



Proyecto de Ley N° 10821/2024-CR

Ana Zarith Zegarra Saboya
Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE DISPOSICIONES PARA EL ACCESO A LA COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD Y SU FINANCIAMIENTO EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD.

La congresista de la República, **ANA ZADITH ZEGARRA SABOYA**, 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

"PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE DISPOSICIONES PARA EL ACCESO A LA COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD Y SU FINANCIAMIENTO EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD"

Artículo 1.- Objeto de la Ley

El objeto de la presente ley es establecer disposiciones para el acceso a la cobertura universal de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud para toda la población residente en el ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional, así como para los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en el territorio nacional, con financiamiento a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

Artículo 2.- Finalidad

La presente ley tiene por finalidad contribuir al acceso a la cobertura universal de los servicios de salud oportunos, eficaces y de calidad para la población residente en el territorio nacional, así como para los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados.

Artículo 3.- Ámbito de aplicación

La presente Ley es aplicable a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, las Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas del ámbito de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana, de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA) de los Gobiernos Regionales o las que hagan sus veces y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas.



Artículo 4.- Incorporación del artículo 3-A a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

Incorpórese el artículo 3-A a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, según el texto siguiente:

Artículo 3-A. Del acceso a la cobertura universal de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud

La población residente en el territorio nacional, así como los peruanos residentes en el exterior que se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados, acceden a los servicios de salud de las Redes Integradas de Salud, financiándose estas prestaciones a través del Seguro Integral de Salud (SIS) para la protección oportuna y adecuada de su derecho a la salud."

Artículo 5.- Cobertura que otorga el Seguro Integral de Salud

Autorízase al Seguro Integral de Salud (SIS) a financiar la cobertura de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas del ámbito de las Redes Integradas de Salud en las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana (DIRIS), en las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA) de los Gobiernos Regionales o las que hagan sus veces, para toda persona residente en el territorio nacional o peruano residente en el exterior que se encuentre en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud con el que cuente.

Artículo 6.- Acreditación, supervisión y fiscalización de las prestaciones de salud a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en el marco de sus competencias, facilita la acreditación de las personas que acceden a los servicios de salud para las prestaciones de salud; así mismo, supervisa y fiscaliza el cumplimiento de las obligaciones aplicables a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) conforme a la presente ley.

Facúltase a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) a establecer las infracciones y sanciones relacionadas al incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 7.- Financiamiento

El financiamiento de lo dispuesto en la presente ley se sujeta a la disponibilidad de recursos del Seguro Integral de Salud (SIS), entidad que realiza las gestiones necesarias con dicho fin.



Ana Zadith Zegarra Saboya
Congresista de la República
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

PRIMERA.- El Poder Ejecutivo en un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, adecúa de acuerdo a la modificación dispuesta en la presente ley, el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento de Seguro Integral de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú aprobado por Decreto Supremo N° 002-2015-IN, en lo que corresponda.

SEGUNDA. - El Poder Ejecutivo en un plazo no mayor de sesenta (60) días hábiles contados desde la entrada en vigencia de la presente ley, adecúa el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA, a las disposiciones establecidas en la presente ley.

Lima, 31 de marzo de 2025.



Firmado digitalmente por:
JERI ORE Jose Enrique FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/04/2025 09:57:48-0500



Firmado digitalmente por:
ZEGARRA SABOYA Ana Zadith
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 31/03/2025 09:44:59-0500



Firmado digitalmente por:
CORDERO JON TAY Luis
Gustavo FAU 20161749126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/04/2025 10:38:04-0500



Firmado digitalmente por:
MORANTE FIGARI Jorge
Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/04/2025 09:38:45-0500



Firmado digitalmente por:
VALER PINTO Hector FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/04/2025 18:59:06-0500



Firmado digitalmente por:
VALER PINTO Hector FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/04/2025 18:59:47-0500



Firmado digitalmente por:
AZURIN LOAYZA Alfredo FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/04/2025 14:18:57-0500



Firmado digitalmente por:
PAZO NUNURA Jose Bernardo
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/04/2025 10:14:46-0500

www.congreso.gob.pe

Edificio - Hospicio Ruiz Dávila
Jr. Ancash 569 Oficina 138
311-7777 anexo 7238

EXPOSICION DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE DISPOSICIONES PARA EL ACCESO A LA COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD Y SU FINANCIAMIENTO EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

I. FUNDAMENTO TÉCNICO DE LA PROPUESTA NORMATIVA

A propósito de lo dispuesto por la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y sus modificatorias, se ha advertido un sostenido avance en la implementación de la política de Aseguramiento Universal en Salud, en especial en los últimos años¹, sin embargo, sigue siendo tarea pendiente reducir tanto las barreras de acceso al sistema de salud, así como las inequidades en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

Por otro lado, también se requiere la utilización eficiente de la oferta pública existente, sin la distinción en la atención de salud indistintamente de la IAFAS a la cual un asegurado este adscrito. En adición a ello, es necesario el funcionamiento adecuado del Primer Nivel de Atención, en relación dinámica con otros niveles de atención que permita resolver en el primero un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren de una atención inmediata indistintamente a la IAFAS adscrita.

Resulta sustancial entonces el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud brindando atención integral de salud a toda la población de una determinada área geográfica, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad, es decir en el ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud; para disminuir las brechas existentes en la oferta de servicios de salud, mejorando la capacidad de gestión institucional, adecuando la organización de los servicios a las necesidades y demandas de la población, mejorando la prestación de salud con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, reorientación de los servicios con calidad de salud, y fortaleciendo la articulación sectorial.

Ello permitirá de manera efectiva resolver los desequilibrios de protección financiera y la segmentación e inequidad del acceso a la atención de salud de salud, como un eje fundamental de la lucha contra la pobreza, conforme al espíritu de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud bajo el esquema de universalidad en el acceso que materialice la igualdad de oportunidades para toda la población, participando de un sistema de protección financiera frente al riesgo de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad (vulnerabilidad), reduciendo inequidades y corrigiendo las distorsiones existentes en el sistema de salud.

En ese sentido se hace necesario que el Primer Nivel de Atención de Salud tenga una fuente de financiamiento específica para atender a toda la población en servicios básicos de salud (promocional y preventiva). La utilización adecuada de los escasos recursos públicos que se asignan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de

¹ De manera que toda persona residente en el país o peruano con residencia en el exterior que se encuentre en el territorio nacional y no cuente con un seguro de salud sea afiliado al Seguro Integral de Salud garantizándole como mínimo el financiamiento del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) bajo determinados estándares de calidad y oportunidad por las diferentes redes prestadoras de servicios de salud.



Salud (IPRESS) para la atención de salud a la población en general debe darse en un contexto de eficiencia y efectividad en la afectación del presupuesto; el cual permitirá brindar prestaciones de salud de manera equitativa y sin discriminar las condiciones asegurables de la población en general.

Por ello, es necesario establecer las disposiciones para dicho fin a través de una norma con rango de ley. En esa línea, se requiere incorporar un artículo en la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal la cual disponga que la población residente en el ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud, así como los peruanos residentes en el exterior que se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados, acceden a los servicios de salud de las Redes Integradas de Salud, financiándose estas prestaciones a través del Seguro Integral de Salud (SIS) para la protección oportuna y adecuada de su derecho a la salud, así como otras normas que sirvan de complemento para cumplir con ese cometido.

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO

El derecho a la salud constituye una de las líneas de acción prioritaria para el Sector Salud, por lo que se deben adoptar acciones de prevención y promoción de la salud, con el objetivo de poder lograr la expansión y universalización del derecho a la salud, en especial a los grupos vulnerables en condiciones de pobreza y pobreza extrema, a fin de obtener el mejoramiento de su nivel de salud.

El problema identificado se dimensiona en los siguientes aspectos, estos factores tienen incidencia en la desigualdad existente en el sistema de salud, siendo los siguientes:

- a) El débil desempeño, funcionamiento y capacidad de gestión de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención.
- b) La falta de oferta de servicios de salud para la atención de los asegurados adscritos a una IAFAS distinta.
- c) El gasto de bolsillo de la población asegurada que realiza el pago por las atenciones de salud, a pesar de tener cobertura financiera por la IAFAS.

Marco teórico para la identificación del problema público

Para la identificación del problema público se han realizado revisiones bibliográficas los cuales contribuyen y sustentan la propuesta normativa y la de financiamiento integral en el Primer Nivel de Atención de Salud.

El compromiso con la cobertura universal de salud es el fundamento de un sistema basado en los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad a través de la Atención Primaria de Salud.

Las cuatro líneas de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud comprenden la transformación de los sistemas de salud y las recomendaciones realizadas por la Comisión de Alto Nivel (OPS) materializadas en:

1. La ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, de calidad, y centrados en las personas, las familias y las comunidades. Esto

implica la integración de los servicios y de su gestión, así como su organización en redes integradas de servicios de salud a nivel territorial, en las que la piedra angular es un primer nivel de atención con capacidad resolutoria efectiva.

2. El fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud, lo que significa que, mediante procesos de diálogo y participación social, se desarrollen políticas, planes y marcos jurídicos y regulatorios que den cuenta del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad en salud y el bienestar para todas las personas, sin dejar a nadie atrás.
3. El aumento y la mejora del financiamiento con equidad y eficiencia, y el avance hacia la eliminación del pago directo (pago de bolsillo), que constituye una barrera para acceder a la prestación de servicios. Como condiciones necesarias, ello implica avanzar en la eliminación del pago directo en el punto de servicio, aumentar el gasto público en salud a niveles de al menos 6% del producto interno bruto, y mejorar la equidad y la eficiencia en la asignación y el uso de los recursos financieros, con transparencia y rendición de cuentas.
4. El fortalecimiento de la coordinación y de la acción intersectorial para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud. Esto significa avanzar en los niveles nacionales, subnacionales y territoriales para articular las instancias sociales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, así como el desarrollo de políticas económicas y sociales que promuevan y protejan el bienestar, la salud y el desarrollo humano en el conjunto de la sociedad.

El Pacto 30•30•30 Atención Primaria de Salud para la Salud Universal propuesto por la Organización Panamericana de la Salud es un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud universal y los Objetivos del Desarrollo Sostenible en el 2030. Es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho y que universal significa **que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras².**

Es necesario transformar los sistemas de salud, con base en la Atención Primaria de Salud (APS), con una participación social real e inclusiva, particularmente de los grupos en condiciones de vulnerabilidad. Es necesario que los países de la Región avancen e impulsen los cambios en los paradigmas que hoy son insuficientes para responder a las necesidades de la población, los nuevos desafíos en salud y los avances del conocimiento y la tecnología (OPS).

Es preciso un nuevo modelo de atención centrado en las personas y en las comunidades y enfocado en la salud, no en la enfermedad. El nuevo paradigma debe incorporar servicios equitativos, inclusivos e integrales, y de calidad basados en la APS. Además, debe incidir en los determinantes de la salud con intervenciones intersectoriales explícitas basadas en el derecho inalienable a la salud para todas las personas, y debe fortalecer las capacidades en salud pública, con énfasis en las funciones esenciales de salud pública (OPS).

El Pacto 30•30•30 hace un llamado a expandir y fortalecer un primer nivel de

² Pacto 30.30.30 Atención Primaria de Salud para la Salud Universal – Organización Panamericana de la Salud OPS y la Organización Mundial de la Salud OMS, abril 2019



atención altamente resolutivo que esté completamente integrado en redes de salud bien organizadas, dedicando los recursos necesarios para ello. Las redes de salud deben contar con capacidad para la prestación de servicios integrales de calidad, incluyendo los especializados. Este esfuerzo implica cuatro vías de actuación:

- Lograr una mayor equidad acercando los servicios y los equipos interprofesionales de salud en el primer nivel de atención, lo más próximo posible a todas las personas y asegurando la oportunidad, calidad y disponibilidad de la atención, recursos e insumos de una manera sostenible para el país.
- Fortalecer las capacidades del primer nivel de atención para satisfacer las necesidades de salud individual y colectiva de la población y las comunidades, de modo que actúe como coordinador y articulador de la red de servicios ambulatorios especializados, hospitalarios y de apoyo comunitario.
- Fortalecer las capacidades de las redes de servicios para asegurar la continuidad y calidad de la atención integral.
- Incrementar el gasto público en salud hasta alcanzar al menos el 6% del producto interno bruto, e invertir al menos un 30% de estos recursos en el primer nivel de atención, dando una mayor prioridad al gasto en salud y mejorando la eficiencia en su asignación y su uso.

Tabla 1: Indicadores de gasto y barreras de acceso en salud

País	Clasificación según ingreso*	Población sin acceso**	Gasto público en salud per cápita USD PPA (2016)***	Gasto de bolsillo en salud per cápita USD PPA (2016)***	Gasto público en salud como % del PIB (2016)***	Gasto público en PNA % del Gasto público en salud (distintos años)****	Gasto de bolsillo en salud % gasto total (2016)***
Argentina	Alto	5,6%	1.140	242	5,6%	24,0%	15,8%
Barbados	Alto	6,0%	607	588	3,2%	33,0%	45,2%
Canadá	Alto	4,0%	3.465	690	7,7%	24,7%	14,6%
Chile	Alto	6,2%	1.171	696	5,0%	21,0%	34,8%
Estados Unidos	Alto	9,7%	8.078	1.094	14,0%	15,2%	11,1%
Uruguay	Alto	5,0%	1.404	340	6,5%	22,0%	17,4%
Costa Rica	Medio alto	3,2%	933	276	5,6%	22,2%	22,1%
Cuba	Medio alto	21,4%	2.202	253	10,9%	42,6%	10,3%
México	Medio alto	20,1%	507	392	2,9%	26,3%	40,4%
Jamaica	Medio alto	15,4%	324	120	3,7%	20,0%	22,4%
Bolivia	Medio bajo	66,0%	326	139	4,5%	38,1%	28,0%
El Salvador	Medio bajo	41,0%	387	163	4,5%	44,2%	27,2%

Fuente: Elaborado por OPS.
Nota: países escogidos de acuerdo a datos disponibles de gasto público en el primer nivel de atención como porcentaje del gasto público en salud.
* World Bank Country and Lending Groups. Countries classification; ** Encuesta de gastos de hogares. Última disponible para cada país; *** OMS. Base de datos del gasto en salud en el mundo; **** Tracking Healthcare Financing Resources for Primary Healthcare in LMICs. Wang, H and German P, Editors. En prensa.

Fuente: Pacto 30.30.30 Atención Primaria de Salud para la Salud Universal – Organización Panamericana de la Salud OPS y la Organización Mundial de la Salud OMS, abril 2019

1.2 ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA SITUACIÓN FÁCTICA

El débil desempeño, funcionamiento y capacidad de gestión de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención.

Respecto al "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011 – 2021", aprobado con la Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA.



Ana Zadith Zegarra Saboya

Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

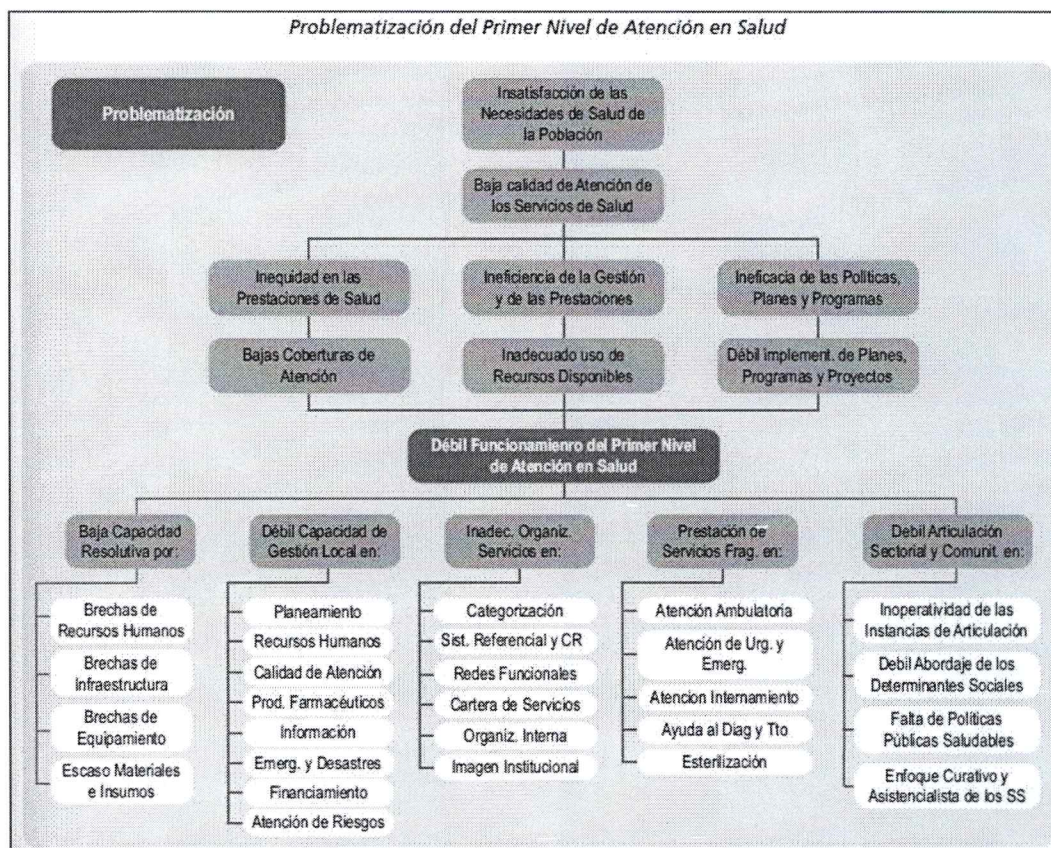
El Ministerio de Salud, ente rector del Sector Salud, viene implementando la reforma sectorial a través del Aseguramiento Universal en Salud, proceso orientado a lograr que toda la población disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación.

Con el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud, se contribuye al logro de los objetivos sanitarios, otorgando un mejor servicio de salud a la persona, familia y comunidad, de forma integral, desde un rol activo que les permita tomar decisiones frente a sus problemas y validar sus derechos.

Estos cambios estructurales en el modelo de gestión, organización y atención requieren de un sólido marco jurídico sanitario que le asegure sostenibilidad y viabilidad en el tiempo y los recursos necesarios para su implementación, por ello se plantea un financiamiento equitativo y sostenible que puede estar dado por la capitación de la Atención Primaria de la Salud que privilegie el financiamiento de las actividades de prevención y promoción teniendo como base la atención de la persona familia y comunidad.

El estudio de línea de base de medición de desempeño de establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención de Salud ha evidenciado como problema su débil funcionamiento. A través de la metodología de problematización mediante la técnica del árbol de problemas, Gráfico N° 03, **se han identificado como causas, las brechas en recursos humanos, equipamiento e infraestructura, débil capacidad de gestión local institucional, inadecuada organización de los servicios de salud, prestación de servicios fragmentados y débil articulación sectorial y comunitaria.**

Este débil funcionamiento del Primer Nivel de Atención trae como efectos bajas coberturas de atención y aumento de la exclusión, inadecuado uso de recursos disponibles, y una débil implementación de programas y proyectos en salud. Esto a su vez ocasiona la inequidad en las prestaciones, ineficiencias de la gestión e ineficacia de las políticas convergieron en la baja calidad de la atención de los servicios de salud y la insatisfacción de las necesidades de la población.



Fuente: **Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011 – 2021**, aprobada con la Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA

Finalmente se puede concluir que la problemática en el Primer Nivel de Atención es estructural, reconociendo como factores causales, el déficit de presupuesto que repercuten en las brechas de la oferta de servicios de salud, y en el no cumplimiento de los procesos claves en la gestión, organización y prestación de los servicios de salud, que redundan definitivamente en la salud de la población.

En el contexto del Aseguramiento Universal en Salud y Descentralización en Salud, es pertinente prestar mayor atención al Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud, toda vez que representa más del 90% de la Infraestructura Sanitaria del país y la puerta de entrada al sistema de salud y en donde tienen que resolverse más del 80% de las necesidades y demandas de la población³.

El Primer Nivel de Atención de Salud no está asumiendo en forma adecuada su rol de ser la puerta de entrada al sistema de salud por su débil funcionamiento y su interrelación con los otros niveles de atención, expresión que refleja las debilidades del sistema de salud peruano, lo que restringe la solución de las demandas y necesidades de la población a menos del 80%, teniendo esta última un comportamiento orientado a buscar atención principalmente cuando se siente haber perdido la salud es decir cuando se está enfermo, motivando un comportamiento similar en los servicios de salud dirigido a atender el daño, rebasando por ende su

³ "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011 – 2021", aprobada con la Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA



capacidad de atención y resolución.

b. La falta de oferta de servicios de salud para la atención de los asegurados adscritos a una IAFAS distinta.

De lo descrito anteriormente para cumplir y garantizar el Aseguramiento Universal en Salud debe fortalecerse el primer nivel de atención y aprovechar la oferta existente en cada región a nivel nacional.

Para garantizar el derecho a la salud de la población, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales actualmente ofertan a través de redes de servicios de salud 8,626 establecimientos de salud⁴, de ellos, 11 son Institutos Especializados, 174 son hospitales; 1,702 Centros de Salud y 6,739 Puestos o Postas de Salud. Estos dos últimos tipos de establecimientos (centros y puestos de salud) que representan la oferta del Primer Nivel de Atención (8,441) constituyen el 98,3% de todos los establecimientos de salud

Establecimientos de Salud por Región y Entidad Administradora a diciembre 2024

REGIÓN	GORE/LIMA METROPOLITANA					ESSALUD					SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU					SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU					SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU					SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU				
	I-1	I-2	I-3	I-4	TOTAL	I-1	I-2	I-3	I-4	TOTAL	I-1	I-2	I-3	I-4	TOTAL	I-1	I-2	I-3	I-4	TOTAL	I-1	I-2	I-3	I-4	TOTAL	I-1	I-2	I-3	I-4	TOTAL
AMAZONAS	361	46	72	2	481	6	2			8											3				3	8	1		9	
ANCASH	264	89	50	11	414	6	10	2		18						1					2				2				2	
APURIMAC	213	117	44	26	400	4	5			9											2	1			3	2			2	
AREQUIPA	25	141	82	10	258	19	3	1		23		2			2						3				3	1	5		6	
AYACUCHO	274	70	61	15	420	8	3			11											3	1			4	3	1		4	
CAJAMARCA	590	158	112	13	873	1	7	5		13											1	2			3	2			2	
CALLAO	45	3	7		55	2	2			4		1			1	1	8		1	10	3	1			4	3			3	
CUSCO	133	138	52	36	359	2	7	6	2	17											4	1			5	1	7	1	10	
HUANCAYELICA	277	69	53	11	410	6	3			9											2				2		1		1	
HUANUCO	159	113	59	5	336	5	4			9											1	1			2	1	3		4	
ICA	19	79	45	1	144	3	7	1		11		1			1					1	3				4	1			1	
JUNIN	290	144	74	11	519	8	6	2		16	1				1						5	1			6	8	1		9	
LA LIBERTAD	56	167	68	19	310	13	7	8		28										1				1	2	2		1	3	
LAMBAYEQUE	52	93	40	4	189	6	8			14			1		1									1	1		1		2	
LIMA	140	283	280	45	748	6	26	2		34	1	6		1	8	2		2		4	5	11			16	14	9	5	1	29
LORETO	348	53	63	14	478	2	6			8			1		1	3		1		5				1	1	1	15		1	17
MADRE DE DIOS	56	25	7	1	89	3				3	1				1					1					1	1			1	
MOQUEGUA	23	21	20		64	3	1			4											2				2	2			2	
PASCO	172	58	16	9	257	6	5			11											1				1	1			1	
PIURA	188	144	73	28	433	10	5	2		17		2			2	1				1	1	1			3	8	3	1	12	
PUNO	217	134	105	19	475	4	16			20						1				1					2		8	1	9	
SAN MARTÍN	279	33	52	15	379	9	1	2		12	2				2						2	2			4		4		4	
TACNA	16	43	15	3	77	6	2			8	1				1										1	6	1		7	
TUMBES	16	12	13	4	45	3				3						1				1					1	4		1	6	
UCAYALI	155	44	24	5	228	2	3			5	1				1	1									1	1	3		4	
Total	4323	2319	1485	314	8441	3	154	136	22	315	1	12	7	2	22	5	19	2	2	28	2	37	37	1	77	25	103	16	6	150

Fuente: Pagina Institucional de SUSALUD – enero 2025

Elaboración Propia

El cuadro anterior evidencia que el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales actualmente ofertan a través de redes de servicios de salud con 8,626 establecimientos de salud, de los cuales la oferta del Primer Nivel de Atención es de 8,441 establecimientos que constituyen el 98,3% de todos los establecimientos a nivel nacional.

Por otro lado, los asegurados de las fuerzas armadas, así como los de ESSALUD, no cuenta con establecimiento del primer nivel de atención en algunas regiones, siendo los de las fuerzas armadas los mas perjudicados por la falta de oferta ya que ante un siniestro de salud tienen que acudir a un establecimiento de salud del MINSA, y pagar por la prestación de salud que recibe. Lo mismo sucede con los asegurados a la Policía Nacional.

Considerando que esta población se moviliza por cuestiones de trabajo por todo el territorio nacional, sin embargo, no cuenta con las mismas condiciones que los

⁴ Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo



asegurados al SIS que todas las prestaciones son subsidiadas, por el contrario, el policía o el integrante de las FF.AA. tienen que realizar gastos de bolsillo para ser atendidos.

De lo descrito en los párrafos anteriores ante esta situación, la Ley 29344 Ley Marco de Aseguramiento universal no se estaría cumpliendo ya que uno de los principios establece la equidad en las atenciones de salud a todo residente en el territorio nacional. Por lo tanto, se hace necesario establecer que se cumpla con la universalidad de la salud en donde todo residente en el territorio nacional, independientemente a la IAFAS que este adscrita tenga el derecho y la protección financiera para la atención de salud a nivel nacional y de esta manera utilizar de mejor manera la capacidad instalada de la infraestructura y oferta de salud.

c. Los gastos de bolsillo de la población asegurada que realizan el pago por las atenciones de salud, a pesar de tener cobertura financiera por la IAFAS.

¿Qué es gasto de bolsillo?

El gasto de bolsillo - GDB es el gasto que el beneficiario realiza en el momento de la atención y, en general, en el punto de acceso. Incluye los copagos de los seguros, los pagos no oficiales a los proveedores (regalos y pagos "bajo la mesa") y los pagos de hogares netos de reembolsos.

Algunos ejemplos de este tipo de pago son las compras de medicamentos y otros bienes con minoristas, los copagos en servicios de salud en seguros (públicos y privados) y los copagos en servicios ofrecidos por el gobierno y otras entidades públicas y privadas⁵.

¿Qué no es gasto de bolsillo?

Los gastos de prepago, es decir, aquellos realizados previo a la necesidad de atención, como son las contribuciones a la seguridad social, las primas del seguro médico privado y otras formas similares no forman parte del GDB.

El gasto de transporte hacia un establecimiento de salud es uno de los principales motivos de gasto de hogares, pero, dada la complejidad de su medición estandarizada, por acuerdo internacional solo se incluye cuando se realiza por recomendación médica o como parte de un tratamiento; por ejemplo, en el traslado de un paciente entre unidades médicas. Estos gastos pueden representar un monto importante para los hogares, que también tiene gastos de transporte de pacientes en otras condiciones. Por otra parte, esta información puede estar disponible, por ejemplo, en las encuestas de hogares, por lo que se sugiere su medición e inclusión por separado ("bajo la línea")⁶.

Importancia de medir el gasto de bolsillo

El GDB es, en la práctica, una fuente de recursos; sin embargo, es la menos deseada por su efecto negativo en el acceso a los servicios de salud y la equidad, así como también por motivos de eficiencia en el gasto en salud. Su monto y contenido reflejan, sobre todo, la ausencia de cobertura de aseguramiento o protección financiera con respecto a un conjunto de bienes y servicios de salud para determinados grupos de la población. Su análisis, por tanto, permite identificar la necesidad de adoptar intervenciones de política específicas para proteger a los hogares del riesgo financiero

⁵ Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la Salud Universal OPS/HSS/HS/23-0009 © Organización Panamericana de la Salud, 2023

⁶ Ídem



por utilizar servicios de salud⁷.

También se da el caso de que algunos procedimientos de alto costo (p. ej., ciertas cirugías, medicamentos y dispositivos médicos) y el tratamiento de algunas enfermedades crónicas implican un mayor GDB y aumentan el riesgo financiero. La evidencia muestra que el umbral de GDB que minimiza el riesgo financiero de que los hogares incurran en gasto catastrófico o empobrecedor es de 20% del gasto corriente total en salud (1). Es decir, los países en los que más de 20% del gasto corriente en salud es financiado mediante GDB suelen mostrar peores indicadores de protección financiera de los hogares.

Los sistemas de cobertura amplia, como los de gobierno, contribuyen a reducir el riesgo financiero de los hogares. Los sistemas de prepago también protegen a los hogares que consumen los servicios de salud del riesgo financiero y facilitan la planificación del sistema de atención.

Un enfoque integrador implica analizar las fuentes de datos, sus discrepancias, fortalezas y debilidades, e integrar un monto de gasto. Es importante también analizar la información de acuerdo con los componentes de mayor consumo de los hogares (p. ej., triangular) o complementar el resultado de la encuesta de hogares con los niveles de provisión (como los medicamentos y pagos hospitalarios, entre otros)⁸.

Perspectiva de la Protección Financiera

La protección financiera es un componente clave de la salud universal. Según este concepto, todas las personas reciben los servicios de salud que necesitan y están protegidas de las dificultades financieras potenciales resultantes de utilizar dichos servicios. En este sentido, el hecho de que el GDB o el pago directo constituyan un requisito para recibir atención o productos de salud necesarios muchas veces configura una barrera de acceso a la atención. Sin embargo, incluso para quienes puedan sortear dicha barrera, esos gastos podrían afectar de manera negativa el nivel de bienestar de sus hogares o el consumo de otros bienes y servicios. Por ejemplo, las personas podrían encontrarse ante la disyuntiva de utilizar los servicios de salud o consumir otros bienes o servicios.

Para monitorear estas consecuencias potenciales no deseadas es que se hace uso de dos familias de indicadores que refieren a dos tipos de situaciones. En primer lugar, puede ser que el gasto de bolsillo en salud represente una proporción muy alta del ingreso o consumo total de un hogar en determinado período. A la familia de indicadores que miden la incidencia de esa situación en los hogares se los conoce como indicadores de "gasto de bolsillo catastrófico en salud". En segundo lugar, puede darse la situación en que el GDB en salud de un hogar represente la diferencia entre situarse por encima o por debajo de la línea de pobreza. A esta segunda familia de indicadores se los conoce como de "gasto de bolsillo empobrecedor en salud". En general, para los indicadores de gasto catastrófico en salud, suelen utilizarse 10% y 25% del consumo mensualizado total de los hogares como umbrales de referencia para considerar que un hogar incurre en gasto catastrófico⁹.

Los problemas que se deben solucionar referentes al Gasto de Bolsillo

Al informar el diseño de políticas, el problema más importante en el traslado de los resultados es carecer de encuestas de hogares con la frecuencia deseada (máximo cada 3 o 4 años) en la mayoría de los países. También se observa una ausencia de registros administrativos que capturen los pagos de los hogares en todo el sistema de salud, tanto con proveedores públicos como privados. Dada la falta de registros

⁷ Ídem

⁸ Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la Salud Universal OPS/HSS/HS/23-0009 © Organización Panamericana de la Salud, 2023

⁹ Ídem



adecuados en las encuestas, el monto puede estar subvaluado, por no incluir pagos bajo la mesa, o sobrevaluado, por carecer de registros de reembolsos realizados en otro período¹⁰.

El gasto de bolsillo (GDB) es una de las categorías más importantes del gasto en salud, porque refleja la carga de los hogares con mayor riesgo financiero. Es, además, la principal fuente de inequidad en el acceso a los servicios de salud y la forma más ineficiente de financiar los sistemas de salud. Al mismo tiempo, pese a su relevancia, constituye una de las categorías más difíciles de medir por la insuficiente cobertura y estandarización de los registros existentes en los diferentes países.

El GDB es, en la práctica, una fuente de recursos; aunque es la menos deseada por su efecto negativo en el acceso a los servicios de salud y la equidad, así como también por motivos de eficiencia en el gasto en salud. Su monto y contenido reflejan, sobre todo, la ausencia de cobertura de aseguramiento o protección financiera con respecto a un conjunto de bienes y servicios de salud para determinados grupos de la población. Medir y analizar el GDB, por tanto, permite identificar la necesidad de adoptar intervenciones de política específicas para proteger a los hogares del riesgo financiero por tener que utilizar servicios de salud.

El reto es entender el objetivo de la medición, extraer el máximo beneficio de los datos existentes, y progresivamente mejorar el reporte del GDB. En este documento se busca contribuir con un paso más en esta dirección¹¹.

El gasto de bolsillo aumentó en todos los departamentos entre 2019 y 2023

El gasto de bolsillo anual per cápita aumentó de S/ 344 a S/ 444 a nivel nacional. Los departamentos donde más se incrementó fueron Amazonas, Lambayeque e Ica. Por la ineficiencia del Sistema Nacional de Salud, en los últimos cuatro años, el desembolso total de las familias para atenciones y compra de medicamentos en otros establecimientos sumó S/ 63,844 millones, según estimaciones de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)¹².

El gasto de bolsillo per cápita ascendió a S/ 444 anuales durante 2023, según estimaciones de la ENAH. En promedio, cada persona destinó S/ 275 anuales para las atenciones médicas por la falta de una cobertura efectiva de los seguros de salud, donde se reportó la mayoría del incremento respecto con 2019. Y gastó S/ 169 en la compra de medicamentos. El incremento se explica por el colapso del Sistema Nacional de Salud durante la pandemia, del cual todavía no termina de recuperarse. En todos los departamentos aumentó el gasto promedio anual por persona para adquirir medicamentos y atenciones de salud. El mayor incremento se registró en Amazonas, donde ascendió a S/ 413 (+S/ 189 respecto de 2019). Le siguen Lambayeque, con S/ 556 (+S/ 155); Ica, con S/ 504 (+S/ 146); Lima, con S/ 588 (+S/ 135); y Pasco, con S/ 259 (+S/ 126)¹³.

Así, ante la necesidad de un avance contundente y consecuente con la implementación de la política de Aseguramiento Universal en Salud que comprenda a toda la población residente a nivel nacional y a los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en el territorio nacional, sin distinción de la IAFAS pública a la cual se encuentre afiliada la persona, se aprueba la fórmula legal que faculta a brindar cobertura a todo el universo de población indicado, para su atención en las IPRESS del MINSA y GORE en el ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, 2023 "Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la Salud Universal"

¹¹ Ídem

¹² Comex Perú / Publicado en Septiembre 20, 2024 / Semanario 1226 - Actualidad

¹³ Ídem



1.3 CONTENIDO DE LA PROPUESTA NORMATIVA

La norma consta de siete artículos y dos Disposiciones Complementarias Finales.

El artículo 1 establece el objeto de la ley que es establecer disposiciones para el acceso a la cobertura universal de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud para toda la población residente en el ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional, así como para los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en el territorio nacional, con financiamiento a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

El artículo 2 indica la finalidad de la ley que es contribuir al acceso a la cobertura universal de los servicios de salud oportunos, eficaces y de calidad para la población residente en el territorio nacional, así como para los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados.

El artículo 3 establece el ámbito de aplicación que alcanza a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, las Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas del ámbito de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana, de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA) de los Gobiernos Regionales o las que hagan sus veces y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas.

El artículo 4 incorpora el artículo 3-A a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, según el texto siguiente:

Artículo 3-A. Del acceso a la cobertura universal de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud

La población residente en el territorio nacional, así como los peruanos residentes en el exterior que se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados, acceden a los servicios de salud de las Redes Integradas de Salud, financiándose estas prestaciones a través del Seguro Integral de Salud (SIS) para la protección oportuna y adecuada de su derecho a la salud."

Es así que se modifica la norma con rango legal disponiendo el acceso a los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud para la población sin distinción de la IAFAS a la cual se encuentre afiliada. Ello constituye un paso decidido y sin precedentes para avanzar y afianzar el Aseguramiento Universal en Salud en el país. Hace efectivo el derecho que tiene toda persona a la protección de su salud conforme al mandato constitucional, pues tendrá la opción de ser atendida en una IPRESS del MINSA o del Gobierno Regional del ámbito territorial donde se encuentre aunque no esté afiliada la IAFAS SIS sino a otra IAFAS pública.

El artículo 5 regula la cobertura que otorga el Seguro Integral de Salud. Se autoriza a financiar la cobertura de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas del ámbito de las Redes Integradas de Salud en las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana (DIRIS), en las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA) de los Gobiernos Regionales o



Ana Zadith Zegarra Saboya

Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

las que hagan sus veces, para toda persona residente en el territorio nacional o peruano residente en el exterior que se encuentre en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud con el que cuente.

El artículo 6 está referido a la acreditación, supervisión y fiscalización de las prestaciones de salud a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Al respecto se dispone que SUSALUD, en el marco de sus competencias, facilita la acreditación de las personas que acceden a los servicios de salud para las prestaciones de salud; así mismo, supervisa y fiscaliza el cumplimiento de las obligaciones aplicables a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) conforme a la ley.

Se faculta a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) a establecer las infracciones y sanciones relacionadas al incumplimiento de lo dispuesto en la ley.

A su vez el artículo 7 dispone que el financiamiento de lo dispuesto en la ley se sujeta a la disponibilidad de recursos del Seguro Integral de Salud (SIS), entidad que realiza las gestiones con dicho fin. En esa línea propugna la mejora del financiamiento con equidad y eficiencia, y el avance hacia la eliminación del pago directo (pago de bolsillo), que constituye una barrera para acceder a la prestación de servicios.

Por otra parte, como consecuencia de la incorporación del Artículo 3A a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se hizo necesario incluir la Primera Disposición Complementaria Final dispone que el Poder Ejecutivo en un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, adecúa de acuerdo a la modificación dispuesta en la presente ley, el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento de Seguro Integral de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú aprobado por Decreto Supremo N° 002-2015-IN, en lo que corresponda.

En tanto que, en esa misma línea dada la disposición que faculta a la Superintendencia Nacional de Salud a establecer a establecer las infracciones y sanciones relacionadas al incumplimiento de lo dispuesto en la ley, resultó pertinente incluir la Segunda Disposición Complementaria Final ordena que el Poder Ejecutivo en un plazo no mayor de sesenta (60) días hábiles contados desde la entrada en vigencia de la presente ley, adecúa el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA, a las disposiciones establecidas en la ley.

Marco jurídico y justificación

Para la formulación de la Ley, en adición a la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y el Decreto Supremo N° 008-2010-SA que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se han considerado las siguientes normas:

- a. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de organización y funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.



Ana Zarith Zegarra Saboya

Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

- b. Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- c. Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- d. Decreto de Urgencia N° 046-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19.
- e. Decreto de Urgencia N° 078-2021, Decreto de urgencia que modifica el Decreto de Urgencia 046-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19
- f. Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- g. Decreto Supremo N° 006-2020-SA Mecanismos para el pago de las prestaciones convenidas o contratadas.
- h. Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA, que aprueba las Directivas Administrativas N° 308-MINSA/2021/DGAIN, N° 309-MINSA/2021/DGAIN, N° 310-MINSA/2021/DGAIN, N° 311-MINSA-MINSA/2021/DGAIN, y N° 312-MINSA/2021/DGAIN, la metodología de los mecanismos de pago del Seguro Integral de Salud.
- i. Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021".

Se justifica la aprobación de la norma en tanto contribuye a reducir las barreras de acceso al sistema de salud, así como las inequidades en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud que resulta fundamental, a su vez, para la eficiencia en los siguientes niveles de atención y consecuentemente para todo el sistema de salud.

En ese sentido el Ministerio de Salud ha venido promoviendo la aplicación de la política de aseguramiento universal en salud a través de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que establece la obligatoriedad que toda persona del país este afiliada a un tipo de seguro (contributivo o no contributivo). Asimismo, se establece la obligatoriedad de todas las instituciones aseguradoras IAFAS (públicas o privadas) de financiar como mínimo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y que éstas sean provistas bajo determinados estándares de calidad y oportunidad por las diferentes redes prestadoras de servicios de salud.

Por otro lado, la utilización eficiente de la oferta pública existente en la atención de salud indistintamente de la IAFAS a la cual un asegurado este afiliado. Asimismo, contribuir al funcionamiento adecuado del Primer Nivel de Atención orientado a la promoción y prevención y no únicamente a la curación para resolver un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren de una atención inmediata independientemente de la IAFAS que sea la aseguradora.



1.4 ANÁLISIS SOBRE LA NECESIDAD, VIABILIDAD Y OPORTUNIDAD

La persistencia de los desequilibrios de protección financiera y la segmentación e inequidad del acceso a la atención de salud desde la aprobación de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, sin perjuicio de los avances en la misma materia que han ido mejorando el derecho de los usuarios de salud en el aspecto poblacional y de los planes de salud, evidencian la necesidad de reducir la brecha existente hasta la actualidad en cuanto al acceso a los servicios de salud a través de un mandato legal que sin mayor dilación y en el marco del aseguramiento universal en salud permita a los afiliados a cualquier IAFAS pública recibir atención de salud de requerirlo en las IPRESS del ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional, ampliando la oferta para la población en el Primer Nivel de Atención de Salud.

La norma es viable ya que, a través de una Ley propuesta a iniciativa del Poder Ejecutivo, que cuenta con iniciativa legislativa y siguiendo el proceso establecido para dicho fin, se ha modificado la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, en concordancia con el marco constitucional que reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud.

Cabe agregar que la norma consiste en una modificatoria de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud al incorporar en ella el artículo 3A que autoriza el acceso de toda persona residente en el ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud y de los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en el territorio nacional, a los servicios de salud que brindan las IPRESS del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales a través de las RIS.

Es oportuna la aprobación de la Ley ya que permitirá el acceso a los servicios de salud sin gasto de bolsillo para la población en el país, con lo cual se contribuye a reducir la inequidad y brinda la posibilidad del acceso a los servicios de salud independientemente de la IAFAS pública a la que se encuentre afiliada la persona, lo cual coadyuva a la ampliación de la oferta de servicios de salud en beneficio de los usuarios de salud.

1.5 NUEVO ESTADO QUE GENERA LA PROPUESTA

La presente norma no contraviene el marco normativo vigente pero sí modifica la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud toda vez que incorpora el artículo 3A, el cual dispone que la población residente en el territorio nacional, así como los peruanos residentes en el exterior que se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados, acceden a los servicios de salud de las Redes Integradas de Salud, financiándose estas prestaciones a través del Seguro Integral de Salud (SIS) para la protección oportuna y adecuada de su derecho a la salud.

Asimismo, a consecuencia de la incorporación de este artículo en la Ley N° 29344 serán necesarias las adecuaciones correspondientes en su propio reglamento y en el de las normas indicadas en la Primera Disposición



Complementaria Final de la ley modificatoria.

1.6 OBJETIVO RELACIONADO CON EL PROBLEMA PÚBLICO

La ley tiene como objetivo un avance efectivo en la implementación de la política de Aseguramiento Universal en Salud permitiendo el acceso a los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de Salud que brindan las IPRESS del ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional a toda persona residente o peruano residente en el exterior que se encuentre en el territorio nacional, con financiamiento del SIS aunque se encuentre afiliada a una IAFAS pública distinta.

De esta manera se amplía la oferta de servicios de salud y se brinda igualdad de oportunidades para la atención de salud en el territorio nacional reconociendo el mismo derecho a la protección de su salud para todo afiliado a una IAFAS pública, evitando el gasto de bolsillo.

II. ANÁLISIS DE IMPACTOS CUANTITATIVOS Y/O CUALITATIVOS DE LA NORMA

2.1 Análisis de impactos cuantitativos

Con relación a la cuantificación de costos, el financiamiento de lo dispuesto en la ley se sujeta a la disponibilidad de recursos del Seguro Integral de Salud, entidad que de requerirlo realizará las gestiones para dicho fin.

Asimismo, la ley beneficiará a los afiliados de las IAFAS Públicas que, a agosto del año 2024, alcanzaban los 36'258,049, es decir el 97.1% del total de afiliados a nivel nacional (Fuente: Boletín de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud emitido por la Superintendencia Nacional de Salud al 12.08.2024), quienes podrán acceder a la atención de salud en las IPRESS del ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional.

2.2 Análisis de impactos cualitativos

La norma beneficiará a toda la población residente en el ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional, así como a los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentre en el territorio nacional, para lo cual deberá garantizarse el financiamiento y que en el tiempo sea sostenible

A continuación, en consonancia con los principios que sustenta la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se describen algunos de los beneficios más importantes que permitirá la normativa propuesta:

Universalidad: Toda persona tendrá derecho a acceder a las prestaciones de salud en el primer nivel de atención sin discriminación indistintamente a la IAFAS que este adscrita.

Equidad: Se priorizará la asignación de recursos a las poblaciones vulnerables y desfavorecidas incluyendo a la población que por motivos de trabajo residen en un lugar determinado.

Sostenibilidad: El financiamiento deberá ser sostenible en el tiempo, para

garantizar la disponibilidad continua de recursos.

Eficiencia: Se optimizará el uso de los recursos (capacidad instalada) para maximizar los beneficios en salud a toda la población residente de un lugar determinado.

Mejora en la Calidad de los Servicios de Salud: Inversión eficiente en servicios esenciales, la propuesta de normativa obliga a que los recursos se destinen prioritariamente a los servicios que la población necesite, lo cual resulta en una mejora de la calidad y disponibilidad de estos servicios.

Optimización de la Asignación de Recursos: A través del uso eficiente del presupuesto: La normativa permitirá una distribución más racional y precisa de los recursos financieros, evitando la utilización deficiente y maximizando el impacto positivo de los fondos en los servicios de salud.

Reducción de costos administrativos innecesarios: Al establecer límites o controles sobre el gasto administrativo, se puede reducir la burocracia y garantizar que una mayor proporción del presupuesto se destine directamente a las prestaciones de salud.

Reducción de las Desigualdades en Salud: Mejor distribución de los recursos, al identificar necesidades específicas, la normativa puede ayudar a reducir desigualdades en el acceso a la atención de salud, priorizando la cobertura de regiones o poblaciones con altos niveles de vulnerabilidad.

Equidad en la atención de salud: La asignación de fondos de acuerdo con priorización de atenciones, considerando las poblaciones vulnerables y asegurar que las prestaciones cubran adecuadamente a quienes más lo necesitan

III. ANÁLISIS DE IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del Reglamento de la Ley Marco para la producción y sistematización legislativa, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2022-JUS, el análisis de impacto de la vigencia de la norma en la legislación nacional tiene por finalidad precisar de manera detallada si se trata de innovar supliendo vacíos en el ordenamiento jurídico o si más bien se trata de una propuesta que modifica, deroga o complementa normas vigentes.

En ese sentido, se señala que la presente norma modifica la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud incorporando a dicho cuerpo legal el artículo 3A.

El mismo dispone que la población residente en el territorio nacional, así como los peruanos residentes en el exterior que se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados, acceden a los servicios de salud de las Redes Integradas de Salud, financiándose estas prestaciones a través del Seguro Integral de Salud (SIS) para la protección oportuna y adecuada de su derecho a la salud.

Sobre la constitucionalidad de la propuesta normativa

i) Análisis formal de constitucionalidad

Formalmente, el proyecto de Ley cumple con ser presentado por quien tiene legitimidad para hacerlo. En el ámbito constitucional, se dispone en el artículo 107 que "El Presidente de la República y los Congresistas tienen derecho a iniciativa en la formación de leyes. También tienen el mismo derecho en las materias que les son propias los otros poderes del Estado, las instituciones públicas autónomas, los Gobiernos Regionales, los Gobiernos Locales y los colegios profesionales.



Asimismo, lo tienen los ciudadanos que ejercen el derecho de iniciativa conforme a ley."

ii) Análisis material de constitucionalidad

En el ámbito material, el proyecto de Ley se emite en el marco de las competencias del Poder Ejecutivo del cual el Ministerio de Salud forma parte.

Al respecto, debemos señalar que la Constitución Política del Perú reconoce el derecho a la salud al establecer en su artículo 7 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. Inclusive hace énfasis en el caso de la persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental, la cual tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Es entonces el derecho constitucional a la salud el cual se tutela y a cuya protección están orientadas las disposiciones contenidas en el Decreto Supremo que se motiva. También la doctrina y la jurisprudencia señalan al respecto que:

"La salud es un derecho inherente al ser humano. Es un derecho constitucional y un derecho humano. La persona goza del derecho a la salud por su sola condición de ser humano. Si hay un derecho esencial para la supervivencia ese es el derecho a la salud.

(...)

*El derecho a la salud goza de un contenido principista de profundo alcance. El reconocimiento constitucional y legal exige medidas efectivas y progresivas de cada país para garantizar su protección. En otras palabras, este derecho no puede quedarse en el reconocimiento constitucional o en alguna ley en general, sino debe contar con regulación sectorial."*¹⁴

Asimismo, el artículo 9 de la Constitución Política del Perú, establece que el Estado determina la política nacional de salud, además de corresponder al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud. Aporta más luces a lo expuesto el pronunciamiento del Tribunal Constitucional que señala:

"13. Así las cosas, el derecho a la salud se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado. Implica, por consiguiente, el deber de que nadie, ni el Estado ni un particular, lo afecte o menoscabe. Hay, desde tal perspectiva, la proyección de la salud como un típico derecho reaccional o de abstención, de incidir en su esfera. Pero también, como en la mayoría de derechos constitucionales, el de la salud presenta una dimensión positiva que lo configura como un típico derecho "prestacional", vale decir, un derecho cuya satisfacción requiere acciones prestacionales. Esta dimensión del derecho se manifiesta con especial énfasis en el artículo 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

14. Si bien el derecho a la salud no está contenido en el capítulo de derechos fundamentales, su inescindible conexión con el derecho a la vida (art. 2°), a la integridad (art. 2°) y el principio de dignidad (art. 1° y 3°), lo configuran como un derecho fundamental indiscutible, pues, constituye "condición indispensable del

¹⁴ García Ascencios, F. (2020). La protección del Derecho a la Salud: el caso peruano. *Revista Derecho y Salud. Universidad Blas Pascal*, 4(5), 79-93. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)18](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)18).



Ana Zadith Zegarra Saboya

Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo" (art. I, Título Preliminar de la Ley N.º 26842, General de Salud). Por ello, deviene en condición necesaria del propio ejercicio del derecho a la vida y, en particular, a la vida digna. De otra parte, siempre que el derecho a la integridad resulte lesionado o amenazado, lo estará también el derecho a la salud, en alguna medida. Sin embargo, son también posibles supuestos en que se afecte de manera directa y grave el mínimo vital necesario para el desempeño físico y social en condiciones normales. La salud resulta un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que incide en mayor o menor medida en la vida del individuo, dependiendo de sus condiciones de adaptación. Teniendo como base esta apreciación gradual de la salud, la protección del derecho a la salud importa la tutela de un mínimo vital, fuera del cual el deterioro orgánico impide una vida normal o un grave deterioro de ésta".¹⁵

Además, la protección del derecho a la salud, como derecho fundamental de la persona humana, que está directamente vinculado al derecho a la vida, es también una responsabilidad que compete al Estado que debe velar para que la población en el marco del aseguramiento universal en salud como política sectorial reciba las correspondientes prestaciones de salud con calidad y oportunidad. Al respecto, resulta esencial en primer término que la población tenga la posibilidad de acceder a dichos servicios de salud.

A ello coadyuva la ley que, a través de la incorporación del Artículo 3A a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud permitirá a la población residente en el territorio nacional, así como los peruanos residentes en el exterior que se encuentren en el territorio nacional, independientemente del seguro de salud al que se encuentren afiliados, a acceder a los servicios de salud de las Redes Integradas de Salud, contando con el financiamiento de estas prestaciones a través del Seguro Integral de Salud (SIS) para la protección oportuna y adecuada de su derecho a la salud.

Por ello la norma resulta el medio idóneo, necesario y efectivo para cautelar el derecho fundamental a la salud que tiene toda persona, de manera que pueda recibir atenciones de salud adecuadas y oportunas en las IPRESS del ámbito territorial de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional sin que obste la IAFAS pública a la cual se encuentre afiliada.

¹⁵ Tribunal Constitucional (2002). Expediente N° 1429-2002-HC7TC, fundamentos 12, 13 y 14. Disponible en: <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2003/01429-2002-HC.html>



IV. OTRAS FUENTES DE ANÁLISIS

Para la elaboración de las disposiciones de la ley se ha revisado, consultado y considerado las siguientes fuentes adicionales:

- El Pacto 30.30.30 Atención Primaria de Salud para la Salud Universal – Organización Panamericana de la Salud OPS y la Organización Mundial de la Salud OMS, abril 2019
- Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la Salud Universal OPS/HSS/HS/23-0009 © Organización Panamericana de la Salud, 2023
- Comex Perú / Publicado en Septiembre 20, 2024 / Semanario 1226 - Actualidad
- Gasto de bolsillo en salud y medicamentos periodo 2012 – 2019 – Año 1, Edición 1 – Marzo 2021; Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID.
- Financiamiento de la Atención Primaria de la Salud – The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care
- Perú: Población 2024 – CPI Research Market Report Agosto 2024 Edición N° 005
- Portal de Transparencia Económica – Ministerio de Economía y Finanzas.

V. LA INICIATIVA LEGISLATIVA Y EL ACUERDO NACIONAL

El proyecto de ley concuerda con el Segundo Objetivo del Acuerdo Nacional, sobre Desarrollo con Equidad y Justicia Social, específicamente con la Política de Estado N° 13, Política de Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social: Por la cual se **asume el compromiso de 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.** Asimismo, también se asumió el compromiso 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



Ana Zadith Zegarra Saboya
Congresista de la República

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

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; (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; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social.