



Proyecto de Ley N° 7053/2023-CR

JOSÉ ENRIQUE JERÍ ORÉ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



PROYECTO DE LEY QUE CREA
EL FONDO NACIONAL PARA
EL ACCESO EQUITATIVO A LA
SALUD PARA GARANTIZAR
LA COBERTURA
EQUITATIVA DE LOS
SERVICIOS DE SALUD.

El Congresista de la República, **JOSÉ ENRIQUE JERÍ ORÉ**, integrante del grupo parlamentario **Somos Perú**, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa reconocido en el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y, en concordancia con el inciso c) del artículo 22, artículo 67, 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de ley:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE CREA EL FONDO NACIONAL PARA EL ACCESO EQUITATIVO A LA
SALUD PARA GARANTIZAR LA COBERTURA EQUITATIVA DE LOS
SERVICIOS DE SALUD.

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. – Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto la creación del Fondo Nacional para el Acceso Equitativo a la Salud (FONDAES) a fin de garantizar la cobertura equitativa de los servicios de salud para todos los pacientes de enfermedades catastróficas a nivel nacional, indistintamente de la región y de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud donde se atiendan, así como establecer lineamientos

para el fortalecimiento de los diagnósticos y tratamientos de enfermedades catastróficas.

Artículo 2. - Ámbito de aplicación

La presente ley es aplicable a nivel nacional a todas las instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas que tengan por objeto la prestación de servicios de salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) conforme a los términos y condiciones que señala esta ley.

TÍTULO II

CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL PARA EL ACCESO EQUITATIVO A LA SALUD

CAPÍTULO I

CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Artículo 3. – Creación del Fondo Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Alto Costo

Créase el Fondo Nacional para el Acceso Equitativo a la Salud (FONDAES) como institución autónoma no estatal de Derecho Público, la cual financia los diagnósticos y tratamientos de alto costo con la finalidad de evitar que las personas incurran en gastos catastróficos.

Artículo 4. – Funcionamiento

El FONDAES es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) que reasegura a las IAFAS públicas, privadas y mixtas respecto a los diagnósticos y tratamientos de alto costo recogidos en el Plan FONDAES, conforme al artículo 6, 7 y 9 de la presente ley.

Artículo 5. – Límite de alto costo y listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo

Para efectos de esta ley el límite de alto costo es aprobado por Decreto Supremo refrendado por los ministros del Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud y es actualizado al menos cada dos años.

En función al límite de alto costo, el Ministerio de Salud publica el listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo, el cual es aprobado por Resolución Ministerial y actualizado como mínimo con periodicidad anual.

Artículo 6. – Plan FONDAES

El Plan FONDAES contiene los diagnósticos y tratamientos de alto costo que cubre el FONDAES y es elaborado tomando como referencia el listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo al que hace referencia el artículo anterior, priorizándose los diagnósticos y tratamientos que cuenten con guías prácticas clínicas nacionales o internacionales o, en general, evidencia científica favorable, así como aquellos diagnósticos y tratamientos que hayan pasado evaluaciones de tecnologías sanitarias multicriterio y transparentes en el Perú o en países de alta vigilancia sanitaria.

El Plan FONDAES es aprobado con el voto no menor de cinco directores a propuesta de la Gerencia General y es actualizado cuando menos con periodicidad anual.

Artículo 7. – Umbral de cobertura

El FONDAES reasegura los diagnósticos y tratamientos de alto costo recogidos en el Plan FONDAES a partir de un umbral calculado por persona. En caso no se alcance dicho umbral, los diagnósticos y tratamientos de alto costo de la persona se financian de acuerdo con las condiciones establecidas por las IAFAS privadas, públicas y mixtas sin cargo al FONDAES.

El umbral de cobertura es aprobado con el voto no menor de cinco directores y es actualizado cuando menos cada dos años.

Artículo 8. – Intervención en la optimización del suministro de dispositivos médicos y productos farmacéuticos

El FONDAES queda expresamente facultado para realizar acciones tendientes a la optimización del suministro de dispositivos médicos y productos farmacéuticos. Esto incluye identificar problemas de abastecimiento y oportunidades de compra, sean convencionales o a través de mecanismos diferenciados de adquisición según lo establezca el reglamento de esta ley, así como realizar recomendaciones sobre la cadena de suministro.

Artículo 9. – Creación de la Red de Establecimientos para Enfermedades Catastróficas

Créase la Red de Establecimientos para Enfermedades Catastróficas (REEC), la cual para fines de esta ley estará conformada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) inscritas en el Registro Nacional de Institucional de Servicios de Salud (RENIPRESS) que efectúen diagnósticos y tratamientos cubiertos según los alcances de esta ley. El listado de IPRESS que conforman la REEC por departamento se aprueba por acuerdo del Directorio del FONDAES y es actualizado cuando menos cada año. Excepcionalmente, el FONDAES puede financiar diagnósticos y tratamientos que, por razones de emergencia, se realizaron en IPRESS que no conforman la REEC.

El FONDAES queda expresamente facultado para incentivar la optimización del intercambio prestacional entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que integran la REEC, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.

**CAPÍTULO II
ESTRUCTURA ORGÁNICA**

Artículo 10. – Estructura mínima

La estructura mínima del FONDAES está conformada por un Directorio y una Gerencia General. El Estatuto del FONDAES puede establecer otros órganos.

Artículo 11. – Directorio

11.1 El Directorio es el máximo órgano del FONDAES. Está compuesto por siete integrantes:

1. Una persona designada por el Ministerio de Salud.
2. Una persona designada por el Ministerio de Economía y Finanzas.
3. Una persona designada por el Seguro Integral de Salud.
4. Una persona designada por el Seguro Social de Salud – EsSalud.
5. Una persona designada por las IAFAS públicas, sin contar el Seguro Integral de Salud y el Seguro Social de Salud - EsSalud.
6. Una persona designada por las IAFAS privadas y mixtas, cuando éstas cuenten con convenio de reaseguro con el FONDAES.
7. Un representante de asociaciones de pacientes vinculadas a los diagnósticos y tratamientos de alto costo.

11.2 En el caso del Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Seguro Integral de Salud y el Seguro Social de Salud – EsSalud, dichas entidades determinan internamente los procedimientos de designación y remoción. En el caso de las demás IAFAS públicas, las IAFAS privadas y mixtas y las asociaciones de pacientes vinculadas a los diagnósticos y tratamientos de alto costo, el Estatuto determina los procedimientos de designación y remoción.

11.3 Los miembros del Directorio perciben dieta por su participación en las sesiones del Directorio.

11.4 El Estatuto del FONDAES establece los procedimientos de adopción de acuerdos, incluyendo quórum y votaciones requeridas para los distintos acuerdos, así como las condiciones relativas a la divulgación de información para evitar conflictos de interés, entre otros.

Artículo 12. – Funciones del Directorio

El Directorio tiene las siguientes funciones:

1. Aprobar la política institucional del FONDAES.

2. Aprobar el Plan FONDAES, para lo cual se requieren 5 votos.
3. Modificar el Estatuto, para lo cual se requieren 5 votos.
4. Designar al Gerente General.
5. Aprobar las primas
6. Aprobar los lineamientos de inversión
7. Aprobar el listado de IPRESS que conforman la REEC por departamento.
8. Las demás funciones necesarias para la marcha del FONDAES.

Artículo 13. – Gerencia General

La Gerencia General es el órgano encargado de implementar los acuerdos del Directorio, así como dirigir la marcha del FONDAES atendiendo a los lineamientos establecidos por el Directorio y los fines de protección financiera establecidos en la presente ley.

CAPÍTULO III RÉGIMEN ECONÓMICO Y PATRIMONIAL

Artículo 14. – Recursos

Los recursos del FONDAES son los siguientes:

1. Las primas que pagan las IAFAS públicas, privadas y mixtas por concepto de reaseguro, conforme al artículo 15 de la presente ley.
2. Los resultados de las inversiones realizadas por el FONDAES en los mercados nacionales e internacionales, conforme al artículo 16 de la presente ley.
3. Los recursos provenientes de campañas de recaudación voluntarias patrocinadas por el FONDAES.
4. Las subvenciones, donaciones, herencias y los legados que se instituyan a su favor.
5. Todos los demás recursos que el FONDAES obtenga o perciba legalmente, para lo cual se faculta expresamente al FONDAES para el uso de mecanismos innovadores de financiamiento.

Artículo 15. – Primas

Las IAFAS públicas, privadas y mixtas pagan primas anuales por el concepto de reaseguro. Los montos y los mecanismos de pago de las primas se aprueban por el Directorio con no menos de cinco votos y toman como referencia el número de afiliados a cada IAFAS y la situación actuarial de las IAFAS.

Artículo 16. – Inversiones

El FONDAES queda expresamente facultado para realizar inversiones en los mercados nacionales e internacionales, hasta por un porcentaje máximo de sus recursos y bajo unos lineamientos establecidos por el Directorio.

Artículo 17. – Máximo reaseguro

El FONDAES establece un monto máximo de reaseguro por asegurado por un monto que se determina, anualmente, mediante acuerdo del Directorio.

Artículo 18. – Uso de los recursos

18.1 Los recursos del FONDAES se destinan primariamente para el financiamiento de diagnósticos y tratamientos de alto costo. Asimismo, los recursos del FONDAES pueden destinarse para invertir en mercados nacionales e internacionales, conforme al artículo 21 de la presente ley.

18.2 Excepcionalmente, los recursos del FONDAES pueden destinarse para otros conceptos, como la prevención de enfermedades vinculadas a los diagnósticos y tratamientos de alto costo o para la adquisición directa de dispositivos médicos o productos farmacéuticos, para lo cual el FONDAES queda expresamente facultado para realizar dichas adquisiciones directas. El Estatuto del FONDAES establecerá los supuestos excepcionales de uso de recursos, así como sus condiciones.

18.3 El FONDAES destina como máximo un 7% (siete por ciento) de sus recursos para gastos administrativos. Para el uso de recursos del FONDAES el Directorio deberá tener como criterio la sostenibilidad del fondo.

Artículo 19. – Patrimonio

El patrimonio del FONDAES está constituido por los bienes muebles e inmuebles bajo su dominio mediante cualquier medio, título o concepto legalmente válidos.

Artículo 20. – Intangibilidad

Los recursos y bienes del FONDAES son intangibles y no retornan al Tesoro Público luego de cada año fiscal.

CAPÍTULO IV NORMAS APLICABLES

Artículo 21. – Normas aplicables

Las actividades y los bienes del FONDAES se rigen por las normas del sector privado, salvo disposición contraria en la presente ley.

CAPÍTULO V DEFENSA, CONTROL Y SUPERVISIÓN

Artículo 22. – Defensa legal

El FONDAES se encuentra dentro del ámbito de la Procuraduría General del Estado y el Sistema Administrativo de Defensa Jurídica del Estado. Las acciones de defensa corresponden a la Procuraduría del Ministerio de Salud.

Artículo 23. – Control y Supervisión

El FONDAES se encuentra dentro del ámbito de la Contraloría General de la República y el Sistema Nacional de Control. Las acciones de control corresponden a su Órgano de Control Institucional. Además, es supervisado por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, en su condición de IAFAS, y la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) en su vínculo concerniente con las IAFAS que operan dentro del ámbito de supervisión de la SBS.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. – Entrada en vigencia

La presente ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el diario oficial El Peruano.

Segunda. – Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta aquellas disposiciones que lo requieren en un plazo no mayor de 120 días contados a partir de la publicación de la ley. Todo lo no previsto en la presente ley en relación al funcionamiento interno del FONDAES podrá ser desarrollado en el Estatuto.

Tercera. – Inscripción en registros públicos

La presente ley constituye título suficiente para la inscripción del FONDAES en los Registros Públicos.

Cuarta. – Reaseguro para IAFAS privadas

En el caso de IAFAS privadas, el FONDAES establece los lineamientos para que puedan celebrar convenios con el objeto de su incorporación voluntaria a lo establecido en la presente ley.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera. – Grupo Organizador del FONDAES

El Grupo Organizador del FONDAES se encarga de elaborar y aprobar el primer Estatuto del FONDAES, así como establecer los términos de activación del FONDAES y desactivación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). El Grupo Organizador está compuesto por catorce miembros: tres representantes del Ministerio de Salud, tres representantes del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de EsSalud, un representante del Seguro Integral de Salud, un representante de SALUPOL, un representante de IAFAS FOSMAR, un

representante de IAFAS EP, un representante de IAFAS FAP, un representante del Colegio Médico del Perú, un representante de la Asociación de Desórdenes del Ciclo de la Úrea y Metabólicas – ADCUM, un representante de Con L de Leucemia y un representante del Colectivo Los Pacientes Importan. El Ministerio de Salud se encargará de la gestión administrativa y la secretaría técnica del Grupo Organizador.

El Grupo Organizador se instala dentro de los treinta días de la entrada en vigencia de la presente ley y aprueba el primer Estatuto del FONDAES en un plazo no mayor de 180 días calendario contados a partir de su instalación.

Segunda. – Normas complementarias

- 2.1 El Poder Ejecutivo aprueba el límite de alto costo al que hace referencia el artículo 5 de la presente ley en un plazo no mayor a 120 días hábiles.
- 2.2 El Ministerio de Salud aprueba el Plan Complementario de Alto Costo al que hace referencia el artículo 6 de la presente ley en un plazo no mayor a 120 días hábiles contados a partir de la aprobación del límite de alto costo al que hace referencia la Segunda Disposición Complementaria Final de la presente ley.
- 2.3 El Directorio del FONDAES aprueba el listado de IPRESS que conforman la Red de Establecimientos para Enfermedades Catastróficas (REEC) al que hace referencia el artículo 9 de la presente ley en un plazo no mayor a 120 días hábiles contados desde la aprobación del listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo al que hace referencia la Tercera Disposición Complementaria Final de la presente ley.

Tercera. – Desactivación del Fondo Intangible Solidario de Salud y cobertura de sus afiliados

- 3.1 El FONDAES inicia sus operaciones con los recursos correspondientes al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Para estos efectos, el FISSAL cesará sus operaciones y quedará desactivado una vez que el FONDAES inicie sus operaciones. En tanto eso ocurra el FISSAL continuará cubriendo a sus afiliados regularmente.

3.2 Las prestaciones cubiertas por FISSAL que no sean cubiertas por el FONDAES son asumidas por el Seguro Integral de Salud. En ningún caso una prestación cubierta por el FISSAL que no fuera cubierta por el FONDAES quedará desatendida.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única. – Derogación

Deróguense los artículos 10, 11, 12, 13 y 14 de la Ley N°29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, así como el artículo 2.3 y 11 del Decreto Legislativo 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, así como sus normas reglamentarias y complementarias que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.



Firmado digitalmente por: Lima, 07 de febrero de 2024.
JERI ORE Jose Enrique FAU
20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 14/02/2024 12:38:26-0500



Firmado digitalmente por:
GAAVEDRA CASTERNOQUE
Hitler FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 16/02/2024 09:09:12-0500



Firmado digitalmente por:
AZURIN LOAYZA Alfredo FAU
20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 15/02/2024 11:17:22-0500



Firmado digitalmente por:
VALER PINTO Hector FAU
20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 16/02/2024 09:53:06-0500



Firmado digitalmente por:
VALER PINTO Hector FAU
20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 16/02/2024 09:53:29-0500

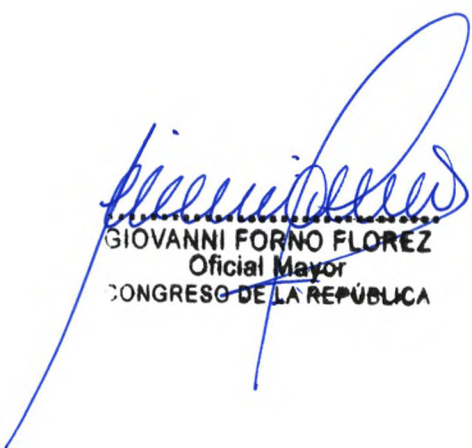


CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **19** de **febrero** de **2024**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° **7053/2023-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

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



.....
GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El proyecto de ley propone la creación del Fondo Nacional para el Acceso Equitativo a la Salud (FONDAES) a fin de garantizar la cobertura equitativa de los servicios de salud para todos los pacientes de enfermedades catastróficas a nivel nacional, indistintamente de la región y de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud donde se atiendan, así como establecer lineamientos para el fortalecimiento de los diagnósticos y tratamientos de enfermedades catastróficas.

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

Las enfermedades catastróficas son afecciones de salud que, debido a su gravedad y al impacto en la calidad de vida de una persona, pueden tener consecuencias devastadoras tanto para el individuo afectado como para su entorno familiar y social. Estas enfermedades a menudo implican tratamientos prolongados, costosos y a veces invasivos. Algunos ejemplos de enfermedades catastróficas incluyen:

Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una frecuencia baja, presentan muchas dificultades para ser diagnosticadas y efectuar su seguimiento, tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos que conllevan múltiples problemas sociales.

II. ANTECEDENTES NORMATIVOS DEL FONDAES

El 29 de enero del 2002 fue publicada en el Diario el Peruano la Ley N° 27656, Ley que crea el Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL cuya finalidad era favorecer a la población excluida del acceso a prestaciones de salud de calidad mediante recursos que complementen el financiamiento del Seguro Integral de Salud – SIS. Con fecha 10 de julio del 2002, mediante Decreto Supremo N° 007-2002-SA se aprueba el Reglamento de la Ley N° 27656, el Estatuto del FISSAL, el Reglamento de Organización y Funciones del FISSAL y las modificaciones al Estatuto y al Reglamento de Organización y Funciones del FISSAL.

Con fecha 4 de junio del 2011 publica la Ley N° 29698, "Ley que declara de interés nacional y preferente atención el tratamiento de personas que padecen enfermedades raras o huérfanas" estableciendo en su objeto la *"Declaración de interés nacional la prevención, el diagnóstico, la atención integral de salud y la rehabilitación de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas"*. Uno de los principales aportes de la Ley se encuentra en su Artículo 3, donde se define el *"Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico, Atención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Monitoreo de las Enfermedades Raras o Huérfanas"* dejando la responsabilidad de su elaboración al Ministerio de Salud que con periodicidad anual debe presentar a las Comisiones Permanentes de Coordinación Interministerial (las CIAS) y a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República los avances y metas alcanzadas en la ejecución de dicho plan nacional.

Con fecha 22 de julio del 2011 se promulga la Ley N° 29761, *"Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud"*, teniendo como objeto establecer los principios y el financiamiento para la atención de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud, garantizando la sostenibilidad e implementación progresiva del aseguramiento universal en salud Universal en Salud. Esta Ley es aplicable a las instituciones públicas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud, señaladas en los artículos 7 y 8 de la Ley N° 29344.

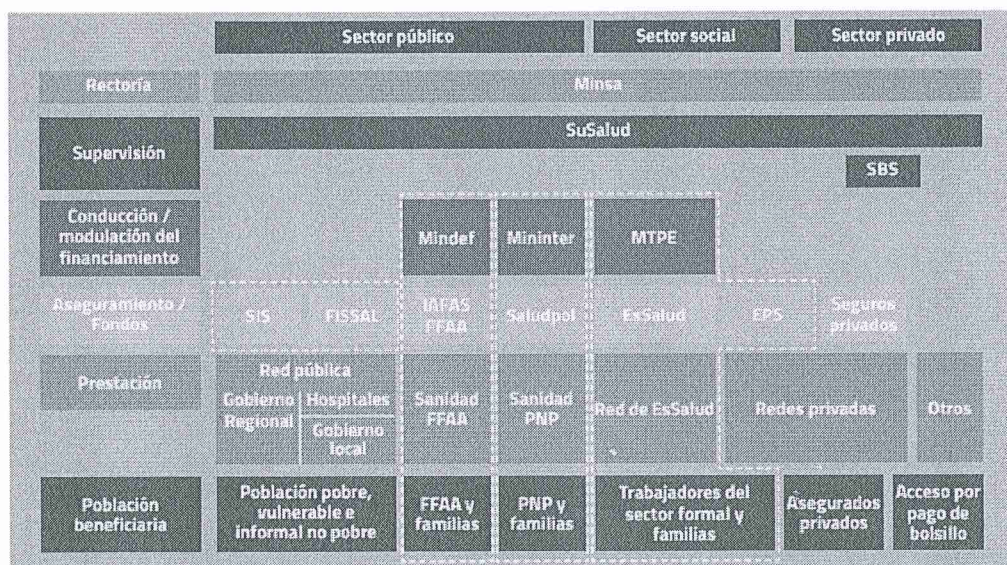
La Ley N° 29761 en su Artículo 6, de la ampliación de la cobertura de aseguramiento, determina en el numeral 6.1 *"El Estado, teniendo en cuenta los límites fiscales del Marco Macroeconómico Multianual y las normas de responsabilidad fiscal, considera, dentro de sus prioridades, la asignación de recursos 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 subsidiado y semicontributivo"*, asimismo, en su Artículo 10 crea la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) sobre la base del fondo creado por la Ley N° 27656.

La ley 29761 deroga en su Única Disposición Complementaria Modificatoria la Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, así como todas las disposiciones que se opongan a la Ley N° 29761.

Con Decreto Supremo N° 009-2012-SA, de fecha 3 de noviembre de 2012, se declara de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas, también aprueba el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, denominado "*Plan Esperanza*".

III. SITUACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD

El acceso efectivo a cada una de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) depende de las características socioeconómicas y laborales de la población. Así, se conforman subsistemas verticales para grupos poblacionales específicos, cada uno de los cuales maneja sus procesos misionales de gestión del financiamiento y de la prestación de forma independiente. Cada subsistema público está adscrito a un sector del Estado y es conducido por un ministerio diferente. El sistema de salud peruano es fragmentado y segmentado.



Fuente: MARCO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD 2022- VIDENZA CONSULTORES

Es importante destacar que la cobertura específica puede variar entre las diferentes IAFAS y los planes de salud que ofrecen, esto dependerá detalladamente de los términos y condiciones de su póliza de seguro donde se determina la extensión de su cobertura. Además, las IAFAS pueden tener diferentes modalidades de afiliación, y las coberturas pueden variar según el tipo de plan y la prima pagada e incluso el tipo de sector ya sea público, social o privado. Aunque hay algunas similitudes en las coberturas básicas, las diferencias pueden surgir en términos de servicios adicionales, niveles de atención, cuadros médicos, restricciones geográficas y modalidades de pago.

Las principales características de los tipos de IAFAS son:

1. IAFAS Sector Público:

a) Propiedad y Gestión:

- Son parte del sistema de salud público y son gestionadas por el Estado o entidades gubernamentales.
- Operan bajo el ámbito del sector público y están sujetas a regulaciones gubernamentales.

b) Fuentes de Financiamiento:

- Reciben financiamiento principalmente del presupuesto del gobierno y, en algunos casos, de contribuciones de los afiliados o copagos, aunque estos últimos suelen ser más bajos que en el sector privado.

c) Cobertura Universal:

- Tienden a enfocarse en proporcionar cobertura universal y acceso equitativo a servicios de salud para la población en general, independientemente de su capacidad de pago.

d) Servicios Esenciales:

- A menudo, se centran en servicios esenciales y buscan abordar las necesidades de salud de la población en su conjunto.

e) Inclusión de Grupos Vulnerables:

- Tienden a incluir a segmentos de la población más vulnerables, como aquellos en situación de pobreza o con menos recursos.

f) Regulación Gubernamental:

- Están sujetas a una mayor regulación y supervisión gubernamental para garantizar el cumplimiento de los objetivos de salud pública.

g) Cobertura Geográfica:

- Suelen tener una cobertura geográfica más amplia, extendiéndose a áreas rurales y remotas donde puede haber una menor presencia de proveedores privados.

2. IAFAS Sector Privado:

a) Propiedad y Gestión:

- Son propiedad de entidades privadas, como empresas o compañías de seguros privadas.
- La gestión y operación de estas IAFAS se realizan en el ámbito del sector privado.

b) Fuentes de Financiamiento:

- Obtienen ingresos principalmente de las primas pagadas por los afiliados y, en algunos casos, de copagos y deducibles.
- Operan en un modelo de seguro de salud, donde los afiliados pagan primas regulares para acceder a servicios de salud.

c) Flexibilidad en la Oferta de Servicios:

- Tienen la flexibilidad para ofrecer una amplia gama de planes de salud con diferentes niveles de cobertura y costos.
- Pueden incluir servicios adicionales, como cobertura odontológica, servicios de bienestar, entre otros.

d) Competencia en el Mercado:

- Compiten entre sí y con otras aseguradoras privadas para atraer a nuevos afiliados.
- La calidad del servicio y la variedad de opciones pueden ser factores diferenciadores para atraer clientes.

3. IAFAS Sector Social:

a) Naturaleza Híbrida:

- Pueden tener una naturaleza híbrida que combine elementos tanto del sector público como del sector privado.
- A veces se crean como asociaciones entre el gobierno y organizaciones sociales o comunitarias.

b) Participación Comunitaria:

- Pueden incorporar mecanismos de participación comunitaria en la toma de decisiones y la gestión de servicios de salud.

c) Enfoque en Desarrollo Social:

- Pueden tener un enfoque más amplio en el desarrollo social y la participación de la comunidad en la promoción de la salud.

d) Innovación Social:

- Buscan innovar en la forma en que se abordan los problemas de salud, con un énfasis en la colaboración comunitaria y la responsabilidad social.

e) Cobertura de Grupos Marginalizados:

- Pueden centrarse en la cobertura de grupos marginados o comunidades específicas que podrían tener menos acceso a servicios de salud.

IV. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades catastróficas a menudo implican tratamientos costosos y prolongados, los altos costos de atención médica pueden resultar en una carga financiera significativa para los individuos y sus familias. Algunos planes de seguro de salud pueden tener limitaciones en la cobertura para ciertos tratamientos, procedimientos o medicamentos asociados con enfermedades catastróficas, estas limitaciones dependerán del tipo de IAFAS a las cuales el individuo este afiliado. En las regiones del país hay muchos grupos socioeconómicos desfavorecidos que pueden enfrentar mayores desafíos para acceder a la atención médica necesaria para tratar la enfermedad catastrófica, esto a su vez con las restricciones que los seguros de salud pueden tener como las limitaciones en el tiempo de cobertura para tratamientos prolongados, lo que puede ser problemático para enfermedades que

requieren atención a largo plazo e incluso exceder el monto del alcance de su seguro, dejándolo sin cobertura.

Nuestro sistema de salud cuenta con varios tipos de seguros a los cuales se puede acceder, siendo los más comunes los seguros de salud públicos y los seguros de salud privados, estos por su naturaleza tienen distintas características.

Entre los seguros del Estado se tiene al Seguro Integral de Salud (SIS) y al Seguro Social del Perú (Essalud). El SIS está enfocado en personas en situación de pobreza y pobreza extrema, pero también cuenta con la opción para asegurar a emprendedores, microempresas y trabajadores independientes; mientras que Essalud es un seguro contributivo dirigido principalmente a los trabajadores dependientes y de manera potestativa a los trabajadores independientes que puedan realizar sus propios aportes.

En el caso de los seguros de salud privados, la oferta es diversa. En general, el objetivo de un seguro de salud es reparar el costo que genera una enfermedad al asegurado.

¿Qué pasa cuando la enfermedad catastrófica excede el monto de cobertura del afiliado?

El seguro social (EsSalud) cuenta con una amplia cobertura para sus asegurados (en su mayoría trabajadores formales), pero no cubre medicamentos fuera de su petitorio farmacológico. Por otro lado, las entidades prestadoras de salud (EPS) no brindan una cobertura para enfermedades catastróficas ni para ciertas enfermedades genéticas, debido a que su cobertura es limitada.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) cuenta desde el 2002 con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), el cual financia:

- a) Enfermedades de alto costo (siete tipos de cánceres más frecuentes), definidos en la Resolución Ministerial N° 325-2012-Minsa.
- b) El tratamiento integral de la insuficiencia renal crónica (IRC)

- c) Enfermedades raras y huérfanas (ERH), con Resolución Ministerial N° 230-2020-MINSA donde se determina 546 códigos CIE10 e incorpora todas aquellas patologías consideradas y diagnosticadas como ERH en el país.
- d) Procedimientos de alto costo los señalado en la Resolución Jefatural N°093-2015/SIS.

Para el 2022 se tuvo 1,244,690 casos de Enfermedades Raras o Huérfanas atendidas por el FISSAL representando el 91.92% del total de atenciones del fondo, los Trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos tuvieron 80,472 casos atendidos, este representa el 5.94% y los Trasplantes Hepáticos y Renales suman 28,875 con el 2.13% del total de casos.

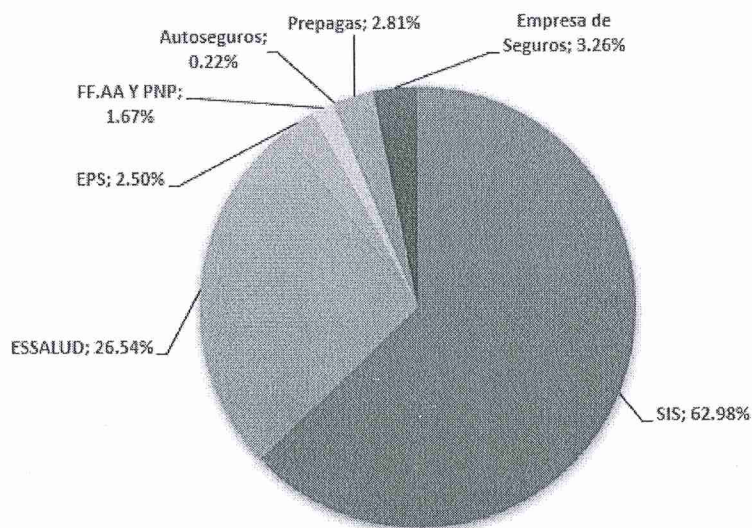
ATENCIONES DE COBERTURA DE ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS, TRANSPLANTES 2022 - (FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD)		
DIAGNÓSTICOS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
ENFERMEDAD RARA O HUÉRFANA	1,244,690	91.92%
TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	80,472	5.94%
TRASPLANTE HEPÁTICO	6,613	0.49%
TRASPLANTE RENAL	22,262	1.64%
TOTAL	1,354,037	100.00%

Fuente: Plataforma Nacional de Datos Abiertos-FISSAL

1. Análisis del estado actual de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)

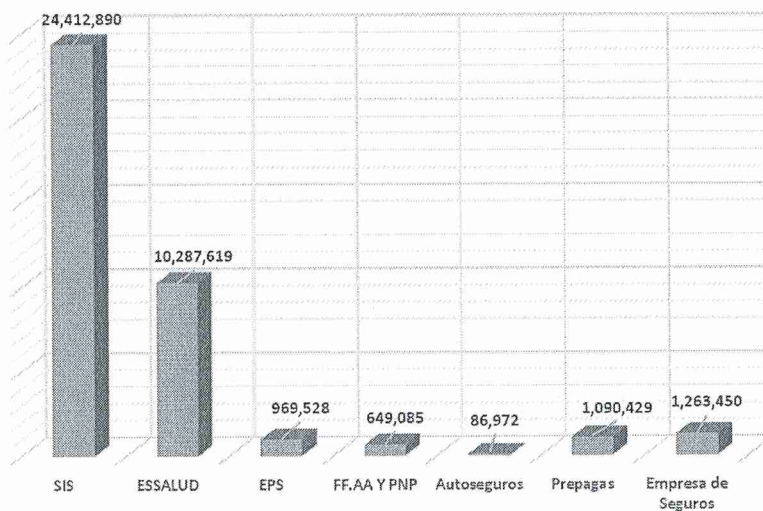
En el Perú, la afiliación a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) para el primer trimestre del 2023, según registro del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y el Boletín Estadístico de SUSALUD, nos reporta un total de afiliados de 38,759,973 de los cuales el 62.98% de afiliados se encuentran en el Seguro Integral de Salud (SIS) seguido por Essalud con el 26.54%, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) tienen el 2.5%, las FFAA y la PNP 1.67% y las Empresas de Seguros, Autoseguros y Prepagas acumulan entre ellas el 6.3% del total.

PORCENTAJE DE AFILIADOS POR TIPO DE IAFAS
2023-I TRIMESTRE



Fuente: Boletín Estadístico SUSALUD 2023 I Trim

NÚMERO DE AFILIADOS POR IAFAS AL PRIMER TRIMESTRE DEL 2023



Fuente: Boletín Estadístico SUSALUD 2023 I Trim

2. Análisis sobre la necesidad de la ley

En el Perú, promover el acceso universal a los servicios de salud es fundamental para mejorar la calidad de vida de la población y garantizar que todos tengan acceso a un tratamiento y cobertura para para todos los pacientes de enfermedades catastróficas a nivel nacional. Es necesario fortalecer las políticas que respalden la implementación de sistemas de salud social inclusivos y universales hacia la ampliación de la cobertura de servicios de salud para tomar en cuenta a todas las capas de la sociedad, independientemente de su situación económica, laboral o geográfica.

Existen disparidades significativas en el acceso a servicios de salud entre áreas urbanas y rurales, así como entre regiones del país. Las poblaciones más vulnerables, como aquellas en situaciones de pobreza, a menudo enfrentan mayores barreras para acceder a la atención médica.

La presencia de enfermedades no cubiertas por los sistemas de salud puede ser un desafío importante para la población, estos problemas pueden contribuir a una serie de consecuencias negativas, tanto a nivel individual como a nivel comunitario y sistémico.

Estas enfermedades no cubiertas pueden resultar en un acceso limitado a tratamientos y medicamentos esenciales, afectando directamente la capacidad de las personas para manejar y tratar sus condiciones de salud debido carga financiera significativa al tener que pagar de su propio bolsillo los costos asociados con diagnósticos, tratamientos y medicamentos los cuales en muchos casos no llegan a cubrirse dejando al afectado sin tratamiento y medicación, empeorando su situación de forma exponencial.



Fuente: Diario El Peruano-Noticias 17-06-21

V. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA QUE SE PROPONE SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

- El Proyecto de Ley no tiene ningún efecto modificadorio ni derogatorio sobre la Constitución Política de 1993 ni cualquier ley de interpretación.
- El Proyecto de Ley no tiene ningún efecto modificadorio ni derogatorio sobre ninguna ley orgánica de la legislación nacional.
- El Proyecto de Ley implica la modificación de las leyes ordinarias correspondientes a las IAFAS a fin de reconocer el pago de las primas hacia el FONDAES.
- El Proyecto de Ley implica la derogación de los artículos señalados en la Disposición Complementaria Derogatoria.
- El Proyecto de Ley implica la aprobación, modificación y derogación de normas infralegales por parte del Gobierno a fin de adecuarse a la ley.

VI. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

A. Respecto de los costos

Es importante iniciar señalando que la creación del FONDAES se dará con los recursos del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), el cual posteriormente quedará desactivado, conforme a la Quinta Disposición Complementaria Transitoria del Proyecto de Ley. Asimismo, es importante señalar que esta transición no deberá representar ninguna afectación a los usuarios del FISSAL. En este sentido, en este extremo la creación de la entidad no debería representar costos.

Eso dicho, la implementación del FONDAES representará costos para las IAFAS en el corto plazo en el sentido de que deberán adecuar sus disposiciones internas a los términos de la ley. A pesar de ello, y conforme señala la Organización Mundial de la Salud, la agrupación de recursos en realidad tiende hacia el ahorro en costos administrativos. En este sentido, los costos de implementación serían compensados por los ahorros que generaría el FONDAES.

B. Respecto de los beneficios

Es importante resaltar nuevamente que la agrupación de recursos tiende hacia el ahorro en costos administrativos. En este sentido, la implementación del FONDAES representa un beneficio respecto a la gestión administrativa de recursos actual.

En lo que respecta al financiamiento de enfermedades de alto costo, el presente proyecto representa varios beneficios. Tal como se ha señalado, la agrupación de recursos no solo tiende hacia el ahorro en costos administrativo, sino que permite un financiamiento más eficiente e igualitario porque el pool de recursos permite distribuir el riesgo entre más asegurados y así otorga una protección financiera más equitativa. En este sentido, la creación del FONDAES sería un paso hacia resolver los problemas generados por la fragmentación del sistema de salud.

Más aún, en nuestro país, donde las inequidades en el acceso a los tratamientos de las enfermedades de alto costo es un problema, el hecho de que haya un solo plan aplicable también resulta beneficioso porque les otorga claridad a los actores involucrados. En vez de tener que buscar información sobre el plan correspondiente

al subsistema, un solo plan centralizado hace más accesible e igualitaria esta información. Además, la exhortación de desarrollar guías prácticas contribuye a la estandarización de servicios.

Asimismo, la creación de la Red de Establecimientos para Enfermedades Catastróficas (REEC), sumada a la exhortación del intercambio prestacional, también representa una situación superior a la actual por cuanto no solo habrá mayor protección financiera respecto a la cobertura, sino que los servicios serán de más fácil acceso. En esta línea, la exhortación de descentralización y desconcentración también facilitará el acceso a servicios para aquellas personas que no son de la capital.

En conclusión, el proyecto de ley representa mayores beneficios que costos puesto que contribuye hacia una protección financiera más eficiente e igualitaria, a través de la agrupación de recursos y distribución de riesgos, y mejores servicios, a través de la estandarización de tratamientos, la creación de la REEC con intercambios prestacionales y la descentralización y desconcentración de servicios.

VII. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa legislativa busca fortalecer y garantizar la cobertura equitativa de los servicios de salud para todos los pacientes de enfermedades catastróficas a nivel nacional, indistintamente de la región y de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud donde se atiendan.

El presente proyecto de ley se enmarca en la Décimo Tercera Política de Estado del Acuerdo Nacional sobre el Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social:

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

Con este objetivo el Estado:

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



JOSÉ ENRIQUE JERI ORÉ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

- m) Desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población.
- n) Promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional.
- o) Reestablecerá la autonomía del Seguro Social.

El objetivo del proyecto de ley concuerda con el objetivo "j" de la Décimo Tercera Política de Estado del Acuerdo Nacional sobre el Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, el cual indica que el Estado "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"