Proyecto de Ley N° 1378/2021-CR

HILDA MARLENY PORTERO LÓPEZ

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
28 FEB. 2022
RECIBIDO
Firma ... Hora 17:31 h.

LEY QUE CREA EL FONDO NACIONAL UNIVERSAL EN SALUD DE ALTO COSTO (FONSALUD)

Los Congresistas de la República que suscriben, a iniciativa de la Congresista de la República que suscribe, **HILDA MARLENY PORTERO LÓPEZ**, en ejercicio de las facultades 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, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República
Ha dado la siguiente Ley

LEY QUE CREA EL FONDO NACIONAL UNIVERSAL EN SALUD DE ALTO COSTO (FONSALUD)

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto reducir el impacto financiero de la cobertura en salud a la población peruana y eliminar progresivamente los gastos catastróficos en salud a través de la creación del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) como fondo mancomunado para garantizar la cobertura financiera oportuna a las prestaciones de alto costo, así como establecer las disposiciones necesarias para su funcionamiento y sostenibilidad.

Artículo 2.- Definiciones

Para efectos de la presente ley, se entiende como:

2.1 Enfermedades Raras o Huérfanas (ERH). - Incluidas de las de origen genético, son aquellas enfermedades con peligro de muerte o invalidez crónica, que tienen una frecuencia baja, presentan muchas dificultades para ser diagnosticadas y efectuar seguimiento, tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos que conllevan a múltiples problemas sociales y con escasos datos epidemiológicos.

2.2 Enfermedad Oncológica (EO). - Proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos con la consecuente formación de un tumor que invade los tejidos vecinos, generando metástasis a nivel ganglionar y a nivel de órganos distantes del cuerpo.

2.3 Enfermedades no transmisibles (ENT). - Son afecciones de larga duración que, por lo general, evolucionan lentamente y no se transmiten de persona a persona. Estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad y representan un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable.

2.4 Tratamiento de enfermedades de alto costo (TEAC). – Se encuentra conformado por los productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias asociadas que se requieran, que superan el Factor Universal de Alto Costo.

2.5 Gasto Catastrófico (GC). – Es el gasto económico producido a consecuencia de un evento que impacta en la salud de al menos uno/a de los miembros del grupo familiar, por el que se incurre en desembolsos sanitarios y/o conexos mayores o igual al 0.3 del ingreso familiar, o que pueden conllevar a su empobrecimiento y/o al incremento en la morbilidad y mortalidad de la sociedad.

2.6 Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS). – Es la evaluación sistemática y multicriterio de las propiedades, efectos y otros impactos de una tecnología sanitaria que proporciona evidencia científica de calidad para apoyar la toma de decisiones. El proceso de evaluación de tecnología sanitaria incluye: seguridad, eficacia, efectividad clínica, evaluación económica, implicancias organizacionales, severidad de la enfermedad, mejoras en la seguridad y tolerabilidad de las tecnologías sanitarias, mejoras en los resultados reportados por el paciente, consecuencias sociales, éticas y legales.

Artículo 3.- Bien esencial

Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias que se requieren para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de enfermedades raras, huérfanas y de alto costo son bienes esenciales, por lo que su adquisición y distribución es de utilidad, necesidad pública e interés nacional.

Artículo 4.- Creación del Fondo

Créase el Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) con recursos provenientes, inicialmente, del Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL) y de los aportes por asegurado del Seguro Social y de las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, que tiene por objeto garantizar la cobertura financiera universal a la población en general al diagnóstico y a los tratamientos de enfermedades de alto costo con la finalidad de reducir el gasto financiero en salud.

Artículo 5.- Naturaleza jurídica y administración del Fondo

5.1 El FONSALUD es un fondo fiduciario intangible, con personería jurídica de derecho público no estatal y duración indeterminada, sin fines de lucro y de interés público y social, se organiza con arreglo a las normas de la presente ley, su reglamento, sus estatutos y, en forma supletoria, por las normas del Código Civil.

5.2 El FONSALUD es administrado por un directorio conformado por representantes del Poder Ejecutivo y la Sociedad Civil, según su reglamento. Cuenta con una Gerencia General, su personal está comprendido en el régimen laboral de la actividad privada y es responsable de la coordinación de mecanismos de financiamiento; así como, de brindar el soporte técnico requerido, para lo cual contará con el apoyo de las instituciones públicas en el cumplimiento de sus funciones.

5.3 El FONSALUD tiene naturaleza de administradora de fondos públicos y privados. En tal sentido, le resultan de obligatorio cumplimiento las normas del Sistema Nacional de Control; así como las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Artículo 6.- Finalidad y funcionamiento del Fondo

6.1 El FONSALUD tiene por finalidad planificar, recaudar, gestionar y administrar económica y financieramente un fondo nacional intangible para garantizar la cobertura financiera de los tratamientos de alto costo a nivel nacional de los afiliados comprendidos en todas las IAFAS públicas; implementando mecanismos de administración, recaudación, pagos y adquisición en el sistema de salud.

6.2 Las IAFAS públicas y mixtas financian el FONSALUD a través del pago de una prima per cápita por asegurado y de otras fuentes. Las IAFAS privadas podrán celebrar convenios con el FONSALUD para aportar una prima per cápita con la finalidad de que sus asegurados accedan a los beneficios del FONSALUD para el tratamiento de enfermedades de alto costo de sus afiliados, según el Plan de Salud que se apruebe en cada caso.

6.3 El monto de las primas por asegurado o afiliado de las IAFAS que financian el FONSALUD es definido en el reglamento de la presente Ley y se determina y actualiza considerando el costo total de la prestación de salud.

6.4 Para los efectos de la presente Ley, entiéndase a todas las IAFAS públicas, privadas y mixtas como IAFAS de primer piso y al FONSALUD como IAFAS de segundo piso.

Artículo 7.- Funciones del Fondo

El FONSALUD tiene las funciones siguientes:

7.1 Recaudar los recursos de las IAFAS aportantes de primer piso para garantizar su funcionamiento.

7.2 Administrar los recursos recaudados y gestionar las colocaciones en el mercado financiero para garantizar su sostenibilidad financiera.

7.3 Identificar y adscribir a los asegurados al plan de salud de alto costo en coordinación con las IAFAS de primer piso.

7.4 Determinar los planes de cobertura y el financiamiento progresivo, asegurando como mínimo la cobertura de bienes y servicios de enfermedades de alto costo disponibles en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPREES) a la fecha de entrada en vigencia de la presente norma. Los nuevos tratamientos o procedimientos a ser incorporados toman en cuenta las evaluaciones de tecnologías sanitarias previamente establecidas por Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA), o quien haga sus veces, cuando corresponda y los requerimientos de los institutos nacionales especializados y de alta complejidad. Dichas evaluaciones deberán realizarse en el marco de un procedimiento administrativo transparente que permita la participación del titular del registro sanitario de la tecnología materia de evaluación.

7.5 Realizar la gestión financiera de los recursos para la cobertura del plan de salud de alto costo promoviendo el establecimiento de indicadores trazadores para la sostenibilidad del fondo.
7.6 Mancomunar y administrar los fondos destinados para la cobertura del alto costo.
7.7 Realizar la inversión financiera de los recursos del fondo.
7.8 Definir y actualizar mecanismos de pago para la compra de servicios prestacionales que distribuyan el riesgo entre el fondo y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPREES), promoviendo estándares de desempeño.
7.9 Suscribir arreglos institucionales (convenios y contratos) para la compra de bienes y servicios de salud con las IPREES de la Red de Alto Costo.
7.10 Realizar la validación prestacional y financiera.
7.11 Realizar la auditoría prestacional y financiera.
7.12 Reportar mediante mecanismos transparentes las coberturas de tratamientos de enfermedades complejas.

Artículo 8.- Estructura orgánica del Fondo

La estructura orgánica mínima del FONSALUD es la siguiente:

8.1 El Directorio.
8.2 La Gerencia General.

Artículo 9.- Del Directorio

El Directorio es el órgano de mayor nivel del FONSALUD y está integrado por:

9.1 El/la Viceministro(a) de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud, quien lo preside.
9.2 El/la Viceministro(a) de Hacienda del Ministerio de Economía y Finanzas.
9.3 El/la Presidente(a) del Seguro Social de Salud – Essalud.
9.4 Un representante del Seguro Integral de Salud.
9.5 Un representante de la Gerencia General del Seguro Social de Salud – Essalud.
9.6 Un representante del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.
9.7 Un representante de cada uno de los Fondos de Aseguramiento de las Sanidades de las Fuerzas Armadas: IAFAS FOSMAR, IAFAS EP y IAFAS FAP.
9.8 Cuatro representantes de la Sociedad Civil que representen a pacientes con enfermedades de Alto Costo.

El desempeño del cargo de integrante del Directorio es *ad honorem*.

Artículo 10.- Funciones y deberes del Directorio

El Directorio tiene las funciones siguientes:
10.1 Formular y aprobar la política institucional del Fondo.
10.2 Establecer los lineamientos y criterios de funcionamiento, así como las operaciones del Fondo.

10.3 Elaborar e implementar un sistema de gestión del Fondo para la administración sostenida de los recursos obtenidos de las diversas fuentes.
10.4 Aprobar los estatutos y sus modificaciones, el presupuesto anual, el balance general, los estados financieros y la memoria anual del Fondo.
10.5 Aprobar, a propuesta de la Gerencia General, el Manual de Inversiones y las iniciativas de inversión de los recursos del Fondo.
10.6 Designar al Gerente General y a los funcionarios que formen parte de las unidades orgánicas del Fondo.
10.7 Definir la estructura organizativa encargada de ejecutar los acuerdos y decisiones adoptadas por el Directorio, bajo la dirección de la Gerencia General.
10.8 Suscribir convenios y contratos con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPREES) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas, estableciendo los mecanismos de contraprestación o financiamiento que correspondan a los servicios de salud.
10.9 Aprobar las líneas de investigación científica, social y económica para evaluar el impacto del Fondo y garantizar la consecución de sus objetivos.
10.10 Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus fines.

Artículo 11.- De la Gerencia General

La Gerencia General es el órgano ejecutor de los acuerdos y decisiones que adopta el Directorio, está a cargo de un(a) Gerente General, quien asume la representación legal del FONSALUD. El cargo tiene una duración de tres años.

Las demás funciones, requisitos y atribuciones de la Gerencia General se fijan en el reglamento de la presente ley, el cual debe ser adecuado a los procesos de selección por concurso público de méritos del Servicio Civil.

Artículo 12.- Recursos e intangibilidad del Fondo

Los recursos que forman parte del FONSALUD son intangibles, ninguna autoridad puede disponer medidas cautelares ni de ejecución sobre ellos, y solo pueden ser empleados para la finalidad prevista en la presente ley, en la constitución de reservas técnicas y en las inversiones o colocaciones que sean necesarias para su adecuada rentabilidad, no pudiendo emplearse para financiar gastos del SIS, ni de ninguna otra IAFAS de primer piso.

El FONSALUD se constituye como IAFAS que cuenta con los siguientes recursos:

a. La capitalización del financiamiento y la inversión en los mercados financieros nacionales e internacionales.
b. Las subvenciones, donaciones y herencias y los legados que se instituyan a su favor.
c. Cualquier otro aporte o asignación proveniente de entidades públicas o privadas, nacionales o extranjeras, de cualquier título.
d. Impuestos directos, canon y otras contribuciones.

e. Las campañas de recaudación voluntarias en el ámbito local, regional o nacional patrocinadas por el Fondo.
f. Otros recursos que determine la norma con rango de ley.

Artículo 13.- Planes de cobertura del Fondo

13.1 Los planes de cobertura del FONSALUD son determinados mediante decreto supremo refrendado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas, en base a la propuesta técnica aprobada por el Directorio de FONSALUD, de acuerdo al procedimiento establecido para tales efectos en el reglamento de la presente Ley.

Para la determinación de los planes de cobertura se consideran todos aquellos diagnósticos y tratamientos que cuenten con una evaluación de tecnología sanitaria a cargo del Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud (CETS), o quien haga sus veces. El proceso de la determinación final de los planes de cobertura debe tomar en cuenta los siguientes criterios:

a. El costo de las enfermedades, incluido su diagnóstico o tratamiento sea igual o superior al determinado en el Factor Universal de Alto Costo (FUAC) del que trata el artículo 14 de la presente ley.
b. Los diagnósticos y tratamientos que hayan sido objeto de una favorable evaluación científica por parte de sociedades médicas, instituciones científicas y de la academia nacional e internacional cuando corresponda, conforme a lo establecido en el reglamento de la presente ley.
c. Otro que establezca su reglamento, considerando como lineamientos de priorización los siguientes:

i. Desviación de costo esperado.
ii. Cronicidad o persistencia.
iii. Posibilidad de gestión clínica o gestión de los servicios de salud.
iv. Justicia distributiva entre las diferentes enfermedades reconocidas.

13.2 El tratamiento oportuno y diagnóstico temprano de enfermedades raras, huérfanas y de alto costo está constituido por productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias asociadas a las enfermedades de alto costo.
13.3 Los planes de cobertura de alto costo en cuestión son actualizados a propuesta del Directorio de FONSALUD o, como mínimo, cada dos años, según el procedimiento establecido en el artículo 13.1.

Artículo 14.- Determinación del Factor de Alto Costo (FUAC)

Mediante decreto supremo refrendado por el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), se fija el Factor Universal de Alto Costo (FUAC) para determinar si el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad es de alto costo, tomando

en cuenta un porcentaje de los ingresos familiares anuales promedio una vez cubiertos los gatos de la canasta básica familiar. El Factor Universal de Alto Costo se actualiza cada tres (3) años.

Artículo 15.- Organización de la Red de Alto Costo

La Red de Alto Costo está conformada por IPRESS y/o Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) de todo el Sistema Nacional de Salud que contribuyan a un manejo especializado del diagnóstico y tratamiento a los que se refiere el artículo 13 de la presente ley, y se integra al mismo en el marco de las Redes Integradas de Salud. El reglamento de la presente ley establece las etapas de integración.

Para la cobertura de cada tratamiento establecido en el Plan de Salud, se define una Red de IPRESS elegibles que tengan capacidad resolutiva de brindar tratamientos de alto costo, según el mecanismo de elegibilidad que se establezca en el reglamento de la presente ley. Es obligatorio que las IPRESS se encuentren con registro vigente ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Artículo 16.- Adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y tecnologías sanitarias para tratamiento de enfermedades de alto costo no incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y listados complementarios

16.1. Facúltese a las IPRESS públicas, privadas y mixtas a identificar y requerir a FONSALUD la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y tecnologías sanitarias necesarias para el tratamiento y diagnóstico de alto costo; siempre que no se encuentren consignados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME) y/o en otros listados análogos, a través de Mecanismos Diferenciados de Adquisición (MDA), previo sustento técnico que demuestre eficacia del gasto frente al uso de los modelos convencionales disponibles.

16.2. El Ministerio de Salud, publica en su portal electrónico el listado de bienes y servicios para el tratamiento de enfermedades de alto costo que puedan ser adquiridos a través de los mecanismos establecidos en el numeral 16.1. Dicho listado deberá ser actualizado en tiempo real.

16.3. Mediante el reglamento de la presente Ley, el Poder Ejecutivo establece el desarrollo enunciativo de las distintas modalidades de mecanismos diferenciados de adquisición señalados en el numeral 16.1, así como el procedimiento para su implementación.
Dicho procedimiento incluye espacios de presentación de información técnica y comercial, así como de negociación entre el sector público y privado, con el fin de asegurar una selección eficiente y orientada al acceso oportuno de los bienes y/o servicios que promuevan un tratamiento eficaz para los pacientes.

16.4. Autorízase al FONSALUD a diseñar y negociar mecanismos diferenciados de adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y tecnologías sanitarias directamente con los proveedores, para garantizar el acceso de la población coberturada a los tratamientos de alto costo bajo criterios de eficacia del tratamiento y la sostenibilidad financiera del fondo. Para aquellas tecnologías sanitarias con resultados clínicos finales no

concluyentes y a la vez, que cuenten con resultados intermedios favorables o para tecnologías sanitarias con análisis de impacto económico desfavorables, aplíquese los mecanismos diferenciados de adquisición.

16.5 Facúltese al FONSALUD a celebrar convenios institucionales para la ejecución de los procesos de adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y tecnologías sanitarias en el marco de los mecanismos diferenciados de adquisición. Asimismo, las modalidades de MDA deben contemplar las clasificaciones reconocidas en los países de alta vigilancia sanitaria, así como en los informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIA FINALES

Primera. - Vigencia

La presente ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el diario oficial El Peruano, salvo disposición distinta que establezca la presente norma.

Segunda. - Reglamentación

Mediante decreto supremo refrendado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud, a propuesta de este último, se reglamenta lo dispuesto en la presente ley en un plazo de noventa (90) días calendario.

Tercera. - Designación de representantes ante el Directorio del Fondo

Las entidades a las que hace mención el artículo 6 de la presente norma, designan a sus representantes ante el FONSALUD, en un plazo no mayor de 30 días calendario desde la vigencia de la presente ley.

Cuarta. - Estatutos del Fondo

Una vez instalado el Directorio del FONSALUD, este aprueba sus Estatutos en un plazo no mayor de 30 días calendario.

Quinta. - Inscripción en registros públicos

La presente Ley constituye título suficiente para la inscripción del presente Fondo en los registros públicos a cargo de la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Sexta. - Cesión de posición contractual

Dispóngase la cesión de posición contractual del FONSALUD en los contratos que tiene suscritos el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL para la prestación de bienes y servicios de salud en el marco de la Resolución Ministerial N.° 325-2012/MINSA, la Resolución Ministerial N.° 151-2014/MINSA y la Resolución Jefatural N.° 093-2015/SIS.

La presente disposición tiene vigencia a partir de la desactivación a la que hace referencia la Primera Disposición Complementaria Transitoria de la presente ley.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera. - Funcionamiento y desactivación del FISSAL

En tanto se implemente el FONSALUD, se mantiene en funcionamiento la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) creada por Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.

El FONSALUD comunica al Ministerio de Salud y al Seguro Integral de Salud la culminación de su etapa de implementación, a fin de que se inicie el proceso de desactivación del FISSAL, incluido su funcionamiento como Unidad Ejecutora 002-1423 del Pliego 135: Seguro Integral de Salud.

El Ministerio de Salud asegura, bajo responsabilidad de sus funcionarios, que en el proceso de desactivación del FISSAL y consecuente activación del FONSALUD, ningún paciente deje de recibir acceso a sus tratamientos y a la cobertura de los mismos.

Las prestaciones que eran cubiertas por el FISSAL a los asegurados al SIS y que no sean incluidas en la cobertura del FONSALUD serán asumidas por el propio SIS.

Segunda. - Cobertura provisional del Fondo

El FONSALUD brinda cobertura financiera a las enfermedades y/o procedimientos previstos en la Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, la Resolución Ministerial N° 230-2020/MINSA y la Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS; en tanto se aprueben los planes de cobertura de alto costo a que hace referencia el artículo 13 de la presente ley, el cual añadirá enfermedades a las listas en las citadas normas.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS

PRIMERA. - Incorporación del artículo 9-A a la Ley N.° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

Incorpórese el artículo 9-A a la Ley N.° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, en los términos siguientes:

> *"Artículo 9-A.- Prestaciones de salud para diagnóstico y tratamiento de alto costo*
>
> *Los tratamientos, diagnósticos y procedimientos de salud de alto costo para los asegurados son cubiertos con cargo al Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD)."*

SEGUNDA. – Incorporación del artículo 3-A a la Ley N.° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Incorpórese el artículo 3-A a la Ley N.° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en los términos siguientes:

> *"Artículo 3-A.- Prestaciones de salud para diagnóstico y tratamiento de alto costo*
>
> *Los tratamientos y procedimientos de enfermedades de alto costo para los asegurados son cubiertas con cargo al Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD). Para dicho efecto, se autoriza a ESSALUD a efectuar el pago de la prima respectiva a favor del citado Fondo."*

TERCERA. – Modificación del artículo 2 del Decreto Legislativo N.° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud

Modifíquese el artículo 2 del Decreto Legislativo N.° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en los términos siguientes:

> *"Artículo 2.- Facultades del Seguro Integral de Salud (SIS)*
>
> *El Seguro Integral de Salud (SIS) se encuentra facultado para lo siguiente:*
> *2.1 Administrar los fondos de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud.*
> *2.2 Administrar los recursos para el financiamiento de las intervenciones de la cartera de salud pública bajo criterios determinados por el Ministerio de Salud.*
> ***2.3 Financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo a través del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD). Para dicho efecto, se autoriza al SIS a efectuar el pago de la prima respectiva a favor del citado Fondo.***
> *Las facultades enumeradas no son limitativas de las indicadas en otras disposiciones legales."*

Cuarta. - Modificación del artículo 10 del Decreto Legislativo N.° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas

Modifíquese el artículo 10 del Decreto Legislativo N.° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas, en los términos siguientes:

> *"Artículo 10.- Servicios y Prestaciones*
>
> *Las IAFAS financiarán la atención integral de salud, que comprende servicios y prestaciones en salud a sus beneficiarios a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas. La Dirección de las IPRESS podrá ser desempeñada por un profesional militar o civil calificado.*

Los tratamientos y procedimientos de salud de enfermedades de alto costo para los beneficiarios son cubiertas con cargo al Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD). Para dicho efecto, se autoriza a las IAFAS citadas en el artículo 2 del presente Decreto Legislativo a efectuar el pago de la prima respectiva a favor del citado Fondo."

Quinta. - Modificación del artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú

Modifíquese el artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, en los términos siguientes:

"*Artículo 8.- Convenios y Contratos*

Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad y calidad de las prestaciones de salud al personal policial de la Policía Nacional del Perú, se podrán suscribir convenios y contratos con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas, estableciendo los mecanismos de contraprestación o financiamiento que correspondan a los servicios de salud.
Los tratamientos y procedimientos de salud de enfermedades de alto costo para los beneficiarios son cubiertas con cargo al Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD). Para dicho efecto, se autoriza a SALUDPOL a efectuar el pago de la prima respectiva a favor del citado Fondo."

Sexta. - Modificación del artículo 11 del Decreto Legislativo N.° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud

Modifíquese el artículo 11 del Decreto Legislativo N.° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en los términos siguientes:

"*Artículo 11.- Asegurados del FISSAL*

Todos los asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) son asegurados del ***Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD).***"

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única. - Deróguense el Capítulo IV de la Ley N.° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.

Lima, febrero de 2022

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PAREDES FONSECA Karol Ivett FAU 20161749126 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 28/02/2022 17:11:14-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VERGARA MENDOZA Elvis Heman FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 25/02/2022 16:25:32-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VERGARA MENDOZA Elvis Heman FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 25/02/2022 16:25:08-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: LOPEZ UREÑA ILICH FREDY FIR 42834886 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 28/02/2022 11:27:19-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PORTERO LOPEZ Hilda Marleny FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 25/02/2022 16:06:16-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ARAGON CARREÑO Luis Angel FAU 20161749126 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 28/02/2022 10:01:44-0500

HILDA MARLENY PORTERO LÓPEZ
Congresista de la República

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ESPINOZA VARGAS Jhaec Darwin FAU 20161749126 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 25/02/2022 16:30:34-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MARTINEZ TALAVERA Pedro Edwin FAU 20161749126 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 28/02/2022 13:06:14-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MORI CELIS Juan Carlos FAU 20161749126 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 25/02/2022 19:01:37-0500

PERÚ
CONGRESO de la REPÚBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **4** de **marzo** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N°1378/2021-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

1. **ECONOMÍA, BANCA, FINANZAS E INTELIGENCIA FINANCIERA.**
2. **SALUD Y POBLACIÓN.**

HUGO ROVIRA ZAGAL
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

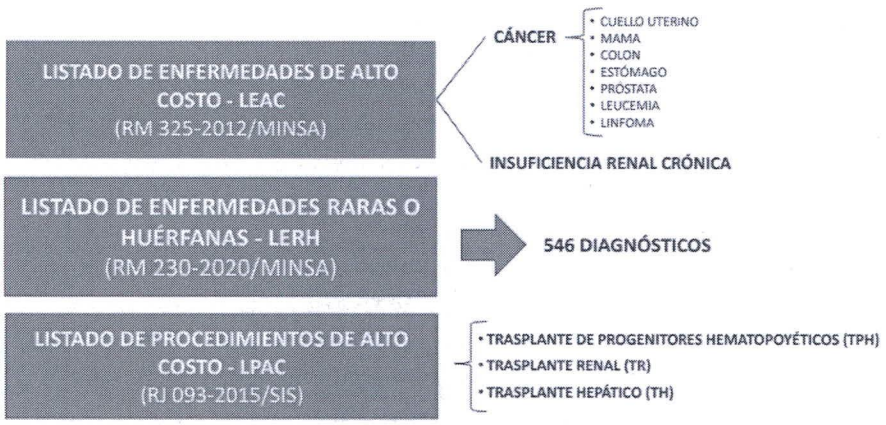
I. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta legislativa busca reducir el impacto financiero de la cobertura en salud a la población en general y eliminar progresivamente los gastos catastróficos en salud a través de la creación del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (en adelante, FONSALUD) como fondo mancomunado para garantizar la cobertura financiera oportuna a las prestaciones de alto costo (diagnóstico, tratamientos y procedimientos), así como establecer las disposiciones necesarias para su funcionamiento y sostenibilidad.

Al respecto es necesario precisar que los pacientes con enfermedades de alta complejidad requieren de un fondo que garantice una cobertura única para el alto costo, así como el acceso efectivo y oportuno a servicios sanitarios de salud seguros y de calidad frente a las coberturas de salud fragmentadas y poco eficientes que hoy existen en el Perú.

En vista de ello y toda vez que por mandato expreso del artículo 9 de la Constitución Política del Perú, compete al Estado determinar la política de salud, la "Ley que crea el Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD)" tiene por objetivo crear herramientas y mecanismos que permitan la cobertura financiera a los tratamientos de enfermedades de alto costo de los afiliados comprendidos en todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) Públicas.

Tabla N° 1: Cobertura del FISSAL



Fuente: Data FISSAL

La creación del FONSALUD ha sido estructurada y diseñada con base en los lineamientos planteados en la Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS) al 2030, denominada "Perú, País Saludable"; y aprobada mediante Decreto Supremo N.° 026-2020-SA, cuyo seguimiento se encuentra a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), responsable de remitir los reportes de cumplimiento, de seguimiento y evaluación ante el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).

La PNMS identifica al "limitado acceso a los Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos en los Servicios de Salud" como una de las causas de la limitada cobertura y acceso a los servicios de salud vinculadas al limitado acceso a una capacidad resolutiva suficiente, integral y de calidad de los servicios de salud en base a las necesidades diferenciadas de las personas.

En efecto, de la mano de las limitaciones en infraestructura y equipamiento en salud, así como de la falta de seguridad de los establecimiento de salud frente a emergencias y desastres, la PNMS precisa que existe una débil coordinación entre las diferentes instituciones que brindan servicios de salud, así como entre los actores del Sistema de Suministro de Medicamentos e Insumos Médicos (SISMED) nacional y regional para articular los procesos y las gestiones, que permita hacer propuestas concertadas y tomar decisiones a fin de mejorar la gestión del suministro y la disponibilidad de productos farmacéuticos y dispositivos médicos en el país.

Esta situación, que afecta al suministro de medicamentos e insumos médicos en general, resulta particularmente sensible y preocupante, cuando se trata de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias asociadas al tratamiento de enfermedades de alto costo.

Ahora bien, en lo relacionado con el financiamiento de la atención en salud para los que se encuentra en una situación de pobreza, el Tribunal Constitucional, en los fundamentos 41 y siguientes de la sentencia recaída en el Expediente N.° 0033-2010-PI/TC, señala que, aun cuando la focalización del presupuesto para este segmento de la población fue destinándose progresivamente a través del SIS, la Ley N.° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (en adelante, LMAUS) ha institucionalizado dicha política y ha convertido en irreversible, al precisar su artículo 20 que:

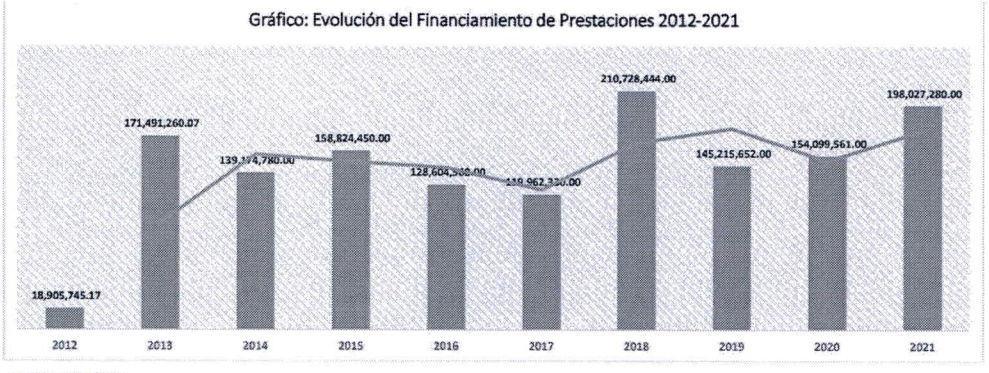
> "El Estado debe incrementar progresivamente, cada año, de manera obligatoria los fondos destinados al financiamiento del régimen subsidiario y semicontributivo".

Tal irreversibilidad es particularmente relevante si se observa que antes de la emisión de esta norma, el incremento del gasto público en salud, como presupuesto de la vigencia efectiva del principio de equidad en salud, era un objetivo que no era cumplido cabalmente por el Estado. Antes bien, era un problema que se venían agravando, pues mientras el gasto público en salud no aumentaba o aumentaba en proporciones muy escasas, el número de afiliados al SIS crecía aceleradamente.

En ese sentido, se observa que a partir de la promulgación de la LMAUS esta situación ha tenido señales importantes de cambio. La inversión en salud, específicamente en la ampliación del aseguramiento universal, ha crecido significativamente y ha supuesto un rápido incremento de número de asegurados en el país y la mejora de algunos servicios de salud críticos. Este incremento del gasto en salud no sólo ha estado destinado a incrementar la cobertura financiera para el mayor número de afiliados, sino en ampliar la capacidad operativa del sistema de salud público, con inversión en equipamiento, y en personal sanitario, que permita cerrar las amplias brechas existentes en este sector. Para este efecto, se han aprobado en los últimos años una serie de dispositivos que

autorizan transferencias de recursos al proceso de aseguramiento universal, como se detalla en el Informe de Gestión "A un año de implementación del Aseguramiento Universal en Salud". Abril 2009 – 2010, emitido por el Ministerio de Salud.

Tabla N° 2: Financiamiento – IPRESS Públicas



Fuente: Data FISSAL

Nota: Los datos corresponden a transferencias realizadas a favor de las Unidades Ejecutoras destinadas al financiamiento de prestaciones de cobertura FISSAL.

Más allá del incremento en el gasto en salud, se observa que el más importante avance en materia de financiamiento en salud, como garantía de vigencia del principio de equidad, ha sido la aprobación de la Ley N.° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiario y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud (publicada el 22 de julio de 2011). Hasta antes de la aprobación de esta ley, dos eran los problemas que venían presentando en el financiamiento del SIS: (i) en primer lugar, el problema de la disminución de la cobertura financiera por asegurado; así, a pesar del incremento en el financiamiento al SIS, se tenía que en el 2008 un afiliado contaba con S/ 40.5 soles de cobertura en promedio, mientras que en 2010 el subsidio promedio ascendía a S/ 36.2 soles; y (ii) el problema de la deuda que el SIS registraba con algunas entidades prestadoras del servicio de salud, o la deficiente gestión de los recursos por los Gobiernos Regionales, que demoraban el pago a los hospitales, todo lo cual generaba, como queda registrado en el Informe Defensorial N.° 120, la falta de voluntad en dichos hospitales para atender a las personas beneficiarias del SIS.

La Ley de Financiamiento Público, con el objetivo de superar el problema de incremento de afiliación y lograr sostenibilidad y seguridad financiera, en su artículo 4 ha dispuesto que:

> "El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) de los regímenes subsidiario y semicontributivo se financia con cargo a los siguientes recursos:
> a) Los créditos presupuestarios que se asignan anualmente al Seguro Integral de Salud (SIS) tomando como referencia, para el régimen subsidiario, el valor de la prima y el número de afiliados y, para el régimen semicontributivo, el valor de la prima, el coeficiente de financiamiento público (proporción) y el número de afiliados [...]".

Por otro lado, la ley ha establecido también en su artículo 9 un procedimiento específico para el pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPREES), previendo

expresamente, además, que "el mecanismo de pago establecido para el Seguro Integral de Salud (SIS) busca generar incentivos que promuevan la eficiencia, el fortalecimiento de la atención primaria de salud, y el cierre de brechas".

Por ende, aun cuando la cantidad de recursos no es suficiente para atender todas las necesidades de salud de los afiliados al régimen subsidiario y semicontributivo, y aun cuando el porcentaje del PBI dedicado a salud es todavía inferior a lo que se requiere según la OMS para el logro de la equidad en salud [este porcentaje en el 2009 era de 4.6%, el cual dista mucho del objetivo trazado en el Acuerdo Nacional, donde se fijó como meta de gasto en salud el 7% del PBI, y de los estudios realizados por la OMS, que estiman como necesario para lograr los objetivos de equidad en salud, un mínimo de 6% del PBI[1]], lo esfuerzos realizados en los últimos años, a partir de la publicación de la LMAUS, y en especial de la publicación de la Ley de Financiamiento, dan una clara señal de la dirección de la política pública, encaminada al cumplimiento de la equidad en el financiamiento de la salud.

Por lo demás, en cuanto al aspecto de la eficiencia en el manejo de los recursos, es evidente que uno de los objetivos centrales del modelo de "pluralismo estructurado" o "competencia regulada" impulsado por la LMAUS es lograr el mejor aprovechamiento de los recursos con los que cuenta el sistema sanitario. Así, el artículo 22 de la LMAUS ha fijado una serie de criterios para lograr la articulación de los servicios brindados por las distintas entidades prestadoras de salud existentes en los distintos regímenes de financiamiento. Entre dichas medidas se ha previsto la estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos, así como la posibilidad de suscribir convenios de intercambio de servicios entre distintas instituciones administradoras de fondos de aseguramiento y entidades prestadoras, con base en los principios de complementariedad y subsidiariedad.

De todo ello se aprecia que la LMAUS ha considerado, en su diseño y mecanismos de implementación, en lo que corresponde, los componentes esenciales del principio de equidad en salud. Se observa, igualmente, que el artículo 6.1 de la Ley N.° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiario y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, ha dispuesto la asignación de recursos para la ampliación progresiva de la cobertura del aseguramiento en salud y del plan de beneficios que se entrega a través del PEAS a los regímenes subsidiario y semicontributivo, como un objetivo prioritario del Estado.

No obstante ello, no se puede dejar de reconocer la desatención en la implementación del principal mecanismo que tiene la LMAUS para remediar el delicado problema de las atenciones de enfermedades de alto costo. Es claro que el impedimento de acceder al servicio de salud necesario, de una persona con carencia de recursos económicos, tiene el efecto de comprometer su capacidad funcional esencial para su salud o incluso su propia vida, representando intervención grave del derecho a la salud de esa persona. Si bien es cierto, los recursos son escasos y deben priorizarse en la atención primaria de salud para lograr resultados amplios de salud que beneficien a un número amplio de

[1] Cfr. Exposición de Motivos del Proyecto de Ley N.° 4880/2010-PE sobre la Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiario y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, p. 14.

personas, también es cierto que la obligación del Estado de cubrir las contingencias de alto costo no puede quedarse desatendida.

En este sentido, el Tribunal Constitucional, en el fundamento 44 de la sentencia recaída en el Expediente N.° 0033-2010-PI/TC, señala que una interpretación orientada a la Constitución del artículo 21 de la LMAUS ["Las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el PEAS pueden ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiario y semicontributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)"] no puede entenderse en el sentido de que éste faculta a que, discrecionalmente, se decida el financiamiento de las enfermedades de alto costo que no están incluidas en el PEAS para la población del régimen subsidiario y con el Fondo Intangible Solidario. De modo que más que una facultad discrecional, en realidad se trata de una obligación de cumplimiento progresivo, derivada de la eficacia jurídica del derecho a la salud.

En segundo lugar, aunque se aprecia que en la Ley N.° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, se ha establecido la obligación de financiamiento de este Fondo [al considerarlo una Unidad Ejecutora constituida como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), a la cual, de acuerdo al artículo 12 de esta Ley, le corresponden los créditos presupuestarios destinados al FISSAL, que se asignan anualmente al Pliego Seguro Integral de Salud, de acuerdo a las normas presupuestarias vigentes, además de los ingresos provenientes de la venta de planes de aseguramiento]; también advierte que vulnera el deber de progresividad, cuando pasado un periodo razonable de tiempo, la obligación de implementación del FISSAL no se ha ejecutado. En ese sentido, se observa que desde que se aprobó la LMAUS, en el mes de abril de 2009, hasta la fecha aún no se ha aprobado el Listado de Enfermedades de Alto Costo por el Ministerio de Salud, ni se ha establecido el procedimiento para acceder a este mecanismo de atención de enfermedades costosas, además de las enfermedades raras o huérfanas que, de acuerdo a la Ley N.° 29698, deben también ser atendidas por este fondo.

El Tribunal Constitucional recuerda que por muchas que fueran las dificultades financieras que pueda suponer la provisión de recursos a necesidades sociales de alto costo como ésta, el Estado, a través de sus órganos competentes, no puede dejar de buscar las formas de aplicar y cumplir con una Ley dictada con el objeto de superar un grave déficit de protección social, que supone una afectación amplia y sistemática de derechos fundamentales. Por tanto, la carencia de regulación del Listado de Enfermedades de Alto Costo y de los procedimientos para el funcionamiento del FISSAL constituye un supuesto de inconstitucionalidad latente, que debe ser superada en el lapso más breve posible. Tal constatación, sin embargo, no puede suponer la declaratoria de invalidez de la LMAUS, pues ésta no resulta en sí misma inconstitucional, sino sólo la situación de hecho constituida por su no aplicación. De ahí que el Tribunal Constitucional se haya visto obligado a llamar la atención del Ministerio de Salud, en tanto órgano rector del proceso de aseguramiento universal en salud y encargado de regular las omisiones detectadas, a fin de que adopte las medidas necesarias y adecuadas para superar dicho estado de cosas inconstitucionales.

Por lo demás, se debe recordar, como ha expresado la Organización Mundial de la Salud, que las formas de financiamiento y manejo eficiente de los recursos pueden ser diversas. El Estado puede recurrir a diversos mecanismos que posibiliten un incremento de los recursos para este sector. La apelación a la solidaridad social, de distintos modos, es perfectamente legítima en esta circunstancia. Y es que como el Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de precisar, los derechos sociales deben entenderse, dentro una concepción integral, no sólo como obligaciones a cargo del Estado, sino como deberes de solidaridad que comprometen a la sociedad en su conjunto (Cfr. Sentencia del Tribunal Constitucional recaído en el Expediente N.° 2945-2003-AA/TC, fundamentos 23-25).

Es igualmente importante, por último, destacar la relación que existe entre la realización del principio de equidad en salud y la información a los ciudadanos de que la política de aseguramiento universal de salud constituye una exigencia derivada del contenido constitucionalmente garantizado del derecho a la salud. Su materialización, de la forma como se ha previsto en la LMAUS, por tanto, no es una concesión o una gracia estatal, por lo que en la superación de sus carencias, ineficiencias y deficiencias sus usuarios tienen una gran responsabilidad.

El Tribunal Constitucional ha advertido que la inexistencia de información en ese sentido propicia la tolerancia a problemas como los advertidos por la Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial N.° 120 ["Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud", de mayo de 2007], donde daba cuenta que el 67% de los encuestados, beneficiarios del SIS, refirió maltrato en la atención (como colas largas, indiferencia y desinterés del personal); el 32% alegó que había sido discriminado, pues se atendió primero a los que no eran del SIS; el 83% no recibió información durante su atención; el 27% no entendía lo que se explicaba y el 85% afirmó que al personal le faltaba calidez en la atención.

Lo que llama la atención es que, ante dicha atención deficitaria, el 84% afirmaba desconocer los canales legales para efectuar sus reclamos o quejas, y el 92% alegaba desconocer cuáles eran sus derechos respecto al servicio que se les brindaba. En dicho contexto, se estima que uno de los temas en los que deberá incidir el Ministerio de Salud, a efectos de avanzar en el logro de la equidad en salud, es el de la difusión amplia del aseguramiento universal como un proceso inscrito en el cumplimiento del deber estatal de satisfacer el derecho a la salud de todos los peruanos; promoviendo no sólo el conocimiento de las atenciones específicas que ofrece el aseguramiento universal, sino también de que la realización de ésta es la concretización de un derecho fundamental, así como de los mecanismos administrativos y judiciales que contempla la LMAUS para reclamar su desconocimiento o violación.

Asimismo, el médico Diego Venegas Ojeda, experto en Salud y ex viceministro de Salud, mencionó que "la segunda causa de muerte en el país es el cáncer, cada año se están diagnosticando más de 70 mil casos nuevos, de los cuales la mitad fallecen. Este es un número muy importante si lo comparamos con la pandemia [...] La inversión que hacemos es muy limitada, el gasto público en salud en nuestro país está alrededor de los 874 soles, y si nosotros miramos a Chile, ellos están invirtiendo casi 3 veces ese presupuesto y los países de la OCD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) 8 veces ese presupuesto. Ahí nosotros tenemos una falencia" (Cfr.

Entrevista "Pacientes con enfermedades de alta complejidad requieren fondos de alto costo" con Depolitika.pe).

En consecuencia, la pandemia ha sido motivo del agravamiento de miles de pacientes "NO COVID", y causa de su fallecimiento prematuro; aun no habiendo contraído el virus, al no haber podido ser diagnosticados de otras enfermedades complejas y tratados de manera oportuna, empeoraron. La problemática de los pacientes con otras enfermedades, no solo está relacionada con la pandemia. No contamos aún con cobertura universal en salud y la fragmentación de los subsistemas de salud, hace que haya mayor inequidad, pues, no accede al mismo tratamiento el paciente de EsSalud y el de SIS; por esa razón, la necesidad de generar mecanismos innovadores que resuelvan los problemas de salud de alta complejidad es de suma urgencia, pues hay un gran número de pacientes que no cuentan con la capacidad económica para solventar gastos de tratamiento. Por consiguiente, el FISSAL no se da abasto para atender las necesidades de los pacientes SIS. Por todo ello, más que nunca, necesitamos un fondo nacional universal para cubrir las necesidades de los pacientes con tratamiento de alto costo.

II. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Mediante los Proyectos de Ley N.° 7203/2020-CR y 7708/2020-CR, de fechas 24 de febrero y 14 de mayo de 2021, respectivamente, se propuso crear el Fondo Universal de Alto Costo en Salud (Fondo Salud) como mecanismo nacional para brindar cobertura financiera a los tratamientos de enfermedades de alto costo así como establecer las disposiciones necesarias para su funcionamiento, los cuales no fueron dictaminados por las Comisiones de Economía, Banca, Finanzas e Inteligencia y de Salud y Población, respectivamente, como únicas comisiones dictaminadoras.

Asimismo, durante el mismo periodo parlamentario 2020-2021, se presentó el Proyecto de Ley N.° 7587/2020-CR, de fecha de 26 de abril de 2021, que tiene como objeto "precisar las facultades que tiene el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para las atenciones de enfermedades de alto costo de atención, raras y huérfanas", a fin de promover la suscripción de contratos y convenios, a nivel nacional o internacional, en el tratamiento de las citadas enfermedades.

III. MARCO CONCEPTUAL

La Constitución Política del Perú, norma fundamental sobre la cual se construye el Estado peruano, ha definido sus principios en torno a la defensa de la persona humana y su dignidad, en virtud a ello, se aprecia en su articulado la incorporación de derechos fundamentales como a la de protección a la salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, reconociendo el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, y supervisando su eficaz funcionamiento.

Así, el derecho a la salud constituye un derecho constitucional. Conforme al artículo 7 de la Constitución, "[t]odos tienen derecho a la protección a la salud, la del medio familiar y la de la comunidad [...] así como el deber de contribuir a su promoción y defensa [...]".

El contenido o ámbito de protección de este derecho constitucional consiste en la "la facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, así como de restituirlo ante una situación de perturbación del mismo" (cfr. Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N.° 1429-2002-HC/TC, fundamento 12, segundo párrafo). El derecho a la salud, entonces, "se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado" (cfr. *Ibídem*, fundamento 13). Este doble aspecto del derecho a la salud se orienta ciertamente a posibilitar un estado pleno de salud.

En esa línea, y considerando que el Estado determina la política nacional de salud, los derechos previamente mencionados fueron desarrollados en diversos instrumentos legales y reglamentarios, entre los que destaca la Ley N.° 26842, Ley General de Salud, y sus normas modificatorias, donde se estableció que el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar la salud. Garantizando la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido; y, por otro lado, determina que el financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.

Asimismo, destaca el Texto Único Ordenado de la Ley N.° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N.° 020-2014-SA, el cual precisa en sus artículos 1 y 3, respectivamente, lo siguiente:

> "La presente Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento"; y,
> "El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud —una Institución Administradora de Aseguramiento en Salud (IAFAS)— que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad [...]".

En efecto, dada la garantía del AUS y su definición, es posible observar que abarca los principios de universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y carácter participativo; y presenta características de carácter obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible.

De esta manera, se permite que más peruano puedan acceder oportunamente a un servicio de calidad, cualquiera sea su condición económica, protegiendo a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado con eventos de enfermedad.

En este contexto, se propone a través del presente proyecto crear un Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo que tienen por finalidad planificar, gestionar y administrar económica y financieramente un fondo intangible para garantizar la cobertura financiera de los tratamientos de alto costo a nivel nacional de los afiliados

comprendidos en todas las IAFAS Públicas; implementando mecanismos de administración, pagos y adquisición en el sistema de salud.

Para ello, resulta necesario indicar la naturaleza y objetivos que cumple el FISSAL en nuestra legislación nacional, así como la problemática y necesidad existente que justifica los aspectos de la presente propuesta normativa; motivo por el cual, se indica los siguiente:

1. Antecedentes

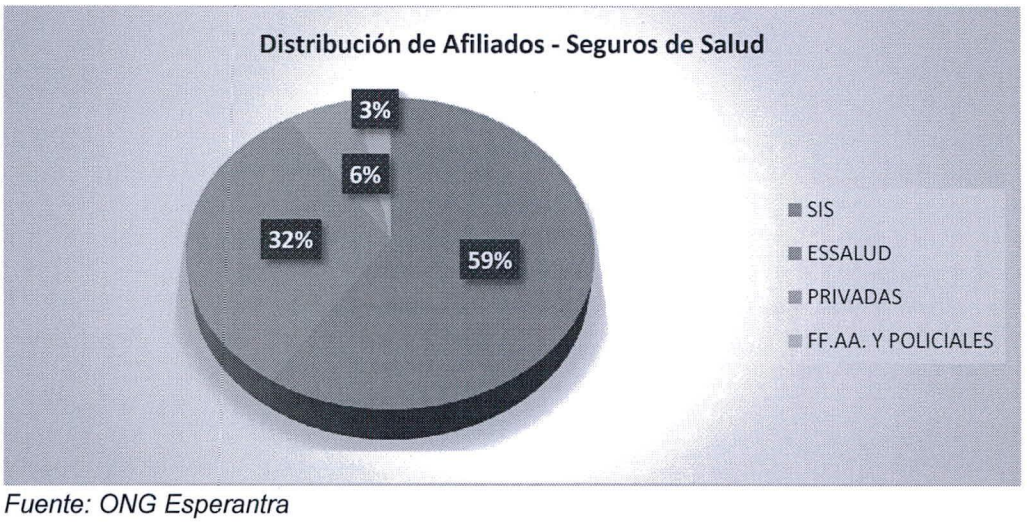
La Ley N.° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiario y Semicontributivo del Aseguramiento Universal de Salud, crea la Unidad Ejecutora del Fondo Intangible Solidario de Salud sobre la base del fondo creado por la Ley N.° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud.

En efecto, el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) es una Unidad Ejecutora (en adelante, UE) del Seguro Integral de Salud (SIS) y está encargada de financiar las atenciones de salud de los peruanos con alguna enfermedad de alto costo. El FISSAL cuenta con una autonomía limitada como IAFAS al ser un órgano desconcentrado del SIS.

Los recursos del fondo provienen de la asignación que se efectúa desde el Ministerio de Economía y Finanzas – MEF (como UE del Pliego 135 SIS) y no de una fuente fija de financiamiento. De esta forma, el FISSAL es una IAFAS Pública, pero a diferencia de las otras no puede generar un fondo de reserva intangible en la que pueda administrar riesgos de manera solidaria. Al funcionar como una UE, sus fondos son reversibles: cualquier excedente a finales de año, se devuelve a la caja fiscal del MEF, como todas las UE a nivel nacional.

El FISSAL efectúa una cobertura parcial, solo para los afiliados del SIS, que representan el 59% de la población de Perú.

Tabla N° 3: Distribución de Afiliados en Seguros de Salud



Fuente: ONG Esperantra

El total de afiliados en el SIS cubre a un total de 22 millones de peruano. Cabe recalcar que este número era de 17 millones hasta noviembre de 2019. Sin embargo, el incremento de afiliados no acompañado con un aumento de presupuesto acorde con las necesidades del fondo.

Por otro lado, si bien es cierto, el número de pacientes atendidos se ha incrementado con el tiempo, aún es insuficiente.

Tabla Nº 4: Beneficiarios del FISSAL en IPREES Públicas y Privadas[2], y Financiamiento de IRC (2016 - 2021)

GRUPO COBERTURA	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	ATENDIDOS	ATENCIONES	ATENDIDOS	ATENCIONES	ATENDIDOS	ATENCIONES	ATENDIDOS	ATENCIONES	ATENDIDOS	ATENCIONES	ATENDIDOS	ATENCIONES
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA IRC	14,843	399,113	15,797	597,181	17,532	739,477	22,665	925,633	15,600	979,204	13,012	987,738
ONCOLOGICAS	37,649	310,129	36,609	299,989	38,582	316,827	46,275	383,685	35,448	262,591	31,933	281,554
PROCEDIMIENTOS DE ALTO COSTO - PAC	130	1,625	224	2,006	62	127	407	3,271	253	2,313	279	2,111
ENFERMEDADES RARAS Y HUERFANAS - ERH	182	502	158	507	1,573	2,390	23,373	39,961	43,689	74,783	41,189	82,580
OTROS Diagnosticos DX	33	436	32	375	43	500						

Descripción	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Atendidos (*)	14,843	15,797	17,532	22,665	15,600	13,012
Atenciones (*)	399,113	597,181	739,477	925,633	979,204	987,738
N° Sesiones de hemodiálisis (*)	352,605	533,913	636,479	751,717	792,125	747,227

Fuente: Data FISSAL

A pesar de ello, los servicios prestacionales en Perú no satisfacen la demanda sanitaria. El sistema de salud cuenta con tres niveles de atención[3], de los cuales el primero, que debería ser la puerta de ingreso, resuelve principalmente enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. Por ello, no responde efectivamente a la demanda —centrada en las enfermedades no transmisibles— ni desarrolla estrategias efectivas para la prevención y promoción de la salud, generando que las patologías crónicas se atiendan tardíamente y en hospitales. Así, la población busca atender estas condiciones en los niveles más complejos de atención —nivel II y nivel III—, incrementando los costos para el tratamiento, tanto para aseguradores como para la población.

Para la cobertura financiera, también existe una brecha. Al 2017, el gasto público en salud como proporción del Producto Bruto Interno (PBI) fue 3.2%, lo cual es considerablemente menor que el estándar de la OMS (entre 5% y 6%) para lograr la CUS (Banco Mundial, 2020). Además, el presupuesto en salud es considerablemente menor al de países pares de la región (Chile 5.4% y Colombia 5.5%).

[2] La actualización de la información respecto a IPRESS Públicas se encuentra hasta octubre del 2021 y la de IPRESS Privadas hasta diciembre 2021.

[3] Los servicios que se cubren se precisan en la normativa de categorización, que establece tres niveles de atención: Resolución Ministerial (RM) N° 546-2011/Minsa que aprueba la Norma técnica de salud "Categorías de establecimientos del sector salud" (2011) y la RM N° 076-2014-Minsa, que aprueba la "Guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud" (2014).

En cuanto al presupuesto, la mayor parte es asignado a cubrir tratamientos renales, a diferencia de otras patologías como Enfermedades Raras y Huérfanas (en adelante, ERH) que reciben un menor presupuesto.

Tabla N° 5: Presupuesto FISSAL

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA 2022 VS PIM 2021 Y DEMANDA ADICIONAL 202, UE 002 FISSAL DEL PLIEGO 135 SIS
(Consolidado por Fuente de Financiamiento, Genérica de gasto, Programa Presupuestal y Unidad Ejecutora)

FTE FTO / GG	PROGRAMA PRESUPUESTAL	CONCEPTO	PIA 2022 UE 002 FISSAL	PIM 2021 UE 002 FISSAL	VARIACION DEL PIA 2022 RESPECTO AL PIM 2021	% VARIACION DEL PIA 2022 RESPECTO AL PIM 2021	DEMANDA TOTAL 2022 FISSAL	BRECHA PRESUPUESTAL: DEMANDA TOTAL - PIA 2022
1. RECURSOS ORDINARIOS			376,831,816	427,041,999	- 50,210,183	-11.76%	557,493,918	- 180,662,102
	9001. ACCIONES CENTRALES	G. ADMINISTRATIVOS	9,486,794	10,063,288	- 576,494	-5.73%	11,122,837	- 1,636,043
	5006372. HEMODIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL	CONTRATOS - IRC PRIVADA	209,359,699	214,813,792	- 5,454,093	-2.54%	301,479,085	- 92,119,386
		TRANSFERENCIAS - IRC PÚBLICA	43,576,048	27,647,430	15,928,618	57.61%	49,399,446	- 5,823,398
	5001566. OTRAS ATENCIONES DE SALUD ESPECIALIZADAS	OTRAS ATENCIONES	50,879,891	48,012,755	2,867,136	5.97%	60,883,387	- 10,003,496
	0024. PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	TRANSFERENCIAS	63,529,384	126,504,734	- 62,975,350	-49.78%	134,609,163	- 71,079,779
TOTAL GENERAL			376,831,816	427,041,999	- 50,210,183	-11.76%	557,493,918	- 180,662,102

*En el caso de la Hemodialisis por insuficiencia renal - contratos - IRC PRIVADA; la ejecución contractual se realizara recien en el año 2022, teniendo en muchos casos que el precio por sesion se ha incrementado.

Fuente: Data FISSAL

Ante esta situación, es necesario que el Estado tome medidas para mejorar la cobertura financiera y prestacional de la población y evitar que incurra en gastos que puedan afectar su salud y economía. Por ello, la propuesta legislativa tiene por objeto crear el Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) intangible con el objetivo de brindar cobertura financiera a los tratamientos de enfermedades de alto costo.

Asimismo, el fondo de alto costo se constituye como una IAFAS de segundo piso que se encargue de la gestión del financiamiento. En ese sentido, el fondo debe abarcar como mínimo la cobertura actual del FISSAL. Con el tiempo la cobertura del plan de salud podrá ampliarse.

El fondo se relaciona con las IAFAS de primero piso —SIS, EsSalud, Saludpol y IAFAS de las Fuerzas Armadas (Fospeme, Fosmar y Fosfap)—, las cuales efectuarán el pago de primas estimadas en función del número de afiliados y del plan de salud establecido. El fondo podrá mancomunar universalmente los fondos, realizará la administración de los recursos financieros y definirá mecanismos de pago.

El resumen de la cobertura de alto costo, financiamiento, copagos y prestaciones de las aseguradoras se puede observar en el Tabla N° 5. Dado ello, se puede indicar que no se presenta una cobertura clara y estandarizada entre los subsistemas para los gastos catastróficos.

Tabla Nº 6: Cobertura alto costo en los subsistemas de salud de Perú

	EsSalud	SIS	Saludpol	Fosfap	Fosmar	Fospeme
Cobertura de alto costo	Plan ilimitado con una lista de exclusión acotada.	-SIS: cobertura financiera dentro del plan complementario y cobertura extraordinaria. - Fissal: condiciones priorizadas	No existe una definición operacional del alto costo. Se cubren algunas prestaciones de alto costo	- Plan regular: ilimitada para titulares, derechohabientes hasta 40 mil soles - Plan oncológico.	- Plan Segunda Capa: hasta 25 mil soles. - Plan oncológico	- Plan Segunda Capa: hasta 30 mil soles - Plan oncológico
Financia-miento	Aportes de los asegurados	Impuestos Aportes (semicontributivo)	- Impuestos del gobierno central -Aportes de los asegurados			
Copagos	No	No	Sí para la lista de exclusión	Copagos para los derechohabientes	Copagos y primas para titulares y derechohabientes	Copagos para las exclusiones. Primas para titulares y derechohabientes
Prestación	Red propia	Red pública (Minsa - GOREs) y convenios con otras instituciones (incluye el exterior).	Red propia. Convenios con otros prestadores públicos.			

Fuente: Videnza Consultores

Como se ha visto, la cobertura de las enfermedades de alto costo es ampliamente heterogénea entre los subsistemas de salud. Por un lado, se tiene una cobertura definida implícitamente, como la de EsSalud o el SIS mediante el plan complementario y la cobertura extraordinaria. Por otro lado, se tiene las de las IAFAS militares y policial, que son de cobertura específica y favorecen grupos de enfermedad como el cáncer. Finalmente, la única IAFAS de cobertura específica para el alto costo es Fissal que, sin embargo, es solo de acceso para la población afiliada al SIS. Esto genera una gran desigualdad en el acceso de cobertura de la población, la cual enfrenta el riesgo de no recibir oportunamente tratamientos de calidad para estas condiciones. Al mismo tiempo, por tratarse de tratamientos de alto costo, existe un gran riesgo para la sostenibilidad financiera de los hogares que pueden enfrentar gasto catastrófico o empobrecedor.

Frente a esta heterogeneidad en los planes de cobertura, asignación presupuestal variable para el alto costo variable e inequidades en el acceso a prestaciones de alto costo entre las diferentes IAFAS que le restan eficiencia al sistema, es necesario establecer una cobertura universal equitativa que garantice el acceso efectivo y oportuno a servicios sanitarios de salud seguros y de calidad.

1.1. Aspectos Socioeconómicos

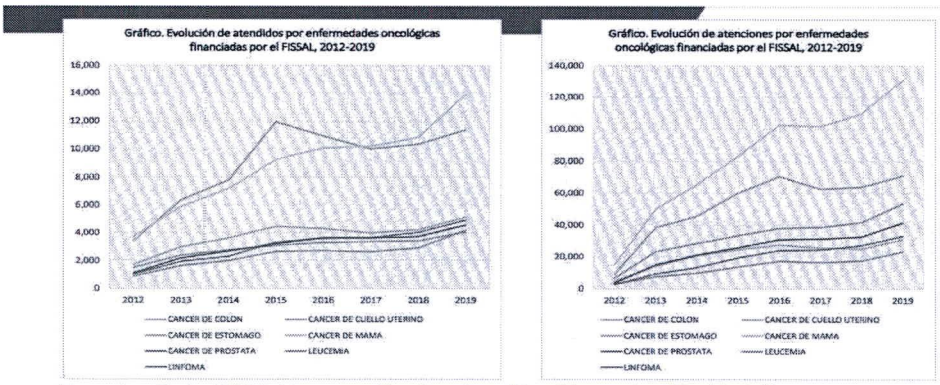
El FISSAL es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública, órgano desconcentrado y unidad ejecutora (UE) de Seguro Integral de Salud (SIS) y está encargada del financiamiento de las prestaciones de salud de alto costo (personas aseguradas al SIS). Los recursos provienen de la asignación que se efectúa desde el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y no desde una fuente fija de financiamiento.

El FISSAL no puede generar un fondo de reserva intangible en la que pueda administrar riesgos de manera solidaria; al funcionar como una UE, sus fondos son reversibles, cualquier excedente a finales de año se devuelve a la caja fiscal

del Ministerio de Economía y Finanzas. Esto es muy importante como todas las UE a nivel nacional.

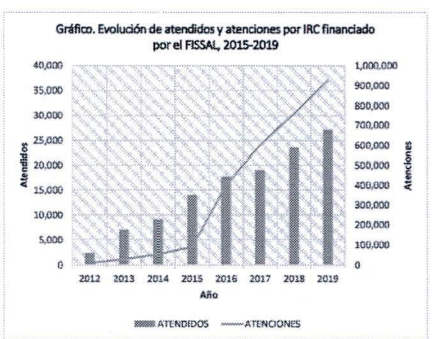
El FISSAL efectúa una cobertura parcial solo para los afiliados del SIS que representan el 59%. El total de afiliados en el SIS cubre 22 millones de peruanos. Cabe resaltar que este número era 17 millones hasta noviembre del 2019. Sin embargo, el incremento de afiliados no viene acompañado con un aumento de presupuesto acorde con esas necesidades del fondo; por otro lado, si bien es cierto el número de pacientes atendidos se ha incrementado con el tiempo, aún no es suficiente como todos sabemos. En el año 2020 se atendieron 31,953 pacientes con enfermedades oncológicas, 11,617 pacientes con insuficiencia renal crónica y 31,953 pacientes con enfermedades raras y huérfanas.

Tabla N° 7: Cobertura de enfermedades oncológicas

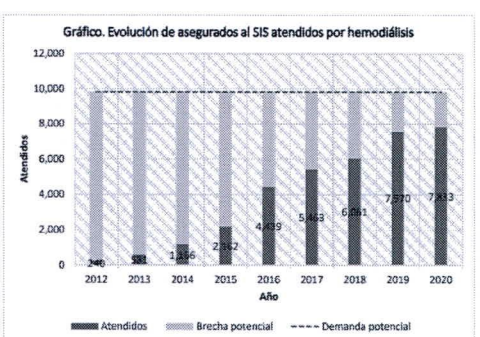


Fuente: Data FISSAL, por año de atención (Reporte: 29-10-21)

Tabla N° 8: Cobertura de IRC



Fuente: Data FISSAL, por año de atención (Reporte: 29-10-21)



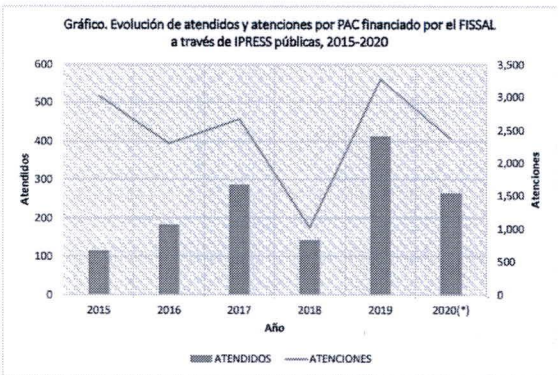
Fuente: Data FISSAL, por año de atención (Reporte: 3-11-21)
Demanda potencial: 9 815 (Según MINSA en ASIS Renal 2015)

Tabla Nº 9: Cobertura de ERH



Fuente: Data FISSAL

Tabla Nº 10: Cobertura de PAC

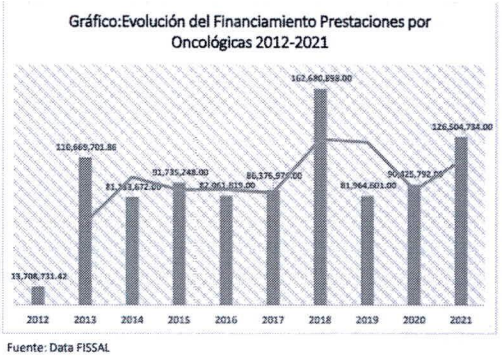


Fuente: Data FISSAL, por año de atención (Reporte: 29-10-21)

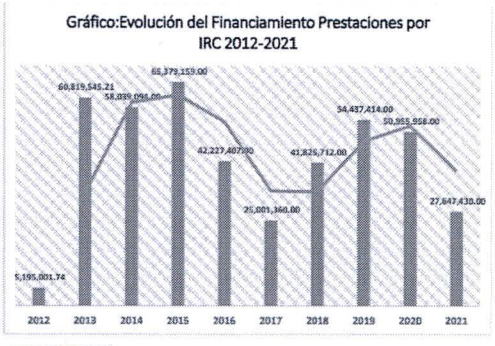
En cuanto al presupuesto, la mayor parte es asignado a cubrir tratamientos renales a diferencia de otras patologías; como enfermedades raras y huérfanas que reciben un menor presupuesto. Ante esta situación es necesario que el Estado peruano tome medidas para mejorar la cobertura financiera y prestacional de la población en general y así evitar que se incurra en gastos catastróficos que puede afectar su salud y economía.

El Fondo se relaciona con las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud. Esto en primer piso está el SIS, está Essalud, está el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) y las IAFAS también que efectúan el pago de las primas estimadas en función del número de afiliados y el plan de Essalud establecido. La limitada cobertura financiera del FISSAL genera mayores gastos de bolsillo, este gasto represento en el 2017 el 28% del gasto total en ESSALUD, lo cual, al estándar de la OMS, la población paga de su bolsillo gran porcentaje de los servicios de ESSALUD, lo que muestra que no está cubierto adecuadamente.

Tabla Nº 11: Financiamiento por grupo cobertura – IPRESS Públicas



Fuente: Data FISSAL



Fuente: Data FISSAL



Fuente: Data FISSAL



Fuente: Data FISSAL

Sobre el impacto en la pandemia, además de los problemas estructurales que existen en la cobertura del FISAL, la coyuntura de la pandemia por la Covid – 19 ha impactado sobre manera a los pacientes oncológicos y a las enfermedades raras y huérfanas, quienes se han visto seriamente perjudicados. Según estudio en la consultora Apoyo, en el caso de pacientes oncológicos, hubo una reducción de los casos atendidos del 70%, eso sucedió entre febrero y junio equivalente a un 74,000 caso no atendidos.

En cuanto a la brecha de financiamiento. Actualmente el FISAL no logra cubrir la demanda de enfermedades de alto costo. La consultora VIDENSA estima que hay una brecha de financiamiento aproximadamente de 3´500,000 millones. Esto se traduce en una cobertura parcial de tratamiento para algunos pacientes y además en una población que no logra acceder a esos tratamientos. Aunque no es posible determinar con exactitud, cuál sería la brecha de financiamiento para FISSAL y EsSalud; con certeza principalmente a la diferencia en la calidad costo de las prestadoras y la edad de los asegurados al aplicar la proporción de asegurados para estas IAFAS; a la brecha estimada por VIDENSA existiría una brecha de enfermedades de alto costo de 2´243, 000.00.

La brecha de financiamiento para la población SIS, estimado del punto anterior de 2´243,000.00 podría ser cubierta por un equivalente Impuesto Selectivo al Consumo del 45%, como podemos ver la gran mayoría de enfermedades en

nuestro país se debe al consumo de productos que generan daños en nuestro organismo; por eso consideramos coherente establecer impuestos selectivos o canalizar los ya existentes para el aumento del fondo universal de alto costo. Sobre los beneficios de alto costo, es el Aseguramiento Universal, para la cobertura en enfermedades complejas en la coyuntura de la Pandemia que se ha agravado últimamente; después el impacto directo en reducción de gastos catastróficos y empobrecedor a más de un millón de personas, después la reducción de inequidad en el acceso. El sostenimiento del financiamiento y así continuidad darla en atención subsistemas del sector EsSalud.

La optimización presupuestal del presupuesto público y de EsSalud y después mejora en la gestión de control de enfermedades fortalecimiento institucional con mayor autonomía. La economía de escala que genera partir de una mayor cobertura financiera finalmente es mejorar el acceso a medicamentos de alto costo sin incrementar el gasto de manera sostenible.

Sin embrago, a pesar del gran avance que significó la creación del FISSAL para garantizar la cobertura financiera del alto costo, este solo garantiza cobertura para los afiliados al SIS. Por otro lado, la cobertura del alto costo en los otros subsistemas de salud se da de forma heterogénea, como se detalla más adelante. Por ello, es aún una necesidad pendiente garantizar una cobertura universal eficiente y estandarizada de las condiciones de alto costo a nivel nacional, lo cual se justifica en la normativa vigente.

1.2. Dimensiones de la problemática

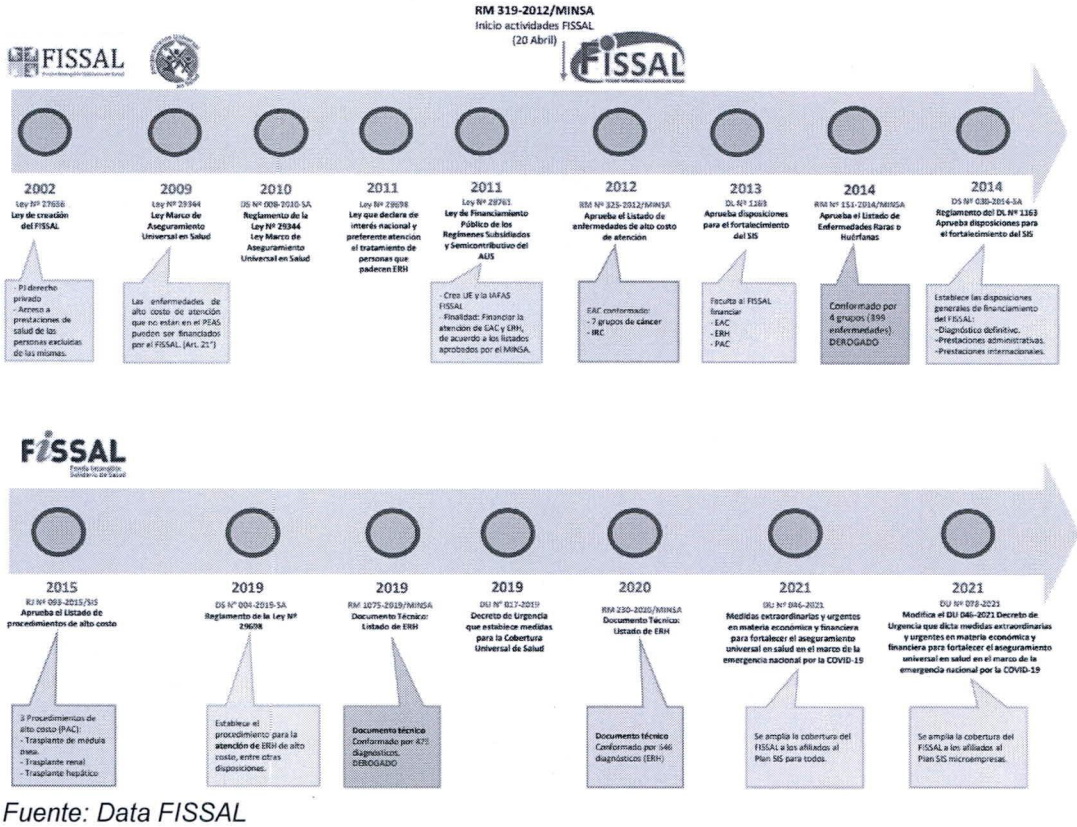
De acuerdo con un estudio publicado a inicios del año 2021, entre el año 1990 y 2017, la carga por enfermedades no transmisibles en el Perú —caracterizadas por ser, usualmente, crónicas y muchas más caras— se incrementado de 46% a 67%, pronosticándose que para el año 2050, el peso por dichas enfermedades alcance el 86%, lo que supondría una pérdida para el país equivalente al 17% del PBI al año, en el período 2015-2030.

En este contexto adquieren especial relevancia las denominadas "enfermedades catastróficas". Dichas enfermedades, según la OMS, son aquellas que comprometen alrededor del 10% y 20% de los gastos totales del hogar o que superen el 40% del presupuesto del hogar una vez deducidos los gastos de subsistencia y requieren de procedimientos complejos tanto para su diagnóstico, como para su tratamiento.

En los últimos años, el Seguro Integral de Salud (en adelante, SIS) ha permitido al Estado peruano construir un marco institucional para proteger la salud de los ciudadanos no cuentan con un seguro de salud, dándole prioridad a las poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, a partir de lo cual pueden acceder a diferentes tipos de tratamientos, que incluyen el trasplante de órganos y tejidos como consecuencia del padecimiento de un cáncer, los cuales son considerados complejos, altamente especializados y muy costos.

Desde el año 2012, el SIS a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (en adelante, FISSAL) financia el tratamiento de las enfermedades incluidas en el "Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención", así como enfermedades raras y huérfanas a sus asegurados. En términos generales, el FISSAL transfiere recursos a los establecimientos de salud para financiar las atenciones de enfermedades, cubriendo el tratamiento médico quirúrgico, medicamentos, exámenes e inclusive trasplante de médula ósea, riñón e hígado, así como cualquier otro procedimiento adicional que pudiera ser necesario durante el tratamiento. Para tal efecto, la cobertura es automática una vez que el asegurado del SIS es diagnosticado con alguna enfermedad considerada en la normativa vigente.

Tabla N° 12: Evolución de la normativa para la cobertura del FISSAL



Fuente: Data FISSAL

Por lo expuesto, resulta necesario que dicho financiamiento se otorgue en el marco de una gestión con procesos claramente definidos y optimizados, con responsabilidades, indicadores y condiciones que garantice la continuidad del acceso al tratamiento, a fin de poder materializar una verdadera gestión por resultados que redunde en el bienestar de la población.

En efecto, a pesar de que el FISSAL se encuentra habilitado para aprobar normas, directivas y procedimientos mediante resoluciones jefaturales, según su competencia funcional como Institución Administradora de Fondos de

Aseguramiento en Salud (en adelante, IAFA) Pública, se advierte que los financiamientos otorgados no se encuentran respaldados en ningún proceso específico debidamente formalizado, lo que evidenciaría una práctica ajena a una gestión orientada a resultados; razón por la cual, a través de la presente propuesta normativa se pretende superar tan inconveniente.

Así, por ejemplo, para acceder al financiamiento de tratamiento de enfermedades de alto costo, raras y huérfanas, y procedimientos de alto costo, una Institución Prestadora de Servicios de Salud (en adelante, IPREES) Pública, que actúa además como IAFA, debe solicitar en su condición de área usuaria al FISSAL la suscripción de contratos o convenios con IPREES nacionales o extranjeras para continuar con el tratamiento de la enfermedad.

Sin embargo, de acuerdo con lo informado por FISSAL, dicha institución solo cuenta con contratos internacionales suscritos con dos IPREES extranjeras: (i) la *The University of Miami Miller School of Medicine*, por el procedimiento de trasplante de médula ósea no emparentado (suscrito el 13 de diciembre de 2012); y, (ii) el Hospital Universitario Austral de Argentina, por el procedimiento de trasplante hepático (suscrito el 29 de abril de 2015).

De esta manera, se evidencia que desde la creación del FISSAL no se cuenta contratos con entidades públicas o privadas de salud en el extranjero que atiendan la variedad de enfermedades urgentes que no cuentan con oferta de atención o tratamiento en el territorio nacional. El FISSAL no puede, dentro de sus atribuciones actuales, efectuar contratos o convenios de oficio, a pesar de existir la necesidad de ampliar la cobertura en salud hacía en el extranjero, puesto que las IPREES Públicas peruanas son las únicas que pueden solicitar la contratación de servicios, en su condición de áreas usuarias, en el marco de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado.

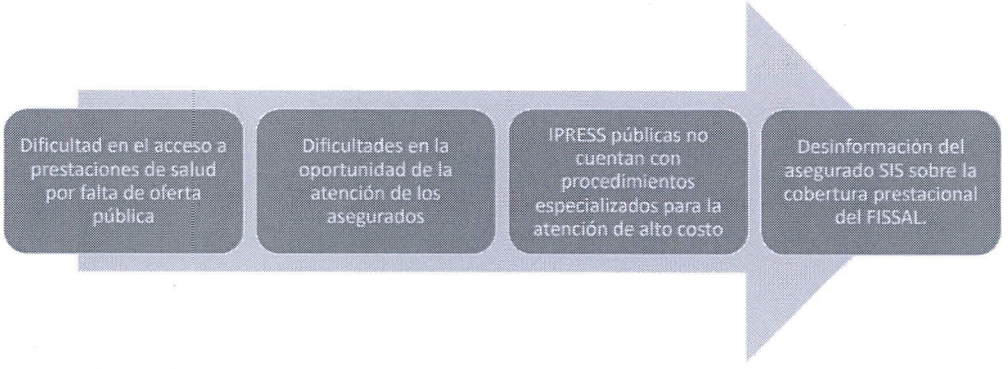
Asimismo, en relación a la brecha de financiamiento, actualmente, el FISSAL no logra cubrir la demanda de enfermedades de alto costo. La consultora Videnza estima una brecha de financiamiento de aproximadamente S/ 3´500,295.00 millones. Esto se traduce en una cobertura parcial de tratamientos para algunos pacientes y además en una población que no logra acceder a tratamientos.

Aunque no es posible determinar con exactitud cuál sería la brecha de financiamiento para el FISSAL y EsSalud con certeza debido principalmente a la diferencia de calidad, costos de las prestadoras y edad de los asegurados, al aplicar la proporción de asegurados para estas IAFAS a la brecha estimada por Videnza Consultores, existiría una brecha de enfermedades de alto costo de S/ 2´243,200.00 millones para EsSalud.

Además de los problemas estructurales que existen en la cobertura del FISSAL, la coyuntura de la pandemia por la Covid – 19 ha impactado sobremanera a los pacientes oncológicos y de enfermedades raras y huérfanas, quienes se han visto seriamente perjudicados. Así, según un estudio de la consultora "Apoyo" (Impacto del Covid – 19 en la continuidad de tratamientos médicos, setiembre 2020), en el

caso de pacientes oncológicos, hubo una reducción de los casos atendidos de 70% entre febrero y junio, equivalente a un total de 74 mil casos no atendidos.

Tabla N° 13: Principales problemas que presentan los asegurados con cobertura de alto costo



Fuente: Data FISSAL

Un dato determinante resulta ser la constatación llevada a cabo por el experto David Debrott Sánchez, respecto a que el FISSAL ha dejado de priorizar los tratamientos de alto costo para desviar su atención hacia tratamientos que incluyen los de "bajo costo":

> "En este contexto, lo que más llama la atención es el rol que juega FISSAL. De acuerdo al diseño que se ha implementado en los últimos años, que no es el diseño original, FISSAL debía cumplir el rol de asegurador del alto costo para los beneficiarios del SIS [...]. No obstante, vemos que [...] abarca intervenciones sanitarias de diferente costo, incluyendo la cobertura de muchas prestaciones de muy bajo costo, para un grupo de beneficiarios acotado. Adicionalmente, no todas las condiciones de alto costo están consideradas en las coberturas del FISSAL y de allí que otra parte del alto costo igual es financiado por el SIS."[4]

Al respecto, los tres problemas identificados respecto al funcionamiento del FISSAL: (i) insuficientes recursos para atender a todas las enfermedades de alto costo, (ii) ausencia de priorización y especialización en tratamientos de alto costo; y, (iii) la exclusión de parte de la población peruana al acceso de este tipo de tipo de tratamientos, son abordados por la presente propuesta normativa, al crearse un fondo financiero universal que actúa como un reaseguro de "segundo piso".
Desde esta perspectiva, el FONSALUD tiene por mandato legal enfocarse únicamente en tratamientos y diagnósticos de alto costo, por lo que no se permite que suceda lo que actualmente viene sucediendo en FISSAL: que los recursos

[4] DEBROTT SÁNCHEZ, David. *Informe Final de Consultoría: Modelo de reaseguro de alto costo. Diseño preliminar basado en SIS-FISSAL*. Cooperación técnica al Ministerio de Salud de Perú en el marco del Decreto de Urgencia 017-2019, noviembre 2020.

destinados a estos tratamientos vayan en realidad a otros tratamientos de bajo costo.

Además, al igual que la propuesta elaborada por Debrott Sánchez (Consultor Experto OPS), el FONSALUD actúa como un seguro especializado de segundo piso, recaudando primas de parte de los otros seguros públicos, lo cual permite obtener mayor recaudación de recursos, y al mismo tiempo, permite extender la cobertura de todos los peruanos que necesiten de un tratamiento o diagnóstico de alto costo. Se supera, de esta forma el esquema limitativo vigente que supedita el FISSAL al SIS, creándose un seguro universal en formato de reaseguro para múltiples seguros.

2. Análisis Normativo

2.1. Constitucionalidad y Convenios Internacionales

El acceso a servicios de salud de calidad se considera como uno de los derechos fundamentales de la persona desde 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, tratado que estableció que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]" (Naciones Unidas, 1948).

La salud, como derecho fundamental, impone al Estado el deber de realizar las acciones necesarias para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, en condiciones de equidad. El lugar central de la salud y de los servicios sanitarios que se requieren para preservarla adecuadamente, ha sido destacado también en múltiples tratados internacionales, donde se ha impuesto igualmente al Estado la obligación de realizar acciones tendientes a brindar a todas las personas acceso, en condiciones de equidad y calidad, a los servicios de salud, pues como ha afirmado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU:

> "La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. [...] (que) está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos ... como la dignidad humana, la vida, la no discriminación, el derecho al trabajo, a la educación, a la libertad de circulación, entre otros" [cfr. Observación General Nº 14 sobre "El derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud", párrafos 1 y 2].

Ahora bien, la adopción de medidas orientadas a establecer el acceso equitativo a los servicios de salud no se superpone ni es incompatible con la obligación de adoptar medidas especiales a favor de los grupos más vulnerables. Como recuerda el artículo 10, inciso f), del Protocolo Adicional sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [también denominado "Protocolo de San Salvador" y que, luego de su ratificación por el Estado peruano, su contenido constituye una parámetro interpretativo sobre el contenido y los alcances de los derechos económicos, sociales y culturales], todo Estado se

encuentra en el deber de satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

En la obligación jurídica de brindar a todas las personas un acceso equitativo a los servicios de salud, entonces, especial preocupación ha de tenerse por las poblaciones más vulnerables y, entre ellas, las personas calificadas en condición de pobreza y pobreza extrema. Este es un deber que se justifica no sólo por la especial dificultad de estas personas para acceder por su cuenta a los servicios de salud, sino por la grave situación a las que estas personas se enfrentan ante el evento de una enfermedad, lo que puede comprometer, además de la propia vida, el ejercicio de otros derechos básicos y la propia posibilidad de superar la condición de pobreza en que se encuentran.

Es por esta razón que el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha afirmado, en su Observación General Nº 14, que "Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes" (párrafo 19).

Al respecto, el artículo 10 de la Ley N.º 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, dispuso la creación de la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) sobre la base del fondo creado por la Ley N.º 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, con el fin de financiar la atención de enfermedades de alto costo, así como la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas; constituyéndose asimismo al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

Mediante el artículo 5 del Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1163, aprobado por Decreto Supremo N.º 030-2014-SA, se determinó que el financiamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) incluye prestaciones de carácter no asistencial vinculadas a los diagnósticos y procedimientos financiados por el FISSAL, tales como traslado y estadía en situaciones de emergencia en territorio nacional, traslado y estadía en casos de pacientes con algunos de los diagnósticos de cáncer establecidos en el listado de enfermedades de alto costo.

Mediante Resolución Ministerial N.º 325-2012/MINSA se aprobó el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, estableciéndose además que los gastos generados por la atención de las enfermedades de alto costo de atención serán financiados por la Unidad Ejecutora 002 del Seguro Integral de Salud – Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), de conformidad a lo previsto en la Ley N.º 29761, entre ellos se señala a la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

A la fecha el FISSAL ha suscrito con distintas IPRESS contratos para la prestación del servicio de hemodiálisis para aquellos pacientes que cuentan con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, los cuales han visto limitado el acceso a estas IPRESS por encontrarse en lugares distantes a su lugar de domicilio.

El acceso a la salud como derecho también se ha establecido en la normativa peruana. En el artículo 7 de la Constitución Política del Perú (1993), se indica que "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa". Asimismo, en su artículo 9, se indica que el Estado es el encargado de establecer la política nacional de salud que permita un acceso equitativo a los servicios de salud.

En ese contexto, se promulgó la Ley N° 26842, Ley General de Salud (1997), cuerpo legal que califica de interés público a la provisión de servicios de salud. El artículo 1 de esta ley establece que "toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia". Asimismo, en el artículo VII del Título Preliminar de esta ley se indica que "El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales [...]".

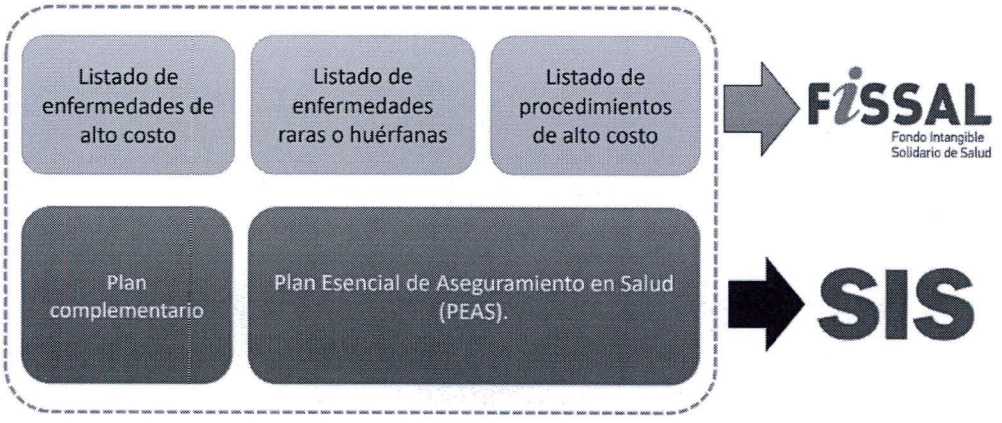
También, el Artículo XII del Título Preliminar de la Ley General de Salud ha previsto que el ejercicio del derecho a la propiedad, a la inviolabilidad del domicilio, al libre tránsito, a la libertad de trabajo, empresa, comercio e industria, así como el ejercicio del derecho de reunión, están sujetos a las limitaciones que establece la ley en resguardo de la salud pública de lo que se infiere que el derecho a la salud es uno de los derechos que no pueden ser limitados por el estado de excepción.

Respecto al acceso a los servicios de salud, el Tribunal Constitucional, en el fundamento jurídico 2 de la sentencia emitida en el expediente N° 7231-2005-AA/TC, señala que la conservación del estado de salud en cuanto contenido del derecho constitucional a la salud comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. La conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes. Por esto, el acceso y el goce de las prestaciones de salud también están comprendidos en cuantos ámbitos de protección o contenidos del derecho a la salud.

En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una restricción arbitraria de la prestación, una perturbación en el goce de la misma o, finalmente, una exclusión o separación arbitraria o ilegal de la prestación, constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud.

En ese sentido, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (LMAUS) no afecta el derecho de igualdad en su dimensión sustantiva, en lo relacionado con la cobertura en salud para los afiliados al Sistema de Salud de las personas de escasos recursos económicos. Su finalidad es, conforme el contenido constitucionalmente garantizado de aquel derecho, institucionalizar una política pública mediante la cual se logre el acceso universal a los servicios de salud, sobre todo, para la población que, debido a sus condiciones sociales y económicas, no ha tenido acceso o lo ha hecho en condiciones inadecuadas.

Tabla Nº 14: Acceso a los afiliados del SIS



Fuente: Data FISSAL

La preocupación que subyace a la política pública de aseguramiento universal ha sido brindar un seguro de salud a las personas ubicadas en condición de pobreza y pobreza extrema, con la finalidad de menguar el gasto en estos hogares, combatir los altos índices de enfermedad en estas poblaciones, así como la poca recurrencia a los centros de salud. Y es que como indicaba el estudio "Análisis y Tendencias en la Utilización de los Servicios de Salud. Perú 1985-2002" (cfr. Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud, Lima, septiembre de 2003), en el año 2000 del total de personas que sufrían alguna enfermedad, el 85% no accedía a servicios de salud por falta de recursos económicos; posteriormente, en el año 2003, la Encuesta Nacional de Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática determinó que un 63% de la población ubicada en el primer quintil de ingreso (pobreza extrema) no consiguió acceder a servicios de salud pese a necesitarlo; precisando que de ellos el 50% se ubicaba en las zonas rurales.

Conforme declara el propio artículo 1 de la LMAUS, el objeto de esta Ley es "establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud" (énfasis agregado). Este objeto o finalidad se ve confirmada por los siguientes principios que, entre otros, de acuerdo al artículo 3 de la LMAUS, rigen el proceso de aseguramiento universal:

a. *Universalidad*: de acuerdo a este principio, "el aseguramiento universal es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida".
b. *Integralidad*: que supone el "otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar problemas de salud".
c. *Equidad*: según el cual, "el sistema de salud provee servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrece financiamiento subsidiado

para la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa".

La política de aseguramiento universal en salud, con el objetivo principal de alcanzar mejores niveles de equidad en salud, se sostiene básicamente en dos reformas principales:

a. La ampliación de la cobertura a todas las personas residentes en el territorio nacional, mediante el cumplimiento del objetivo de que "toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud" (artículo 3 de la LMAUS);
b. La ampliación de la cobertura brindada a los sectores más desfavorecidos, tanto en cantidad de necesidades de salud cubiertas como en la mejora de la calidad en la atención de las mismas. Como ha prescrito explícitamente el artículo 5.2 de la LMAUS, "el proceso de aseguramiento universal en salud es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema y la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento". Por otro lado, el artículo 5.3. ha previsto que "El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal en salud un sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones" (énfasis agregado).

2.2. De los regímenes establecidos en la Ley Marco de Aseguramiento Universal

El Tribunal Constitucional, en los fundamentos 02 al 07 de la sentencia recaída en el Expediente N.° 0033-2010-PI/TC, señala que el artículo 19 de la LMAUS establece tres regímenes de financiamiento, donde de manera obligatoria y en forma progresiva, deberá encontrarse afiliada toda la población residente en el territorio nacional:

> *"1. El régimen contributivo: Comprende a las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.*
> *2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.*
> *3. El régimen semicontributivo: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda".*

Aunque el propio artículo 19 ha establecido una *paridad inicial* en la cobertura de salud para los tres regímenes, al disponer que "A partir de la vigencia de la

presente Ley, todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)", el Tribunal Constitucional observó que la LMAUS ha regulado una cobertura específica para cada régimen. Así, si bien todas las personas afiliadas en cualquiera de estos regímenes de financiamiento gozan, como mínimo del PEAS; en el caso de los afiliados al *régimen contributivo*, en concreto, los que pertenecen al Seguro Social de Salud (EsSalud) y los que pertenecen a las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, de acuerdo al artículo 18 de la LMAUS, mantienen sus planes de aseguramiento específico, de acuerdo a la normativa aplicable a cada caso; es decir, mantienen el plan de cobertura *completa* que brinda EsSalud a sus afiliados (Cfr. artículo 34 del Decreto Supremo N.° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud), así como los que brindan las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú (Cfr. artículo 36, inciso 7 de la Ley N.° 27238, Ley Orgánica de la Policía Nacional del Perú).

Distinto es el caso de los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo, para los que la cobertura sólo alcanza a las prestaciones incluidas en el PEAS, la cual se caracteriza por ser *limitada*. Ese es su carácter pues, como lo define el artículo 13 de la LMAUS, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es un "listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud". Dicho listado, que corresponde elaborar al Ministerio de Salud, debe hacerse teniendo en cuenta, como prescribe el artículo 15 de la Ley, estudios de carga de enfermedad, análisis de costo-beneficio, la capacidad de oferta del sistema de salud, así como estimaciones financieras y análisis actuariales (artículo 15 de la LMAUS) y está sujeto a una evaluación. cada dos años, a efectos de determinar "la inclusión progresiva de más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios" (artículo 16 de la LMAUS).

Dicho PEAS fue aprobado por Decreto Supremo N.° 016-2009-SA, de fecha 29 de noviembre de 2009. Éste sustituye al Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias que fuera regulado por el Decreto Supremo N.° 004-2007-SA (que reglamentaba las prestaciones a cargo del Seguro Integral de Salud), y comprende un total de 140 condiciones asegurables, categorizadas en:

i. Población sana (5 condiciones asegurables).
ii. Condiciones obstétricas y ginecológicas (28 condiciones obstétricas y 5 ginecológicas).
iii. Condiciones pediátricas (12 condiciones que afectan al recién nacido y 11 que afectan al menor de 12 años).
iv. Condiciones neoplásicas (3 condiciones referidas a tumores del aparato genital femenino y 4 referidas a otros tumores).
v. Condiciones transmisibles (5 condiciones referidas a infecciones del aparato respiratorio, 5 a infecciones del aparato genitourinario y de transmisión sexual y 21 a otras infecciones).
vi. Condiciones no transmisibles (4 condiciones referidas a enfermedades mentales, 15 a enfermedades crónicas y degenerativas y 22 a enfermedades agudas).

Según el Tribunal Constitucional, cada una de las condiciones asegurables tiene, según el caso, intervenciones de prevención, diagnóstico y seguimiento, y un número definido de prestaciones por cada tipo de intervención, el cual varía en cada caso concreto. Así, por ejemplo, en el caso de las condiciones neoplásicas sólo se encuentran cubiertos el cáncer de cuello uterino, la miomatosis uterina, el cáncer de mama, la hipertrofia prostática, la neoplasia de colon, la neoplasia de estómago y la neoplasia de próstata, estando incluido algún tipo de tratamiento sólo en el caso de la hipertrofia prostática, la miomatosis uterina y el cáncer de cuello uterino, reduciéndose la cobertura, en los demás casos, sólo a la fase de diagnóstico, con un número limitado de prestaciones (consultas ambulatorias y exámenes médicos).

De este modo, se observa que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) constituye, en los términos de la propia Ley, un plan básico de atenciones, que si bien ha incrementado algunas condiciones asegurables con relación al Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias que regulaba el Decreto Supremo N.° 004-2007-SA, y ha definido de un modo más preciso las prestaciones aseguradas, incorporando el concepto de "garantías explícitas", sin embargo sigue siendo un plan limitado de cobertura de las necesidades de salud de los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo.

Dicha limitación en la cobertura de necesidades de salud de estos regímenes no se ve superada por el mecanismo establecido en el artículo 21 de la LMAUS, pues, el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), como mecanismo para financiar un Listado de Enfermedades de Alto Costo, tal y como se desprende de la propia Ley, es en sí mismo un mecanismo *condicionado*, que depende de su definición previa por el Ministerio de Salud.

Así también se desprende del artículo 129 del Decreto Supremo N.° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley N.° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud, que establece:

> "[...] *el Listado de Enfermedades con Alto Costo de Atención a cargo del FISSAL, será aprobado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial. El número de patologías de la Lista de Enfermedades y Prestaciones financiables y el monto de su cobertura, se sustentará en estudios de siniestralidad, incidencia y prevalencia, así como a los costos que implican las prestaciones respectivas y las probabilidades de recuperabilidad de las enfermedades*".

En el caso del PEAS, la cobertura del Listado de Enfermedades de Alto Costo, a pesar de ser complementaria de éste, tampoco es completa, pues se basa en distintos estudios que determinan la prioridad en la inclusión de una enfermedad en lugar de otra. Además de ello, el artículo 135 del citado Reglamento establece que la atención de un caso de enfermedad de alto costo debe pasar primero por una "evaluación y aprobación" a cargo del FISSAL. Con lo cual, la cobertura que allí se prevé no es automática para todos los afiliados del régimen subsidiado y semicontributivo, sino que requiere de la aprobación previa de la entidad

financiadora correspondiente (FISSAL), la que establece en su artículo 136, que es progresiva y "están en función a la disponibilidad de recursos financieros del FISSAL y del número de patologías con cobertura establecidas por el MINSA".

De manera pues que la cobertura en la atención de salud para los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo (a través del PEAS o del FISSAL) es distinta de la cobertura de atención de la que gozan los afiliados al régimen contributivo (a través de los planes específicos).

2.3. De la normativa vigente sobre el Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud

El artículo 3 del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Seguro Integral de Salud (SIS), aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA, indica: "el Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud que cuenta con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa, y constituye un Pliego Presupuestal con independencia para ejercer sus funciones con arreglo a ley".

Conforme a lo señalado en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, el SIS se constituye como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública, siendo que, tiene entre otras funciones el recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

Asimismo, el literal a) del artículo 11 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, señala como una de las funciones de las IAFAS la de "brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud".

El artículo 36-A del ROF del SIS indica que el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), es un órgano desconcentrado del SIS, que ejerce sus competencias y responsabilidades funcionales en su condición de IAFAS y de Unidad Ejecutora dispuesta por ley.

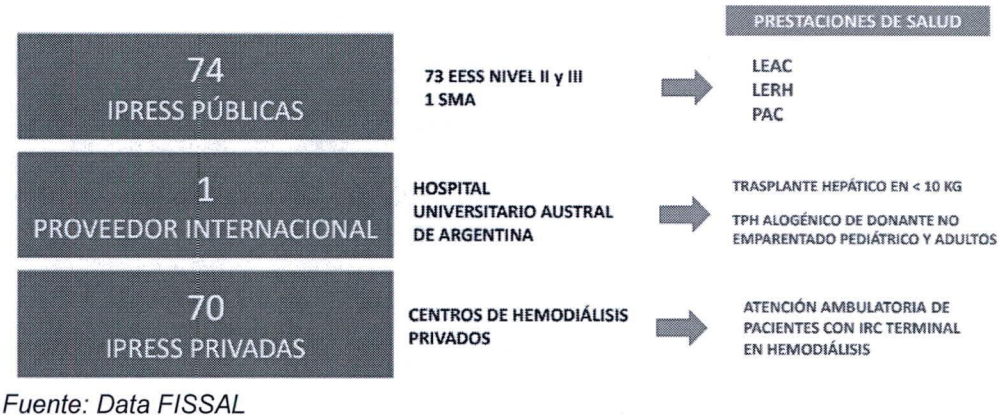
El artículo 1 del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del SIS, establece que dicho Decreto "[...] tiene por objeto fortalecer al Pliego del Seguro Integral de Salud (SIS), que incluye a instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas Seguro Integral de Salud (SIS) y al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) en el marco de Aseguramiento Universal en Salud, por lo que cualquier mención al Seguro Integral de Salud también comprende al Fondo Intangible Solidario de Salud".

El numeral 2.3 del artículo 2 de dicho dispositivo normativo establece que el FISSAL está facultado para financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, de acuerdo a los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, así como procedimientos de alto costo.

De conformidad con el artículo 4 del citado dispositivo normativo, la transferencia de fondos o pagos que efectúe el SIS requiere la suscripción obligatoria de un convenio o contrato, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables.

En concordancia con ello, mediante el artículo 12 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, aprobado por el Decreto Supremo N° 030-2014-SA y modificado por Decretos Supremos N° 012-2017-SA y N° 025-2018-SA, establece que "El Seguro Integral de Salud (SIS) suscribe convenios con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas, Gobiernos Regionales, Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, para la transferencia de fondos o pago por las prestaciones de salud y administrativas que se brinden a sus asegurados".

Tabla N° 15: Prestadores del SIS



Fuente: Data FISSAL

A través de los numerales 17.1, 17.2 y 17.3 del artículo 17 del Decreto de Urgencia N° 014-2019, Decreto de Urgencia que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2020, se establece, respectivamente: i) Autorizar al SIS, de manera excepcional, a efectuar transferencias para el financiamiento del costo de las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados; ii) que, las referidas transferencias deberán aprobarse mediante Resolución del Titular del Pliego, previo informe favorable de la Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en la entidad, la misma que debe publicarse en el Diario Oficial El Peruano; y, iii) que, la entidad pública que transfiere recursos públicos, salvo aquellos señalados en el acápite v del literal ñ) del numeral 17.1 precitado, es responsable del monitoreo, seguimiento y cumplimiento de los fines y metas para los cuales se transfirieron dichos recursos.

Respecto de las enfermedades de alto costo de atención, el artículo 31 del mencionado Texto Único Ordenado, establece que, si bien este tipo de enfermedades no están incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS, pueden ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo por el FISSAL, y que el listado de las enfermedades que serán aseguradas deberá ser definidas previamente por el Ministerio de Salud.

Sobre el particular, mediante Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, se aprobó el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención (LEAC), estableciéndose además que los gastos generados por la atención de las enfermedades de alto costo de atención serán financiados por la Unidad Ejecutora 002 del Seguro integral de Salud – Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), de conformidad a lo previsto en la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.

3. Sustento de la propuesta normativa

Las enfermedades raras son aquellas que afectan a un número pequeño de personas en comparación con la población general y que, por su rareza, son difíciles de diagnosticar y existen escasas o ninguna alternativa terapéutica por lo que su manejo y seguimiento es complejo y costoso.

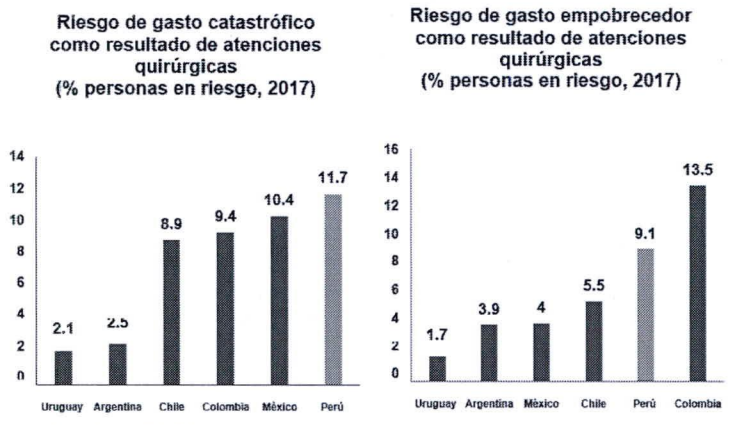
De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han registrado cerca de 7 mil enfermedades raras o huérfanas que aquejan a alrededor del 7% de la población en el mundo que, trasladado al Perú, serían entre 1.5 a 2 millones de compatriotas afectados. Las enfermedades raras o huérfanas son patologías que provocan un alto grado de discapacidad crónica o hasta incluso la muerte; por ello, la limitada cobertura para la atención efectiva de enfermedades de alto costo, incrementa de manera alarmante la probabilidad de que peruano y peruanas padezcan gastos catastróficos.

En el Perú, el 04 de junio del año 2011, se aprueba la Ley Nº 29698, Ley que declara de interés nacional y preferente atención el tratamiento de personas que padecen de Enfermedades Raras o Huérfanas. El 21 de febrero de 2019 se promulga el Reglamento de la Ley N° 29698, que establece los mecanismos y procedimientos para la atención, prevención, detección temprana y la investigación de las enfermedades raras o huérfanas. Y, asimismo, l 22 de julio del 2011, el Ministerio de Salud (MINSA) emitió la Resolución Ministerial Nº 579-2011/MINSA, estableciendo que el último día de febrero de cada año se celebre el "Día Nacional de las Enfermedades Raras o Huérfanas en el Perú".

La limitada cobertura financiera de las condiciones de alto costo genera un alto riesgo para los peruanos de caer en gasto catastrófico. Prueba de ello, es que, en 2017, el porcentaje de peruanos y peruanas en riesgo de caer en gasto catastrófico y gasto empobrecedor como resultado de atenciones quirúrgicas fue igual a 11.7% y 9.1% respectivamente (Banco Mundial, 2020); cifra desalentadora si la comparamos con los dos países más cercanos en afrontar dichos gastos: México, con 10.4% y Colombia, con 9.4%; siendo Uruguay el país mejor ubicado

con un 2.1% de población que corre el riesgo de caer en gastos catastróficos. Como se puede ver en las siguientes ilustraciones, esto fue mayor a sus pares de la región.

Tabla Nº 16: Porcentaje de personas en riesgo de caer en gasto catastrófico y gasto empobrecedor en países de la región



Fuente: Banco Mundial (2020)

A pesar de que actualmente existen mecanismo implementados para mitigar esta problemática —como el Sistema Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL)—, el impacto real que éstos generan es marginal, subsistiendo una inminente necesidad de invertir de manera más eficiente los esfuerzos por mejorar dichas proyecciones. La OMS reconoce al acceso a los medicamentos y a los tratamientos médicos como el pilar fundamental de toda política de salud, de ahí que resulte necesario para el Estado plantear una estrategia de acción concreta orientada a abordar los problemas expuestos.

Así las cosas, las enfermedades de alta complejidad son un serio reto de salud en el Perú y requieren atención urgente y conjunta por parte de todos los actores del sector salud, pues de acuerdo con especialistas en la materia, las limitaciones en la cobertura financiera elevan el riesgo de caer en un gasto empobrecedor para las familias, lo cual debilita la sostenibilidad del financiamiento del sistema de salud en el mediano plazo.

En efecto, el FONSALUD genera un cambio en el esquema de financiamiento de alto costo frente a FISSAL. Esta entidad efectúa una cobertura parcial, solo para los afiliados del SIS. Además, su autonomía como IAFAS se ve disminuida al ser un órgano desconcentrado del SIS. Como UE del Pliego 135 SIS, sus recursos dependen de la asignación que se efectúa desde el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), es decir, no son intangibles ni posee una reserva técnica. A pesar de que dentro de sus funciones se encuentra "gestionar los riesgos relacionados con la cobertura que brinda y desarrollar instrumentos de gestión financiera como mecanismos de pago, tarifas, etc." (como se define en el Manual de Organización y Funciones - MOF de FISSAL), al financiar solo el costo variable, no se puede gestionar adecuadamente el financiamiento.

El Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo cumplirá esa función, siendo de aplicación al MINSA, SIS, EsSalud, los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, así como los afiliados a cualquier IAFAS públicas y privadas a nivel nacional, que requieran tratamiento para una enfermedad de alto costo.

En consecuencia, frente a las debilidades actualmente existentes de FISSAL, el FONSALUD será de cobertura universal. Al constituirse como una persona jurídica de derecho público con fines público y social y, a la vez, en una IAFAS de segundo piso, poseerá todas las autonomías, promoviendo la intangibilidad de sus recursos. Asimismo, al financiar el costo total de la atención, podrá efectuar una gestión financiera efectiva y realizar inversiones financieras.

IV. EFECTIVIDAD INTERNACIONAL

Ahora bien, una limitada cobertura financiera respecto a los tratamientos para enfermedades de alto costo significa para los peruanos y peruanas, un mayor riesgo de caer en gatos catastróficos, lo que obliga al Estado peruano a adoptar medidas para mejorar la cobertura financiera y prestaciones de la población y evitar así, que incurra en gastos que finalmente, afecten su salud y economía.

Esta problemática no es exclusiva del Perú. A nivel de la región, existen diversos países que enfrentan una problemática similar y que frente a ésta han optado por implementar mecanismos orientados a garantizar una cobertura integral y universal de los tratamientos vinculados a enfermedades de alto costo.

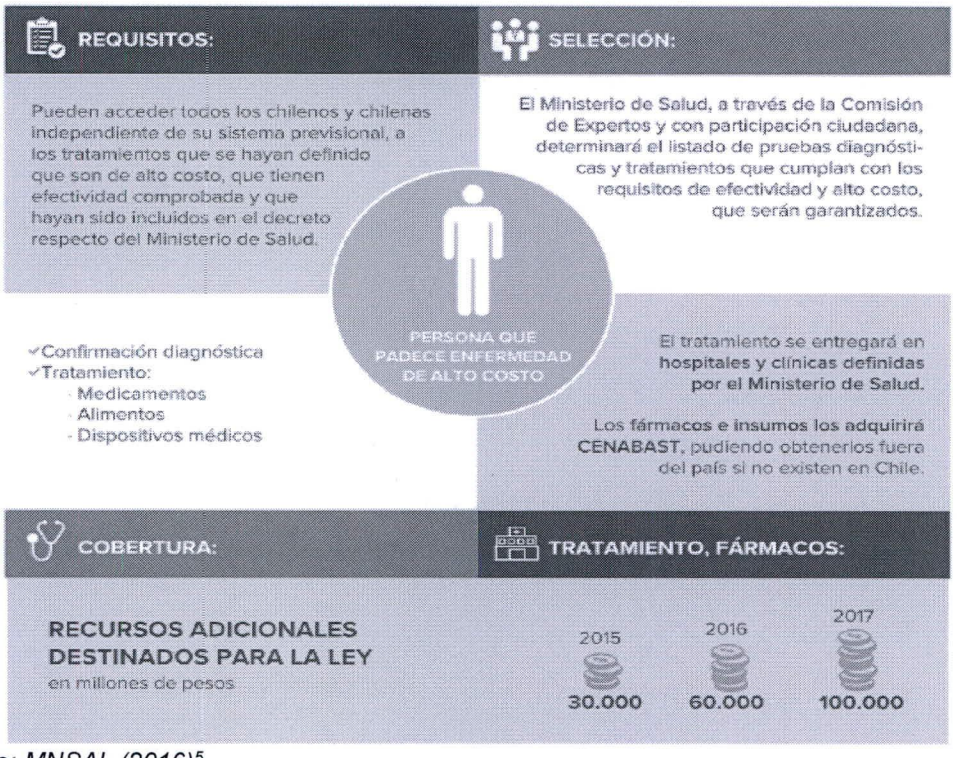
Estas pueden ser una guía para establecer la propuesta del fondo de alto costo, ya que permiten identificar tres tipos de modelo: (i) fondo para la cobertura de medicamentos de alto costo (Chile), (ii) seguro de alto costo que cubre el tratamiento completo de condiciones priorizadas (Uruguay) y (iii) reaseguro para el alto costo (Colombia).

El ejemplo más cercano lo advertimos en **Chile**, que en el año 2015 promulgó la Ley N.° 20.850 mediante la cual se crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo que ofrece cobertura total de tratamientos asociados a ciertas enfermedades que son definidas mediante diferentes decretos.

Como lo expone el cuadro que se detalla a continuación, la Ley N.° 20.850 —también conocida como Ley "Ricarte Soto"— comprende a todos los chilenos y chilenas independientemente de su sistema previsional, beneficiándolos con cobertura no sólo de diagnóstico, tratamiento y medicamentos, sino también de dispositivos médicos e incluso alimentos especiales para ciertas condiciones patológicas calificadas de alto costo.

Asimismo, de acuerdo con información oficial, para finales del año 2018, la implementación de dicha ley había permitido el acceso de un total de 12, 903 nuevos pacientes acumulados y llegaba a una cobertura de 18 patologías.

Tabla Nº 17: Resumen de la Ley "Ricarte Soto"



Fuente: MNSAL (2016)[5]

El financiamiento de este sistema se efectúa con cargo al "Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo", cuyos aportes se financian con recursos provenientes de aportes fiscales anuales, donaciones, aportes de la cooperación internacional y la rentabilidad de la inversión de los recursos del fondo y cuyo monto ha crecido de manera gradual.

Otro país que ha optado por una modalidad similar es la **República Oriental del Uruguay** que, en el año 1980, mediante el Decreto Ley N.° 14.897 creó los Institutos de Medicina Altamente Especializadas (IMAE) y estableció que su financiamiento se efectuaría a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR). En el año 1992, mediante Ley N.° 16.343 se deroga el Decreto Ley N.° 14.897 y se establece la creación del FNR especificando su estructura, funciones y competencias. El FNR es un organismo público, que funciona bajo la forma de persona pública no estatal y forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), brindando cobertura financiera a los prestadores integrales para la realización de procedimientos de medicina altamente especializada a través de los IMAE y para tratamientos de algunas patologías con medicamentos de alto costo.

[5] Se presenta un resumen de los aspectos centrales de la Ley Ricarte Soto, sus alcances, definiciones y procesos. Cfr. Banco Interamericano de Desarrollo. "Breve 17: La cobertura de las intervenciones de alto costo en Chile: Una visión crítica sobre la Ley Ricarte Soto", julio 2017.

Actualmente, el FNR cubre: (i) procedimientos de medicina altamente especializada, como hemodiálisis, trasplantes cardiacos, entre otros; (ii) dispositivos como endoprótesis y bomba de insulina; y, (iii) medicamentos de alto costo como para tratamientos oncológicos (próstata, mama, colón, riñón, hígado, pulmón y melanoma cutáneo), neurológicos, infectológicos y hematológicos.

El FNR se financia de forma solidaria con la contribución de todos los uruguayos a través de distintas formas:

a) La mayor parte de los ingresos del FNR proviene del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Por cada aportante al FONASA, el Instituto de Seguridad Social (BPS) le transfiere al FNR una cuota, con un monto único, independientemente de la edad y sexo del aportante. Esta cuota se incrementa en general una o dos veces en el año, según el presupuesto anual;
b) En el caso de los pacientes no aportantes al FONASA, que están afiliados a la Administración de Servicios del Estado (ASSE), el Ministerio Economía y Finanzas (MEF) le reembolsa al FNR el gasto incurrido por los procedimientos realizados y los medicamentos entregados. Y por los no aportantes al FONASA, que son beneficiarios de Sanidad de las Fuerzas Armadas, es el Ministerio de Defensa Nacional que reembolsa al FNR; y,
c) Los pacientes que están afiliados a un prestador integral a través de un prepago "de bolsillo" aportan —además de la cuota de afiliación— una cuota que tiene el mismo valor que la cuota que se transfiere mensualmente desde el FONASA.

La implementación de esta política le ha merecido al Uruguay que para finales del año 2019 se consolide como el país como mayor cobertura gratuita de medicamentos de al costo en América Latina.

En el sistema de salud de **Colombia**, se presentan dos regímenes principales: contributivo y subsidiado, las cuales cuentan con aseguradores específicos denominados Empresas Promotoras de Salud (EPS) —EPS-C, del régimen contributivo, y EPS-S, del subsidiado— (Guerrero, et al., 2011). Tanto prestadores públicos como privados pueden participar de ambos regímenes. En adición a estos, se presentan otros para los miembros de las FF.AA., Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), Magisterio y universidades públicas.

En el caso del régimen contributivo el financiamiento se constituye de aportes mixtos entre empleados y empleadores, mientras que, en el régimen subsidiado, se presenta un financiamiento por impuestos nacionales y regionales. Ambos fondos se mancomunan en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Este fondo efectúa un pago denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC)[6] por la cantidad de afiliados que tiene cada EPS, de manera que se garanticen los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), se conoce a esta operación como mecanismo *ex ante*.

Para la cobertura de alto costo, en Colombia existe un mecanismo de reaseguro que compensa a los aseguradores por prestaciones priorizadas. Para ello, las EPS asignan

[6] Depende de la edad, sexo y ubicación geográfica del beneficiario (Isapres, 2017).

un monto mensual para la administración y tratamiento de alto costo a la Cuenta de Alto Costo (CAC) sobre la UPC con la que cuentan[7], la cual es un fondo creado mediante

Este fondo asigna 4% del monto total recibido para su operación y administración22; y, del 96% restante se asigna a las EPS mediante ajustes por siniestralidad y cumplimiento de metas. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad renal crónica, se asigna un 40% para el ajuste de siniestralidad y 60% según cumplimiento de metas (Montaño, 2015). Con todo ello, las EPS pueden efectuar la contratación y el pago por los servicios a los institutos prestadores de salud (IPS) públicos o privados. Los usuarios tienen la posibilidad de elegir libremente a la aseguradora (EPS) y a las IPS que contraten con ellos. No se presentan redes prestacionales exclusivas de la CAC, solo las IPS que conforman las EPS contributivas y subsidiadas, las cuales pueden ser públicas, privadas y mixtas (Molina-Marín, et al., 2010).

Hasta el momento, se ha producido una lista de ocho enfermedades de alto costo (EAC) que son reportadas por las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB) a la CAC, pero no se cuenta con un listado completo y exhaustivo de las enfermedades por categorías y subcategorías, ni tampoco de los tratamientos considerados de alto costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social y otros entes encargados definieron como eventos catastróficos algunas enfermedades priorizadas "en razón de la carga financiera y las condiciones epidemiológicas" y determinaron los estadios de las enfermedades que serían reconocidos como eventos de alto costo, en virtud del procedimiento tratamiento "de alto costo" necesario (PTAC). Esta forma de priorización de enfermedades de alto costo impone barreras financieras relacionadas con copagos para las EAC no priorizadas y muchas veces establece doble subsidio para un paciente con EAC que requiere un PTAC y también desestima la complejidad clínica y progresividad de muchas enfermedades crónicas cuyo abordaje integral pudiera gestionar mejor los riesgos de discapacidad, muerte e incremento de costos en salud.

En atención a los beneficios generados por este sistema, la presente propuesta legislativa parte de la creación de un Fondo intangible denominado "FONSALUD", destinado de manera única y exclusiva al financiamiento de los tratamientos de enfermedades de alto costo.

V. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

El presente Proyecto de Ley no demanda nuevos recursos adicionales al erario nacional, en tanto que los gastos que genere se financian por el propio presupuesto institucional de las entidades comprendidas en su alcance. Con los mismos recursos que el propio Estado destina anualmente al FISSAL se busca incrementar su eficacia y eficiencia para la atención de la mayor cantidad de pacientes con los tratamientos que encuentren a la vanguardia en la medicina.

[7] Este monto depende del perfil epidemiológico de cada EPS, los costos de atención de las prestaciones y la población de cada aseguradora (Decreto 3511, 2009). Decreto 2699 en 2007 que cubre tipos de cáncer21, enfermedades raras y huérfanas, déficit congénito del factor VIII, entre otras.

La presente iniciativa busca hacer más eficaz y eficiente el uso de los recursos financieros destinados por el Estado peruano para el tratamiento de las enfermedades de alto costo, actualmente administrados por el FISSAL, el cual pasaría a ser administrado por una institución con personería jurídica de derecho público no estatal y duración indeterminada, sin fines de lucro y de interés público y social, supervisada por la Contraloría General de la República y cuyas contrataciones deberán ser cumpliendo las leyes de contrataciones del Estado vigentes.

Esta iniciativa no genera costo adicional al que ya se viene otorgando y por el contrario se obtendrá una mayor eficiencia al realizar compras conjuntas de tratamientos lo cual reducirá el costo. Adicionalmente, se flexibilizará la compra de nuevos tratamientos que hayan demostrado mayor efectividad para salvar vidas, permitiendo con ello una mayor posibilidad de sobrevivencia de toda la población en general.

El FONSALUD representa un cambio en el esquema de financiamiento del tratamiento para enfermedades de alto costo, actualmente implementado en el Perú, al plantear la implementación de un fondo independiente que no se supedita a asignaciones presupuestas ni de ningún tipo, para su subsistencia.

La principal ventaja de esta propuesta radica en que —a diferencia del FISSAL— la vocación del FONSALUD es universal, toda vez que su alcance debe llegar a la totalidad de la población independientemente de su situación económica particular, garantizando así la universalidad del derecho al acceso a la salud.

Asimismo, garantizando la realización de acciones desplegadas de manera especializada en garantizar el acceso a la cobertura y a los servicios de salud vinculados a enfermedades de alto costo, impidiendo la desviación de los fondos exclusivamente asignados para tales fines.

Por otro lado, permite establecer modalidades y mecanismos de contratación que se ajustan a las necesidades particulares de la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y tecnologías sanitarias que sean necesarias para el tratamiento de las enfermedades de alto costo con cargo al FONSALUD, considerando la permanente necesidad de garantizar que el acceso a los mismo responda a criterios de innovación tecnológica.

Otra de las ventajas más significativamente se vincula con la reducción del riesgo existente de incurrir en gastos catastróficos en salud que incrementan las posibilidades de generar escenarios de mayor pobreza, al permitir a quienes padecen de enfermedades de alto costo, acceder a tratamientos en condiciones dignas.

VI. ANALISIS DE IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del Reglamento de la Ley Marco para la Producción y Sistematización Legislativa, aprobado por Decreto Supremo N.° 08-2006-JUS, el análisis del impacto de la vigencia de la norma en la legislación nacional tiene por finalidad analizar si la propuesta normativa trata de innovar supliendo vacíos en el ordenamiento jurídico; o, si modifica o deroga normas vigentes.

En ese sentido, la presente propuesta no se contrapone con la Constitución Política del Perú vigente, por el contrario, se enmarca en lo establecido en los artículos 7 y 9 de la citada norma fundamental del Estado. Asimismo, sus disposiciones resultan concordantes con el ordenamiento jurídico vigente.

La propuesta legislativa genera los siguientes efectos en el ordenamiento jurídico vigente:

- Modificación de la Ley N.° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, incorporando el artículo 9-A;

- Modificación de la Ley N.° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), incorporando el artículo 3-A;

- Modificación del artículo 2 del Decreto Legislativo N.° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud;

- Modificación del artículo 10 del Decreto Legislativo N.° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas;

- Modificación del artículo 8 del Decreto Legislativo N.° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú;

- Modificación del artículo 11 del Decreto Legislativo N.° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud; y,

- Derogación del Capítulo IV de la Ley N.° 29761, Ley de financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud. Entraré en vigencia una vez que el Fondo concluya con su etapa de implementación, conforme plantea en la Primera Disposición Complementaria Transitoria.

VII. VINCULACIÓN CON LAS POLITICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

Cabe precisar que la intención de operativizar el derecho al acceso a servicios sanitarios establecido en el marco legal vigente quedó plasmada en el Acuerdo Nacional que guía las políticas del Estado (2002). En ese sentido, la presente norma se encuentra dentro del Segundo Objetivo del Acuerdo Nacional, que dice: "**Desarrollo con Equidad y Justicia Social**", específicamente en la Décima, Décimo primera y Décimo tercera Política de Estado, que señalan:

> ***"10. Reducción de la pobreza***
> *Nos comprometemos a dar prioridad efectiva a la lucha contra la pobreza y a la reducción de la desigualdad social, aplicando políticas integrales y mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas. Asimismo, nos comprometemos a combatir la discriminación por*

razones de inequidad entre hombres y mujeres, origen étnico, raza, edad, credo o discapacidad. En tal sentido, privilegiaremos la asistencia a los grupos en extrema pobreza, excluidos y vulnerables.

*Con este objetivo, partiendo de un enfoque de desarrollo humano sustentable, con equidad entre hombres y mujeres, sin discriminación, y en forma descentralizada, el Estado: [...] (**d) asignará recursos crecientes de inversión social en educación y salud para maximizar la eficiencia de los programas, orientándolos hacia las personas de mayor pobreza**; [...]".*

*"**11. Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación***
*Nos comprometemos a **dar prioridad efectiva a la promoción de la igualdad de oportunidades**, reconociendo que en nuestro país existen diversas expresiones de discriminación e inequidad social, en particular contra la mujer, la infancia, los adultos mayores, las personas integrantes de comunidades étnicas, los discapacitados y las personas desprovistas de sustento, entre otras. La reducción y posterior erradicación de estas expresiones de desigualdad **requieren temporalmente de acciones afirmativas del Estado y de la sociedad, aplicando políticas y estableciendo mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas para toda la población** [...]".*

Al respecto, la política Décimo tercera (13) del mismo se centra en el acceso universal a los servicios de salud y la seguridad social, indicando que estos se deben presentar de forma gratuita, continua, oportuna y de calidad.

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

*Con este objetivo el Estado: **(a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas**; [...]; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; **(f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados**; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; [...]; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; **(j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes**; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales,*

extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; [...]".

Asimismo, se encuentra dentro de los **Ejes en la agenda política nacional**, en la medida en que la actual crisis sanitaria también constituye una oportunidad, pues hay aspectos centrales que se han puesto en la agenda pública nacional, entre los cuales se viene discutiendo: ***La necesidad de contar con servicios médicos universales (salud)***.

La iniciativa permitirá controlar enfermedades oncológicas, crónicas, graves, raras y huérfanas de alto costo con mayor eficiencia, lo cual cumple con los objetivos propuestos por el Acuerdo Nacional. Estos son ámbitos claves para la población en general y la propuesta legislativa presentada aborda un conjunto de propuestas concretas en favor de dicha población.