (ARV).

En el caso de Ecuador, por ejemplo, la Constitución Política reconoce los mismos deberes y derechos a todas las personas extranjeras que se encuentran en territorio ecuatoriano que a las personas nacionales, y establece que "...en el Ecuador el derecho a la salud es universal, gratuito y en igualdad de condiciones con los nacionales ecuatorianos...". Esto ha permitido el ingreso automático a tratamiento ARV a migrantes y refugiados, inclusive los que se encuentran de paso en el país. En 2018, Ecuador estableció un Marco de Cooperación para la respuesta nacional a las personas venezolanas en situación de movilidad humana en su territorio y un Plan Nacional de Movilidad Humana, que sirven de marco para el ingreso automático a tratamiento ARV y atención integral a los migrantes y refugiados en los servicios del Ministerio de Salud Pública.

En Argentina, la Constitución política del año 1994 reconoce la igualdad ante la ley y derechos para argentinos y extranjeros. En este marco, la política migratoria del año 2004 (Ley 25.871) reconoce la atención sanitaria a todos los extranjeros, independientemente de su situación migratoria: "Artículo 8°. - No podrá negársele o restringirse en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria".

La política migratoria en Uruguay, por su parte, tiene dos grandes hitos normativos sobre salud y migración: la Ley 19.927 del 2006 y la Ley 18.250 del 2008. En el Reglamento de esta última (394/009, de septiembre de 2009, Capítulo II), se hace referencia al derecho a la salud de todos los migrantes y se establece en su artículo 35 que: "(...) la irregularidad migratoria no constituirá obstáculo para el acceso a prestaciones integrales de salud a través de las entidades que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (...)". Asimismo, el artículo 36 de la misma ley establece que: "El Ministerio de Salud Pública y los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud brindarán, a través de sus respectivas Oficinas de Atención al Usuario o similares, información que facilite la regularización migratoria, la que se ajustará a lo dispuesto por la Ley 18.250, su reglamentación y demás normativa vigente en la materia".

En Chile, los migrantes y refugiados cuentan con acceso a la salud sin restricciones aun para los no documentados, incluyendo el VIH y la tuberculosis (cf. Decreto Supremo N° 67 de 2015 del Ministerio de Salud, que incorporó a los migrantes y refugiados como beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud al considerar el carecer de documentos o permisos de residencia como una condición de carencia de recursos, bajo el amparo de lo dispuesto en el artículo 136, letra e) del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud). Esto significa que, si un inmigrante carece de residencia regular o visa, su situación irregular no constituye un obstáculo para acceder al sistema de evaluación y registro de programas sociales (FONASA) en calidad de indigente o carente de recursos, de la misma forma como un(a) chileno(a).

Así también, Costa Rica y Chile tienen disposiciones específicas para la atención irrestricta en salud para migrantes y refugiados, inclusive aquellos en situación irregular, asegurando que su

salud se atiende en igualdad de condiciones frente a los nacionales (ver, por ejemplo, la Directriz 057 de Salud de Costa Rica, y la Nota circular A 15 N° 4 del Gobierno Chileno).

Perú ha adoptado compromisos internacionales vinculados con este tema. La Declaración Conjunta de la VII Reunión Capítulo Lima del Proceso Quito (2021), expresa en el párrafo 8: "Invitar a los estados miembros a implementar, de conformidad con su legislación interna y teniendo en cuenta sus diferentes realidades, políticas, capacidades y prioridades, las siguientes recomendaciones emanadas de los talleres temáticos (sección j): Fortalecer los mecanismos de asistencia y provisión de servicios de salud a la población migrante con VIH/sida, a través de un mejoramiento de las herramientas que consienten la vigilancia centinela, con el fin de dar una respuesta adecuada a los requerimientos específicos de esta población en las diferentes etapas de su proceso migratorio".

La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre VIH/sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2021) establece: "acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030". En su artículo 65 b los estados miembros se comprometen a "aprobar y hacer cumplir leyes, políticas y prácticas que impidan la violencia y otras violaciones de los derechos de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, y protejan su derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, su derecho a la educación y su derecho a un nivel de vida adecuado, incluso alimentación, vivienda, empleo y protección social adecuados, y que impidan la utilización de leyes que los discriminen". Y en el artículo 67 j, señala: "promover el acceso sin restricciones a respuestas eficaces en casos de emergencia sanitaria con pleno respeto de los derechos humanos y garantizar que el 95 % de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él estén protegidas frente a las emergencias sanitarias, que el 90 % de las personas en entornos humanitarios tengan acceso a servicios integrados relacionados con el VIH y que el 95 % de las personas en entornos humanitarios con riesgo de contraer el VIH utilicen opciones de prevención combinada adecuadas, priorizadas, centradas en las personas y eficaces".

Por otro lado, hay diversas recomendaciones efectuadas al Perú de parte de los órganos del Sistema de Naciones Unidas respecto al acceso a servicios esenciales, como lo es el de salud, de las personas refugiadas y migrantes. Así, en el numeral 36 de las "Observaciones finales sobre los informes periódicos 22° y 23° combinados del Perú" elaboradas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CDRE) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial[8], se señala: "Aun cuando el Comité valora los esfuerzos realizados para acoger a migrantes, solicitantes de asilo y refugiados, en particular a la población venezolana, incluso mediante el otorgamiento de un permiso temporal de permanencia, le preocupa que, en la práctica, estos sean víctimas de prejuicios, estereotipos y actos discriminatorios y enfrenten dificultades para acceder a servicios básicos, principalmente salud y educación". Asimismo, los numerales 111.181 y 111.182 del "Informe del Grupo de Trabajo

[8] Comité para la eliminación de la discriminación racial (2018) CERD/C/PER/CO/22-23 (CERD 2018). Disponible en: Ver Documento CERD/C/PER/CO/22-23 PERU: CONCLUDING OBSERVATIONS (ohchr.org)

sobre el Examen Periódico Universal a Perú" del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones[9] Unidas recomiendan: "Tomar medidas concretas y efectivas para garantizar el acceso de los trabajadores migratorios a la educación básica y la atención de la salud, así como su protección contra los malos tratos proporcionando reparación judicial y administrativa" y "Velar por que los solicitantes de asilo tengan igualdad de acceso a los servicios de atención de la salud universal". Y el numeral 39 de las "Observaciones finales sobre el informe inicial del Perú" del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares[10] consigna que "El Comité recomienda que el Estado parte adopte medidas concretas y eficientes para asegurar el acceso a la asistencia médica a todos los trabajadores migratorios y sus familiares, así como el acceso de sus hijos a la educación con independencia de su situación migratoria".

El Artículo 9º del Convenio 102 de la OIT claramente señala que las personas deberán gozar de adecuada protección de su salud y vida, debiendo tener acceso suficiente, oportuno y efectivo a prestaciones de salud, que le permitan conservar su vida y su salud[11].

En ese mismo sentido se ha pronunciado el Tribunal Constitucional de Perú en el precedente de obligatorio cumplimiento que establece la sentencia recaída en el Expediente **N.º 3208-2004-AA/TC[12],**

> *El Estado tiene el deber de implementar progresivamente y cada vez más consolidada políticas, planes y programas que mejoren la calidad de vida de las personas, con lo que el Estado queda obligado a promover condiciones de modo progresivo para que las personas gocen del derecho a la salud (FJ 6 y 7).*

---

[9] Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Perú. Consejo de Derechos Humanos. 37º periodo de sesiones. Asamblea General NNUU. A/HRC/37/8 (EPU 2017). Disponible en: https://uhri.ohchr.org/es/documento/903939fb-a906-48b9-ba31-d9bd4bda3f05

[10] Observaciones finales sobre el informe inicial del Perú. Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. CMW/C/PER/CO/1 CMW/C/PER/CO/1 Perú. Disponible en: https://uhri.ohchr.org/es/documento/6f839cd0-cf3f-44ac-be2d-ffb871ecf50d

[11] Artículo 9

Las personas protegidas deberán comprender:

(a) sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías;

(b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías;

(c) sea a categorías prescritas de residentes que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los residentes;

(d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, así como a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías.

[12] http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/03208-2004-AA.pdf

Cabe señalar que los problemas en el tratamiento de los inmigrantes no solo responden a deficiencias normativas sino también al desconocimiento de los estándares mínimos que exigen los tratados internacionales suscritos por el Perú, así como la no observancia de los principios de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad y coherencia que debe orientar toda actuación del Estado.

En este sentido, es sumamente preocupante que se superponga el derecho a la salud (de rango constitucional), tanto para nacionales como foráneos, con reglamentos y normas subalternas. En ese orden de ideas, es importante resaltar que en abril del 2017 se publicó la Política Nacional Migratoria 2017 – 2025, que desarrolla cuatro ejes temáticos:
«Peruanos y peruanas con voluntad de migrar», «Peruanos y peruanas en el exterior», «Peruanos y peruanas que regresan del exterior» y «Extranjeros y extranjeras en el Perú».

> *"Su objetivo principal es Garantizar el respeto y protección de los derechos de las personas migrantes, promoviendo la igualdad, la equidad, la inclusión, la integración y la observancia de la seguridad nacional, a través de una eficiente gestión integral del proceso migratorio que articule al Estado y a la sociedad, acorde a las necesidades, intereses y expectativas de la población migrante y sus familiares"*[13].

Debe resaltarse, además, que la construcción jurídica alrededor de los derechos fundamentales es la función medular del Congreso de la República, el cual se halla frente a una oportunidad histórica de lograr una sociedad más justa y solidaria para todos los que vivimos en territorio peruano.

Por todas estas consideraciones, desde una perspectiva de salud pública, de cumplimiento de compromisos internacionales y de cumplimiento del propio mandato constitucional, es de la mayor importancia eliminar cualquier barrera de acceso al manejo integral de las personas con diagnóstico de TB o de infección por VIH, incluyendo a los refugiados y migrantes, de manera que se establezcan las condiciones para el control de la enfermedad y la recuperación de los pacientes, a nivel individual, y de disminución del riesgo de transmisión, a nivel poblacional.

[13] Decreto Supremo 015-2017-RE. Política Nacional Migratoria 2017-2025, Gráfico núm. 10, Objetivo General.

ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Según la información del MINSA, las personas extranjeras con diagnóstico de TB alcanzaron las 430 para el año 2022[14]. Considerando los datos desde el año 2015, se verifica una clara tendencia incremental que permite proyectar una cifra de 494 casos para el año 2023; si esta cifra se ajusta considerando la brecha de diagnóstico estimada por OMS para el país[15], tenemos una estimación de 742 casos de TB por año en población extranjera; y los refugiados y migrantes con diagnóstico de infección por VIH son 3,951 pero la estimación es que esta cifra puede llegar a 8,400[16]. Asumiendo que la brecha de diagnóstico para ambos problemas de salud se irá cerrando progresivamente, es razonable plantear metas de afiliación al SIS crecientes entre el 2023 (año 0) y el 2026 (año 3), considerando que el año 0 debieran afiliarse las personas que ya están en tratamiento y el año 3 llegarse a afiliar al menos el 90% del total estimado de refugiados y migrantes con diagnóstico de TB o de infección por VIH. En la tabla 1 se muestran los datos de base para la proyección de la afiliación al SIS.

Tabla 1: Datos de base para la proyección de la afiliación al SIS

Población objetivo	Con TB		Con VIH	
	N°	%	N°	%
Cantidad de refugiados y migrantes[1]	742	100.00%	8,400	100.00%
Refugiados y Migrantes afiliados al SIS[2]	163	22.00%	118	1.40%
Refugiados y Migrantes sin SIS[3]	579	78.00%	8,282	98.60%
Refugiados y Migrantes en tratamiento[4]	459	61.90%	3,951	47.00%
Refugiados y Migrantes sin tratamiento[5]	283	38.10%	4,449	53.00%
Población meta[6]	668	90.00%	7,560	90.00%

[1] Pära TB: con datos del MINSA y considerando % de brecha de diagnóstico estimada para el país por OMS. 2021. Para VIH: Informe de estimación del tamaño de la población de migrantes venezolanos viviendo con VIH en el Perú. LHSS. Junio de 2021. Maryland: Abt Associates
[2] Estimación del estudio de Evaluación de los Servicios de VIH para migrantes venezolanos. Proyecto LHSS. 2021.
[3] En alto riesgo de transmitir la infección por inaccesibilidad o falta de adherencia al tratamiento.
[4] Datos del MINSA.
[5] Diferencia entre el total estimado de migrantes y los que están en tratamiento. En el caso de VIH, se estima un 23% en estadio clínico IV (sida), es decir 1,023 migrantes.
[6] 90% del total estimado de migrantes con TB o VIH. AA

[14] Lucha contra el VIH y la Tuberculosis en el Perú. Datos para población extranjera. Presentación en el foro: Desafíos de la población refugiada y migrante con VIH y/o tuberculosis, organizado por la Defensoría del Pueblo. Lima: MINSA; marzo 2023.
[15] OMS. Tuberculosis. Datos y cifras. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis
[16] Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud (LHSS) bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID. Junio de 2021. Informe de estimación del tamaño de la población de migrantes venezolanos viviendo con VIH en el Perú, Maryland: Abt Associates.

Así, considerando los datos de base, el año 2023 se afiliaría a 247 refugiados y migrantes con diagnóstico de TB (79% del total estimado) y a 3,951 con VIH (47% del total estimado). Progresivamente, hasta el 2026 se habrían afiliado a 7,842 refugiados y migrantes. En la tabla 2 se muestra la progresividad de la afiliación al SIS:

Tabla 2: Progresividad de la afiliación al SIS de los migrantes con TB y VIH

Población objetivo	**Año 0 (2023)**		**Año 1 (2024)**		**Año 2 (2025)**		**Año 3 (2026)**	
	N°	**% del total**	**N°**	**% del total**	**N°**	**% del total**	**N°**	**% del total**
Refugiados y Migrantes con TB a afiliar	459	62%	556	75%	630	85%	668	90%
Refugiados y Migrantes con VIH a afiliar	3,951	47%	5,040	60%	6,300	75%	7,560	90%
Total de Refugiados y Migrantes a afiliar	4,410		5,596		6,930		8,228	

De acuerdo con el reporte de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), la cifra de asegurados en el SIS al mes de octubre de 2022 es de 24,699,401[17]. Es decir, la afiliación de los 4,410 refugiados y migrantes con TB y VIH del año 0 representaría un crecimiento del 0.018% en el número de asegurados al SIS, y la de los 8,228 refugiados y migrantes del año 4 representaría un crecimiento del 0.034%, con una gran dilución del riesgo en el pool de asegurados totales.

El presupuesto total del SIS para el año 2022 es de S/. 2,401,171,000[18]. El monto asignado por asegurado para atención de salud es de S/. 82.5. Aplicando este monto a la cifra de refugiados y migrantes con TB y VIH, el costo de la aplicación de la medida en términos de presupuesto adicional al SIS para el año 0 es de S/. 325,916, es decir un incremento de 0.014% en el presupuesto del SIS, y para el año 4 es de S/. 646,802, es decir un incremento de 0.027%.

Considerando no solo el financiamiento a través del SIS, sino también el financiamiento que va directamente a los establecimientos para la atención de la salud individual, el costo total de la medida para el año 0 es de S/. 2,649,542, y para el año 4 es de S/. 6,021,248. Estos montos representan incrementos de 0.013% y 0.029%, respectivamente, en el presupuesto público total para atención de salud individual, que para el año 2022 es de S/. 20,527,377,950. En la tabla 3 se muestra la progresividad del financiamiento público para la atención de los refugiados y migrantes con TB y VIH que se afiliarían al SIS y su peso porcentual respecto al total de financiamiento público para atención de salud individual.

[17] REGINA. Boletín Informativo. Registro Nominal de Asegurados. Lima: SUSALUD; 31 de octubre de 2022.

[18] Seguimiento de Ejecución Presupuestal (Consulta amigable) MEF. Seguimiento de ejecución del Gasto. Consulta realizada el 19 de abril de 2022. Disponible en: https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/

Tabla 3: Financiamiento público para la atención de los migrantes con TB y VIH que se afiliarían en el SIS

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3
Financiamiento de la atención de salud individual de los refugiados y migrantes con VIH asegurados al SIS	S/ 2,493,224	S/ 3,513,838	S/ 4,392,298	S/ 5,270,757
Financiamiento de la atención de salud individual de los refugiados y migrantes con TB asegurados al SIS	S/156,318	S/357,693	S/554,092	S/750,490
Total del financiamiento de la atención de salud individual de los refugiados y migrantes con TB o VIH asegurados al SIS	S/ 2,649,542	S/ 3,871,532	S/ 4,946,390	S/ 6,021,248
% respecto al presupuesto total para atención de salud individual	**0.01%**	**0.02%**	**0.02%**	**0.03%**

El beneficio de la medida en términos de número de infecciones evitadas es muy grande. Como se señaló antes, si una persona con tuberculosis activa no recibe todas las atenciones necesarias, especialmente si padece de comorbilidad, el tratamiento se ve afectado, pudiendo, por ende, infectar a lo largo de un año hasta 15 personas[19], con lo cual, considerando los 579 casos de TB estimados que no están en el SIS (tabla 1), el número de nuevas infecciones por TB en un año puede llegar a 8,685, de las cuales 1% se pueden convertir en casos de enfermedad activa[20], es decir 87 nuevos casos por año; y si a estos sumamos los casos en tratamiento pero que no se curan por diversos problemas como adherencia o resistencia, que según los datos del MINSA para los extranjeros con TB son el 38% de los casos tratados[21], podemos tener 369 casos incidentes cada año. Y sin un tratamiento adecuado morirán el 45% de ellos. En el caso de infección por VIH, el riesgo de trasmisión si una persona infectada no recibe todas las atenciones necesarias también es considerable, pudiendo variar, en función al tipo de exposición, desde 1.4% para el caso de las relaciones sexuales entre varones hasta 22.6% para el caso de la transmisión vertical, es decir la

[19] OMS. Tuberculosis. Datos y cifras. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-heets/detail/tuberculosis

[20] Tuberculosis. Cómo decidir cuándo se debe tratar la infección de tuberculosis latente. Division of Tuberculosis Elimination, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Centers for Disease Control and Prevention. USA. Disponible en: https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/treatment/decideltbi.htm#:~:text=Sin%20tratamiento%2C%20un%20promedio%20de,de%20tuberculosis%20en%20el%20futuro.

[21] Lucha contra el VIH y la Tuberculosis en el Perú. Datos para población extranjera. Presentación en el foro: Desafíos de la población refugiada y migrante con VIH y/o tuberculosis, organizado por la Defensoría del Pueblo. Lima: MINSA; marzo 2023.

que ocurre de una gestante que tiene la infección y la trasmite al recién nacido en el momento del parto[22]. Considerando el riesgo menor (1.4%), una razón de contactos sexuales promedio de 14.3 por año[23], un no uso de condón de 22%[24], una eficacia de prevención con su uso de 95%[25], y aplicando estos parámetros a los 8,282 refugiados y migrantes con infección por VIH que no están en el SIS (tabla 1) el número de nuevos infectados con VIH en un año puede ser de 433. Y sin un tratamiento adecuado morirán el 100% de ellos.

En términos económicos, el beneficio también es importante. De acuerdo con la información de la Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas[26], el presupuesto destinado específicamente para diagnóstico y tratamiento de casos de TB el año 2022 es de S/. 139,795,349[27]. El número de casos de TB en tratamiento estimados es de 21,394[28]. Los costos de la atención de un caso de TB (medicamentos, personal y otros gastos relacionados con la atención considerados en el presupuesto) pueden variar entre S/. 6,469 y S/. 27,964, según la localización anatómica y condición de susceptibilidad-resistencia a medicamentos[29]. El promedio ponderado según la probabilidad de ocurrencia de las diferentes variantes clínicas es S/. 6,454 por paciente con TB (este monto es un poco mayor que el estimado en un reciente estudio específico para inmigrantes realizado por Loayza Luján, de S/. 5,651[30]). Aplicando este monto promedio a los 369 nuevos casos por año que podrían ocurrir, el costo solo en atención de salud que se podría evitar por año es de S/. 290,451. En la tabla 4 se muestra el detalle de esta estimación.

---

[22] Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014 Jun 19; 28(10): 1509–1519. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6195215/

[23] Según el estudio de estimación OPTIMA Perú, el número de actos sexuales por persona por año en PVV varía de 9.9 en varones y mujeres a 18.7 en mujeres transgénero.

[24] Según el estudio de estimación OPTIMA Perú el uso de condón en PVV varía de 19.4% en varones y mujeres a 77.8% en mujeres transgénero.

[25] Weller S, Davis, K. Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.

[26] https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/

[27] Estos recursos llegan a los servicios de salud directamente vía PPR.

[28] Situación epidemiológica e indicadores programáticos de TB con énfasis en TB/DR. Presentación en la visita a Perú del Regional Green Light Committee. Lima: DPCTB/MINSA; octubre 2021.

[29] Estructura de costos fijos y variables elaborada para la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Lima, 2021.

[30] Loayza F. Características clínico-epidemiológicas y costos de la coinfección de tuberculosis y VIH en inmigrantes en el Perú en el año 2017. Lima: Universidad Ricardo Palma. Tesis para optar al título de médico cirujano. En este estudio, se estima un costo promedio de S/.221.31 para diagnóstico, S/.991.75 para tratamiento y S/.438.59 para seguimiento; la suma total es S/.5,651.65

Tabla 4: Estimación del costo promedio en atención de salud de los nuevos casos de TB que pueden ocurrir por inaccesibilidad o falta de adherencia al tratamiento de los casos sin aseguramiento al SIS

Variantes clínicas más importantes	Costos fijos y variables (S/.)[1]	Factor de ponderación 2	Costos ponderados (S/.)
Tuberculosis pulmonar	6,468.72	0.86	5,588.99
Tuberculosis pleural	4,379.54	0.06	271.66
Tuberculosis ganglionar	4,309.40	0.02	102.40
Tuberculosis con complicaciones Pericarditis tuberculosa + taponamiento pericárdico	5,520.13	0.01	56.04
Tuberculosis con complicaciones Pericarditis tuberculosa + taponamiento pericárdico Riesgo de Pericarditis Constrictiva	6,703.52	0.01	68.05
Tuberculosis con complicaciones Peritonitis tuberculosa	5,527.71	0.01	56.12
Tuberculosis con complicaciones Peritonitis tuberculosa Evidencia de abscesos peritoneales	6,412.09	0.01	65.09
Tuberculosis multidrogorresistente	22,650.54	0.00	72.46
Tuberculosis multidrogorresistente + lobectomía	26,311.29	0.00	84.17
Tuberculosis multidrogoresistente + neumonectomía total	27,963.97	0.00	89.46
Promedio ponderado de costo de atención			**S/. 6,454.46**
Nuevos casos de TB por año estimados 3			369
Costo en atención de salud de nuevos casos de TB por año			**S/. 2,379,328.45**

[1] Costos estimados para la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Lima, 2021.

[2] De acuerdo a la probabilidad de ocurrencia definida en la estructura de costos elaborada para la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Lima, 2021.

[3] Viene de la tabla 1. Estimado a partir del riesgo de transmitir la infección por inaccesibilidad o falta de adherencia al tratamiento de los casos de TB estimados que no están afiliados al SIS.

Para el caso de VIH, usando la misma fuente[15]15 el presupuesto destinado específicamente para diagnóstico y tratamiento de casos de VIH el año 2022 es de S/. 121,169,925. El número de PVV en tratamiento es 76,8285[5]. Los costos de la atención de un caso de infección por VIH (medicamentos, personal y otros gastos relacionados con la atención considerados en el presupuesto) pueden variar entre S/. 4,371 y S/. 10,999, según esquema de tratamiento utilizado y condición falla terapéutica. El promedio ponderado según la probabilidad de aplicación de los diferentes esquemas terapéuticos por caso de infección VIH es S/. 4,948. Además, como vimos antes 23% de los PVV se encontrarán en estadio clínico IV que implica costos adicionales que pueden variar entre S/. 2650 y S/. 11,209 según el tipo de infección oportunista o complicación sistémica que se presente; el promedio ponderado de costos adicionales para el manejo de estadio clínico IV es S/. 4,720. Aplicando estos promedios ponderados a los 433 nuevos casos de infección por año que podrían ocurrir, el costo solo en atención de salud que se podría evitar por año es de S/. 2,612,549. En la tabla 5 se muestra el detalle de esta estimación.

Tabla 5: Estimación del costo en atención de salud de los nuevos casos de infección por VIH que pueden ocurrir por inaccesibilidad o falta de adherencia al tratamiento de los casos sin aseguramiento al SIS

Variantes de esquemas de manejo / Variantes clínicas de estadio clínico IV (sida) más importantes	Costos fijos y variables (S/.)[1]	Factor de ponderación[2]	Costos ponderados (S/.)
Sintomático o asintomático VIH positivo con esquema TLD	4,371.39	0.85	3,715.68
Sintomático o asintomático VIH positivo con esquema ATRIPLA	5,035.69	0.07	352.50
Sintomático o asintomático VIH positive con Falla terapéutica	10,998.50	0.08	879.88
Promedio ponderado de costo de atención VIH			**4,948.06**
SIDA: Enfermedad Diarreica por oportunistas	2,650.43	0.53	1,416.65
SIDA: Meningitis por Criptococo	11,208.59	0.04	461.73
SIDA: Toxoplasmosis	6,889.06	0.22	1,504.10
SIDA: Neumonía atípica / Pneumocisitis jiroveci	6,491.30	0.21	1,337.03
Promedio ponderado de costo de atención estadío clínico IV (sida)			**4,719.52**
Nuevos casos de infección VIH por año estimados[3]			433
Nuevos casos estadio clínico IV (sida) estimados[4]		0.23	100
Costo en atención de salud de nuevos casos de infeción VIH por año			**2,142,510**
Costo en atención de salud de nuevos casos de estadio clínico IV (sida)			**470,017.07**
Costo en atención de salud de nuevos casos por año			**2,612,527.08**

[1] Costos estimados para la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Lima, 2021.
[2] Para los esquemas de manejo de la infección por VIH, el MINSA ha planteado la meta de 85% de migración de ATRIPLA a TLD para el 2022. Para el caso de estadio clínico IV (sida), se ha usado la probabilidad de ocurrencia definida en la estructura de costos elaborada para la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Lima, 2021.
[3] Viene de la tabla 1. Estimado a partir del riesgo de transmitir la infección por inaccesibilidad o falta de adherencia al tratamiento de los casos de TB estimados que no están afiliados al SIS.

En resumen, el beneficio sería el de evitar costos de atención de salud por, al menos, S/. 4,991,865 por año, que para los 4 años de implementación de la afiliación ascienden a S/. 19,967,422, como se ve en la tabla 6, versus una inversión de S/. 6,021,248 para el mismo periodo, es decir se evitaría un gasto público de al menos S/. 13,946,174.

Tabla 6: Estimación del costo en atención de salud de los nuevos casos de TB o de infección por VIH que pueden ocurrir por inaccesibilidad o falta de adherencia al tratamiento de los casos sin aseguramiento al SIS

Costos	Montos (S/.)
Costo en atención de salud de nuevos casos TB por año	2,379,328.45
Costo en atención de salud de nuevos casos VIH/sida por año	2,612,527.08
Costo en atención de salud de nuevos casos por año	**4,991,855.53**
Costo en atención de salud de nuevos casos para los 4 años	**19,967,422.10**

En adición a estos costos específicos en atención de salud se debe considerar costos adicionales relacionados con traslados para tratamiento, soporte social, ausentismo laboral, discapacidad, muerte prematura, entre otros, con lo cual el impacto favorable de la medida en términos de costos evitados se hace mucho mayor.

En este sentido, de acuerdo con los datos del estudio de Carga de enfermedad de Perú, la Razón de Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos por muerte prematura (AVP) o por discapacidad (AVD) como consecuencia de la falta de tratamiento a VIH/SIDA es 1.68 por mil habitantes[31]. Aplicando esta misma razón de AVISA a la población venezolana estimada en Perú[32], tenemos una estimación de 2,161 años de vida saludable perdidos por falta de tratamiento. El PBI per cápita en Perú se estimó en US $6,621.6 para el año 2021, según datos del Banco Mundial[33]. Así, aplicando estas estimaciones, al año se perderían US $14,310,996, que al cambio actual son S/. 54,381,785, que dejarían de producirse por falta de tratamiento en VIH/SIDA a población venezolana, los que podrían evitarse con la medida propuesta.

[31] Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Lima: CDC MINSA; 2018.

[32] De acuerdo con el Registro de Información Migratoria RIM, de la Superintendencia Nacional de Migraciones, a septiembre de 2021 había 1 286 464 ciudadanos venezolanos que habían pasado por control migratorio y permanecían en el país.

[33] PBI per cápita (US$ a precios actuales) Perú. Datos sobre las cuentas nacionales del Banco Mundial y archivos de datos sobre cuentas nacionales de la OCDE. Banco Mundial. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=PE

EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN NUESTRA LEGISLACIÓN NACIONAL

La norma propuesta tiene plena concordancia con la legislación nacional en materia de salud, particularmente en los aspectos vinculados a protección financiera de los riesgos en salud y protección de los riesgos en salud pública.

Resolución Legislativa del Congreso N°002-2022-2023-CR por la que se aprueba la agenda legislativa para el periodo anual de sesiones 2022-2023:

OBJETIVO II: EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL
POLÍTICA DE ESTADO 13: ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL
TEMAS: MEJORA DEL SERVICIO DE SALUD
MEDIDAS PARA SUPERAR LA PANDEMIA DEL COVID

La norma propuesta contribuye específicamente a la plena implementación de lo establecido en el DL 1346 y en el DS 002-2020-SA, que establece la condición de vulnerabilidad sanitaria a efectos de viabilizar la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS e incluye dentro de esta condición a las personas que viven con el VIH/Sida y aquellas con diagnóstico de TB.