



CONGRESISTA JORGE ALBERTO MORANTE FIGARI

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

PROYECTO DE LEY DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

El grupo parlamentario Somos Perú, a iniciativa del congresista de la República Jorge Alberto Morante Figari, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, y de conformidad con los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente proyecto de Ley.

FÓRMULA LEGAL

**El Congreso de la República
Ha dado la Ley siguiente:**

LEY DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Artículo 1. Objeto

La presente Ley tiene por objetivo establecer mecanismos normativos y operativos para garantizar el financiamiento suficiente, oportuno y eficiente del Seguro Integral de Salud, mediante la asignación de un rubro fuente de financiamiento y genérica de gasto exclusiva, con el fin de garantizar la cobertura integral de salud a la población, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 2. Finalidad

La presente Ley tiene como finalidad fortalecer la sostenibilidad del SIS, así como optimizar y fortalecer la gestión de los recursos que constituyen los fondos de aseguramiento y garantizar la cobertura de la población con calidad, oportunidad, equidad, eficiencia y aceptabilidad a través del SIS en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

La presente Ley es aplicable al Seguro Integral de Salud - SIS, en los aspectos que le corresponda. Asimismo, es aplicable a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), Unidad de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), Gobiernos Regionales y otras entidades, conforme a la normativa vigente, con las que el SIS haya suscrito convenios o contratos para el financiamiento de las prestaciones de salud y económicas y/o administrativas brindadas a sus asegurados; y a todas las entidades públicas, vinculadas al proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 4. Financiamiento mediante la asignación de un rubro, fuente de financiamiento y genérica de gasto **exclusivas a cargo del Seguro Integral de Salud**

4.1. El Seguro Integral de Salud (SIS) es el único financiador público de las prestaciones de salud y prestaciones económicas a su cargo a través del rubro presupuestal 'SIS', mediante la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias. La ejecución del gasto por parte de los prestadores se realiza mediante las categorías de gasto 2.3 Bienes y Servicios y 2.6 Adquisición de Activos No Financieros, conforme a la normativa vigente. Quedan exceptuados de este único financiamiento público los

costos asociados a recursos humanos, infraestructura, y equipamiento de activos estratégicos, los cuales continúan siendo financiados por el Ministerio de Salud (MINSA), los Gobiernos Regionales o la entidad que corresponda, en el marco de sus competencias.

- 4.2. El SIS administra los fondos de aseguramiento con un enfoque de eficiencia, transparencia y rendición de cuentas, priorizando el aseguramiento integral de la población.

Artículo 5. Financiamiento de los programas presupuestales a cargo del SIS

- 5.1 El SIS financia las intervenciones de salud individual y colectiva comprendidas en los programas presupuestales vinculados a la salud, mediante los convenios suscritos con las entidades responsables de la ejecución.
- 5.2 El MINSA es la instancia que conduce los programas presupuestales, en el marco de sus funciones rectoras. Los responsables de los programas presupuestales designados por las unidades ejecutoras, según corresponda, continúan teniendo a cargo la gestión operativa del programa presupuestal, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 5.3 El SIS adecuará su estructura organizacional, funciones y sistemas de información para garantizar la trazabilidad de los recursos, el seguimiento de productos, y el cumplimiento de resultados.

Artículo 6.- Reconocimiento al personal de salud por atención integral de los asegurados SIS

El SIS, en coordinación con el MINSA y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), podrá incluir en sus convenios un componente económico no remunerativo, no pensionable y no bonificable, destinado al reconocimiento del personal de salud. Dicho componente es generado por la eficiencia en el uso de recursos que resulte de la aplicación de mecanismos de pago en red, y condicionado al cumplimiento de indicadores de oportunidad y gratuidad de la atención por la red de establecimientos establecida en los convenios de financiamiento. No se bonifica la producción del número de servicios.

Artículo 7.- Costo de las Prestaciones de Salud financiadas por el Seguro Integral de Salud

- 7.1 El Seguro Integral de Salud propone al MINSA la implementación de un Sistema Nacional Muestral de Costos del MINSA, a fin de determinar el costo medio anual por asegurado, nacional y por regiones administrativas, y que tendrá las siguientes características:
- 7.1.1 Muestral, por cuanto señala y selecciona un número de establecimientos de salud del MINSA/GORES/UGIPRESS/IPRESS que levanta información para estimar costos nacionales y regionales de las prestaciones financiadas por el SIS.
- 7.1.2 Continuo: el levantamiento de información para estimar costos es un proceso continuo y permanente.
- 7.1.3 Financiado: el SIS incluyen en sus convenios de financiamiento los recursos financieros necesarios para garantizar que los establecimientos señalados registren información válida y confiable sobre los costos totales incurridos durante las prestaciones financiadas.
- 7.1.4 Sistemático: los procesos del sistema son formalizados mediante manuales de costeo autorizados mediante resolución ministerial.

- 7.1.5 Auditable: los costos obtenidos deben ser auditados, concurrente y permanentemente, por el MINSA y SIS, y por auditores externos.
- 7.1.6 De reporte oportuno: el sistema ofrece información con periodicidad anual, con oportunidad tal que permita incluir sus resultados en la ley de presupuesto público correspondiente, con excepción del primer año, en el que brindará información preliminar trimestral para permitir la estimación y el reajuste, de ser necesario, del financiamiento requerido por el SIS.

Artículo 8. Financiamiento

- 8.1 La implementación de las disposiciones contenidas en la presente Ley se financia con cargo al Presupuesto General de la República, dentro de los límites fiscales del Marco Macroeconómico Multianual y las normas de responsabilidad fiscal.
- 8.2 Autorícese al Ministerio de Economía y Finanzas a realizar transferencias de fondos en el Presupuesto del Sector Público para financiar a través de toda fuente de financiamiento para lo establecido en la presente Ley a favor del Seguro Integral Salud.
- 8.3 El Pliego SIS recibe la asignación presupuestal, y no revierte saldos al cierre del año fiscal si estos se encuentran comprometidos en la cobertura de la población asignada. Los saldos de ejecución de las unidades ejecutoras revierten al Seguro Integral de Salud para su redistribución.

Artículo 9.- Adecuación estructural y funcional del SIS

El SIS propone al MINSA las modificaciones estructurales y funcionales que el SIS requiera para la implementación de la presente Ley, así como la modificación de toda aquella norma que se oponga a la presente Ley, a fin de lograr los resultados esperados.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. - El Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud, dicta las disposiciones reglamentarias necesarias para la implementación de la presente Ley, en un plazo máximo de ciento veinte (120) días calendarios, contados a partir de su publicación.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA MODIFICATORIA

UNICA. - **Modificación de la Ley N°29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud**

Modifíquese el artículo 7 de la Ley N°29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, conforme el siguiente texto:

"Artículo 7. Estructura de los gastos a ser financiados

Los recursos a que hace referencia el artículo 4 son destinados a cubrir los costos de las prestaciones a su cargo y el fomento de las actividades de salud pública. El SIS financia los costos de las prestaciones con aquellas IPRESS con las cuales tenga suscrito un convenio o contrato, a excepción de los costos de recursos humanos, infraestructura y equipamiento estratégico que se encuentran a cargo del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

UNICA. - Deróguense o déjense sin efecto las disposiciones de igual o menor jerarquía que se opongan a lo establecido en la presente Ley.

Lima, 21 de octubre de 2025



Firmado digitalmente por:
MORANTE FIGARI Jorge
Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 11:46:27-0500



Firmado digitalmente por:
PAZO NUNURA Jose Bernardo
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 12:18:32-0500



Firmado digitalmente por:
ZEGARRA SABOYA Ana Zaidith
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 12:09:00-0500



Firmado digitalmente por:
AZURIN LOAYZA Alfredo FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 12:28:24-0500



Firmado digitalmente por:
ZEGARRA SABOYA Ana Zaidith
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 12:09:12-0500



Firmado digitalmente por:
MEDINA HERMOSILLA
Elizabeth Sara FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 12:44:54-0500



Firmado digitalmente por:
ZEA CHOQUECHAMBI Oscar
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2025 14:16:34-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA

1.1 OBJETO Y FINALIDAD

La presente Ley tiene por objetivo establecer mecanismos normativos y operativos para garantizar el financiamiento suficiente, oportuno y eficiente del Seguro Integral de Salud, mediante la asignación de un rubro fuente de financiamiento y genérica de gasto exclusiva, con el fin de garantizar la cobertura integral de salud a la población, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.

La presente Ley tiene como finalidad fortalecer la sostenibilidad del SIS, así como optimizar y fortalecer la gestión de los recursos que constituyen los fondos de aseguramiento y garantizar la cobertura de la población con calidad, oportunidad, equidad, eficiencia y aceptabilidad a través del SIS en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 Del Marco Legal del Derecho a la Salud Como Derecho Fundamental

La Declaración Universal de Derechos Humanos¹, en el primer párrafo del artículo 25 señala que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”*.

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales² - PIDESC establece en su artículo 12 que *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

Sobre el particular, es importante mencionar que el Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)³, órgano que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por los Estados, mediante su Observación General N° 14, propone criterios para el cumplimiento del referido artículo 12 del PIDESC; desarrollando cuatro componentes del derecho cuyo cumplimiento por parte

¹ Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948. Para el Perú: Aprobada por Resolución Legislativa N° 13282 de 15 de diciembre de 1959

² Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Para el Perú: Aprobado por Decreto Ley N° 22129 de 28 de marzo de 1978. Instrumento de adhesión de 12 de abril de 1978. Depositado el 28 de abril de 1978. Fecha de entrada en vigencia el 28 de julio de 1978.

³ El Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es un órgano de expertos independientes creado mediante Resolución N° 1985/17 del 28 de mayo de 1985 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas para desempeñar funciones de supervisión de la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

del Estado garantizaría su protección. Estos componentes o elementos esenciales son: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*.

Al respecto, en la referida Observación General N° 14, se desarrolla el elemento de accesibilidad, el cual presenta entre sus dimensiones la denominada accesibilidad económica: *No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.*⁴

Por su parte, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú reconoce como uno de los derechos sociales y económicos, al derecho a la salud, el cual señala 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 (...)".*

Al respecto, el Tribunal Constitucional⁵, supremo interprete de la Constitución, ha señalado que "el derecho a la salud no ésta contenido en el capítulo de derechos fundamentales, pero por 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 desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo (...)".

En tal sentido, ese derecho en un primer momento por parte del Tribunal Constitucional sólo fue entendido como un derecho fundamental cuando, en aplicación de la tesis de conexidad, se evidenciaba que su vulneración se materializaba contra el derecho a la vida o a la integridad personal; sin embargo, posterior a ello, el Tribunal Constitucional⁶, sienta el criterio definitivo que el derecho a la salud goza de un grado de autonomía *ius-fundamental*, señalando lo siguiente: *"[E]s cierto que suele estar íntimamente relacionado con otros derechos o bienes jurídicos constitucionales, pero no puede negarse que su contenido es especial, único, exclusivo y excluyente, tal como se ha podido notar en fundamentos precedentes. De hecho, tiene sustento en el principio de dignidad del ser humano (...), está íntimamente conectado con el derecho a la vida, sobre todo con la vida digna (...); además, (...) tiene una vinculación irresoluble con el derecho a la integridad (...); (...) pero igual debe permitirse su tutela independiente, tal como puede observarse en el presente caso (...)"*.

De otro lado, nuestra Carta Magna establece en su artículo 9 que *"El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud"*.

Es bajo ese marco constitucional que se emite la Ley General de Salud, la cual establece a la salud como condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Asimismo, señala que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, siendo que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado y que su protección y provisión es de interés público; por tanto, es

⁴ En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

⁵ Tribunal Constitucional Exp. N° 1429-2002-HC/TC, de 19 de noviembre de 2002, Caso Challapalca.

⁶ Tribunal Constitucional Exp. N° 5842-2006-PHC/TC, de 07 de noviembre de 2008, Caso Internos de la Sala de Hospitalización de Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Foja 48.

responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

En esa línea, con el objetivo de establecer los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, se promulga la Ley N° 29414, modificándose el artículo 15 de la Ley N° 26842, consagrándose que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud, al acceso a la información, a la atención y recuperación de la salud y al consentimiento informado.

Por tanto, el reconocimiento constitucional, así como su consagración y protección, en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, comporta un mandato y labor por parte del Estado Peruano de adoptar medidas y disposiciones de orden interno que hagan efectivo el ejercicio de este derecho a salud.

1.2.2 La Necesidad de Crear Sistemas de Cobertura Universal de Salud

Los países buscan la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) de salud por varias razones, que pueden clasificarse en términos generales en equidad en salud, protección financiera y beneficios económicos, factores políticos y sociales, y objetivos de salud mundial.

La cobertura sanitaria universal (CSU) busca asegurar que todas las personas, especialmente las más vulnerables, accedan a servicios de salud de calidad que abarcan desde la promoción y prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, cuando y donde los necesiten, sin que esto les suponga dificultades económicas.

1.2.2.1 Equidad en salud

Acceso a la atención médica. La cobertura sanitaria universal tiene como objetivo garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud necesarios sin discriminación. Esto incluye servicios promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación^{7 8}.

Reducción de las desigualdades. La implementación de la cobertura sanitaria universal ayuda a reducir las disparidades en el acceso y los resultados de la atención médica, especialmente para las poblaciones vulnerables, como las mujeres y los niños^{9 10}.

1.2.2.2 Protección financiera

⁷ Leufak, A.M., Ndwandwe, D. Applying innovative strategies to achieve universal health coverage in the African region South Eastern European Journal of Public Health, 2021.

⁸ Boerma, T., Eozenou, P., Evans, D., Wagstaff, A. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels. PLoS Medicine, 2014.

⁹ Beattie, A., Yates, R., Noble, D.J. Accelerating progress towards universal health coverage in Asia and Pacific: Improving the future for women and children. BMJ Global Health, 2016.

¹⁰ Savedoff, W.D., De Ferranti, D., Smith, A.L., Fan, V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet, 2012

Reducir las dificultades financieras. Uno de los objetivos principales de la CSU es proteger a las personas de los riesgos financieros asociados con los costos de atención médica. Esto significa minimizar los gastos de bolsillo y prevenir el empobrecimiento debido a las facturas médicas¹¹.

Mancomunación de riesgos financieros. Los sistemas de CUS a menudo implican la agrupación de recursos financieros a través de impuestos o esquemas de seguro obligatorios, lo que ayuda a distribuir la carga financiera de manera más equitativa entre la población.

1.2.2.3 Beneficios económicos

Crecimiento económico y estabilidad. Al mejorar la salud de la población, la cobertura sanitaria universal puede contribuir al crecimiento económico y la estabilidad. Las poblaciones sanas son más productivas y pueden contribuir más eficazmente a la economía.

Rentabilidad. Invertir en CUS puede ser rentable a largo plazo. Los servicios preventivos y de atención primaria pueden reducir la necesidad de atención especializada y de emergencia más costosa¹².

1.2.2.4 Factores políticos y sociales

Voluntad política y compromiso. La implementación exitosa de la cobertura sanitaria universal a menudo requiere una fuerte voluntad política y compromiso. Esto incluye la promulgación de leyes y políticas que apoyen la expansión de la cobertura y garanticen un financiamiento adecuado de la salud pública^{13 14}.

Construcción de la nación: La cobertura universal de salud puede desempeñar un papel importante en la construcción de la nación al fomentar la cohesión social y la confianza en las instituciones gubernamentales. Demuestra un compromiso con el bienestar de todos los ciudadanos.

1.2.2.5 Objetivos de Salud Mundial

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La cobertura sanitaria universal es una meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que alienta a los países a luchar por la equidad en salud y la protección financiera como parte de sus agendas de desarrollo^{15 16}.

¹¹ Gitahi, G., Cashin, C. Universal Health Coverage. Handbook of Global Health: With 362 Figures and 152 Tables, 2021

¹² Wagner, A.K., Quick, J.D., Ross-Degnan, D. Quality use of medicines within universal health coverage: Challenges and opportunities. BMC Health Services Research, 2014

¹³ Aregbeshola, B.S. Enhancing political will for universal health coverage in Nigeria. MEDICC Review, 2017

¹⁴ Houssin, D. Universal health coverage: What does the french experience show? Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine, 2020. .

¹⁵ Sülkü, S.N., Tokatlioğlu, Y. The future of universal health insurance. The Future of Universal Health Insurance, 2024.

Una cobertura sanitaria universal eficaz requiere una planificación y asignación cuidadosas de los recursos para garantizar la sostenibilidad. Esto incluye abordar cuestiones como la infraestructura sanitaria, la distribución de la mano de obra y la asequibilidad de los medicamentos. Adicionalmente, si bien los principios de la cobertura sanitaria universal son universales, las estrategias de implementación deben adaptarse a los contextos económicos, sociales y políticos específicos de cada país¹⁷.

En resumen, los países crean sistemas de cobertura sanitaria universal para mejorar la equidad en salud, brindar protección financiera y lograr beneficios económicos, al tiempo que se alinean con los objetivos de salud mundial y abordan los desafíos locales.

1.2.3 Antecedentes Históricos del Seguro Integral de Salud

A continuación, se nombran los hitos más importantes en la conformación del SIS:

- 1997: Creación del Seguro Escolar Gratuito.
- 1998: Creación del Seguro Materno Infantil.
- 2001: Fusión de ambos seguros en la Unidad de Seguro Público.
- 29 de enero de 2002: Se promulga la Ley N° 27656, Ley de Creación del Presupuesto Intangible Solidario de Salud (FISSAL).
- 29 de enero de 2002: Se promulga la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, que crea el Seguro Integral de Salud como Organismo Público Descentralizado (OPD) del Ministerio de Salud (MINSA).
- 25 de mayo de 2002: Decreto Supremo N° 003-2002-SA aprueba la incorporación de los componentes materno-infantil y adolescente.
- 10 de julio de 2002: Decreto Supremo N° 007-2002-SA aprueba el Reglamento de la Ley de Creación del Presupuesto Intangible Solidario de Salud, así como su Estatuto y el Reglamento de Organización y Funciones.
- Ley N° 27812: Establece las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- 13 de agosto de 2002: Se promulga la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, sistematizada mediante su Texto Único Ordenado aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, con su respectivo reglamento.
- 17 de agosto de 2002: Decreto Supremo N° 009-2002-SA aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 21 de julio de 2005: Ley N° 28588 incorpora al Seguro Integral de Salud a la población mayor de 17 años en situación de extrema pobreza y pobreza.
- 21 de marzo de 2006: Decreto Supremo N° 006-2006-SA aprueba la incorporación de nuevos componentes: adultos pobres, adultos focalizados, poblaciones amazónicas y el componente semicontributivo.
- 17 de marzo de 2007: Decreto Supremo N° 004-2007-SA establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
- 27 de abril de 2008: RM N° 277-2008/MINSA amplía el listado del LPIS.

¹⁶ Kuipers, T., van de Pas, R., Krumeich, A. Is the healthcare provision in the Netherlands compliant with universal health coverage based on the right to health? A narrative literature review. *Globalization and Health*, 2022.

¹⁷ Schillings, T., Sánchez-Ancochea, D., Mohammed, R. Universalism in Healthcare for Human Security: Policy Considerations. *Journal of Human Development and Capabilities*, 2023.

- 9 de abril de 2009: Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, mediante su Texto Único Ordenado aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, con su reglamento.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA: Se aprueba el reglamento de la Ley N° 29344.
- 22 de julio de 2011: Ley N° 29761 establece la Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 21 de abril de 2012: RM N° 319-2012/MINSA autoriza el inicio de actividades del FISSAL.
- 21 de abril de 2012: RM N° 325-2012/MINSA aprueba el listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.
- 6 de diciembre de 2013: Decreto Legislativo N° 1158 establece medidas para el fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 7 de diciembre de 2013: Decreto Legislativo N° 1163 aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, con su respectivo reglamento.
- 7 de diciembre de 2013: Decreto Legislativo N° 1164 establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA: Se aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- 7 de enero de 2017: Decreto Legislativo N° 1346 establece disposiciones para optimizar los servicios financiados a través del Seguro Integral de Salud.
- 28 de noviembre de 2019: Decreto de Urgencia N° 017-2019 establece el programa *SIS para Todos*.
- 20 de mayo del 2021: Decreto de Urgencia N° 046-2021, que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el Aseguramiento Universal de Salud en el marco de la Emergencia Nacional por la COVID 19, y su modificatoria a través del Decreto de Urgencia N° 078-2021.

1.3 MARCO JURÍDICO

La Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud; establece lo siguiente:

Artículo 4. -Financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) de los regímenes subsidiado y semicontributivo se financia con cargo a los recursos siguientes:

- a. Los créditos presupuestarios que se asignan anualmente al Seguro Integral de Salud (SIS) tomando como referencia, para el régimen subsidiado, el valor de la prima y el número de afiliados y, para el régimen semicontributivo, el valor de la prima, el coeficiente de financiamiento público (proporción) y el número de afiliados.

(...)

Artículo 7. -Estructura de los gastos a ser financiados

Los recursos a que hace referencia el artículo 4 son destinados a cubrir los costos fijos y variables de la prestación, el fomento de las actividades de salud pública y el cierre de las brechas de inversión.

Artículo 9. -Pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

(...)

9.2 El mecanismo de pago establecido para el Seguro Integral de Salud (SIS) busca generar incentivos que promuevan la eficiencia, el fortalecimiento de la atención primaria de salud y el cierre de brechas de atención en salud, **por lo que no necesariamente se circunscribe al reconocimiento de los costos variables de la atención.**

La Resolución Ministerial N° 951-2019-MINSA publicada el 9 de octubre de 2019, aprueba la Directiva Administrativa N° 276-MINSA-2019-DGAIN denominada "Metodología para la Estimación de las Tarifas de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud". En dicha directiva se define el costo variable como aquel costo que depende de la cantidad o volumen de producción, y por tanto, incrementa el costo total en proporción directa al número de servicios producidos por los prestadores. La misma directiva indica, en el numeral 6.2.2.2 TARIFAS PARA LAS IAFAS Y OTRAS ENTIDADES que:

"Para la determinación de la tarifa aplicada a la venta de servicios por parte de las IPRESS públicas del MINSA y Gobiernos Regionales al Seguro Integral de Salud (SIS) se considera prioritariamente el costo variable del servicio de salud que esté comprendido en la definición de Componente de Reposición, el cual debe ajustarse a la normativa vigente para el reconocimiento de las prestaciones brindadas por las IPRESS públicas; y corresponder a los aspectos establecidos en los convenios suscritos para tal fin".

La DIRECTIVA N° 008-2024-SIS/GNF-V.05 aprobada con Resolución Jefatural N° 000165-2024-SIS/J el 8 de noviembre del 2024, define los Gastos de Reposición en el numeral 5.2.8 lo siguiente:

"Gastos ejecutados por la UE destinados a la adquisición y traslado de PF, DM y PS y los gastos administrativos inherentes a la prestación directa de salud, así como lo correspondiente a gastos para el cumplimiento del BPA. Los Gastos de Reposición son la prioridad en la incorporación y ejecución presupuestal de los recursos transferidos por el SIS y se encuentran registrados en el Anexo N°01."

II FUNDAMENTO TÉCNICO

2.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO

En la elaboración del presente proyecto normativo se ha empleado la metodología del árbol de problemas, la cual es utilizada y recomendada a nivel internacional, incluyendo recomendaciones de organismos internacionales como la OCDE. Dicha metodología consiste en un ejercicio sistemático, en el que se establecen niveles de problemas interrelacionados. Primero, se identifican todos los problemas posibles y se los ordena de

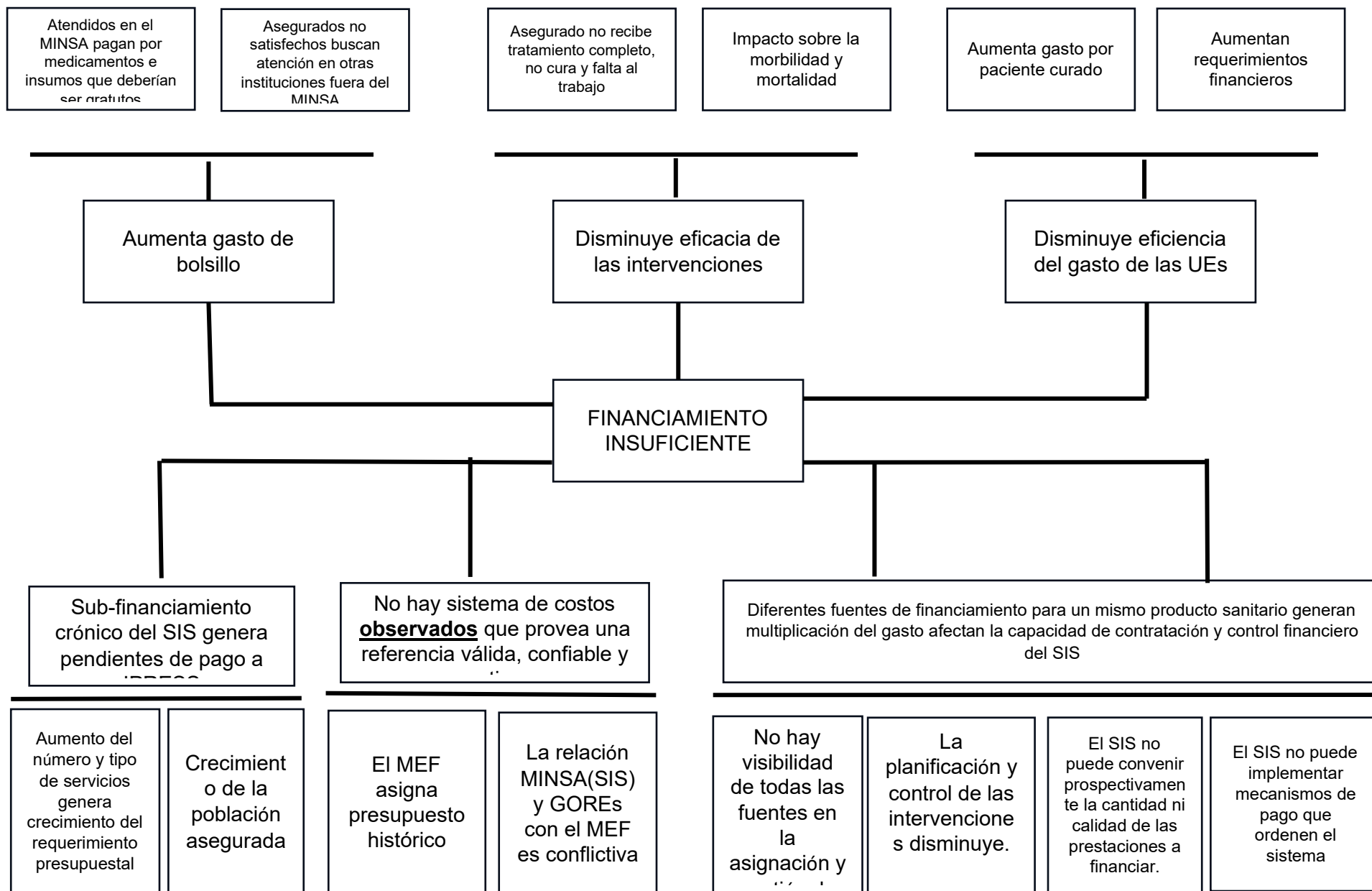
modo jerárquico, colocando en el nivel más bajo de la jerarquía, a aquellos problemas que ocasionan los problemas de un nivel superior.

Bajo dicha metodología, es posible identificar con claridad el problema principal y las relaciones de causa-efecto entre el problema principal y los otros problemas posibles identificados, de acuerdo al siguiente detalle (Gráfico 1):

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

Gráfico 1. Árbol de problemas del

financiamiento insuficiente del SIS



En tal sentido, se ha delimitado como problema público la insuficiencia del financiamiento de las prestaciones a cargo del Seguro Integral de Salud, debida a las siguientes razones: a) sub financiamiento crónico del SIS que genera pendientes de pago a las IPRESS; b) la inexistencia de un sistema de costos observados que provea una referencia válida, confiable y continua de los requerimientos presupuestales para el financiamiento a nivel nacional y regional, entre otras variables de estratificación relevantes; c) la existencia de diferentes fuentes de financiamiento para un mismo producto sanitario, que no permite que el SIS implemente las herramientas de gestión financiera que deberían promover la eficacia de las intervenciones de salud y la eficiencia en la gestión de los recursos asignados a los prestadores de salud; y d) las existencia de múltiples fuentes de financiamiento afecta la capacidad de contratación y control financiero del SIS.

2.1.1 De la Suficiencia del Financiamiento en los Sistemas de Salud

En los países desarrollados, determinar si el financiamiento de un sistema de salud es "suficiente" es un proceso complejo que combina indicadores cuantitativos, evaluaciones cualitativas y ajustes basados en las necesidades de la población, los costos de los servicios y los objetivos de política pública. Aunque no existe una fórmula universal (cada país adapta su enfoque según su modelo de salud), hay principios y mecanismos comunes que se utilizan para evaluar y garantizar la suficiencia del financiamiento. A continuación, señalamos algunos elementos importantes:

2.1.1.1 Indicadores de gasto en salud

Porcentaje del PIB. En países desarrollados, el gasto en salud suele oscilar entre el 8% y el 12% del PIB (por ejemplo, EE. UU. supera el 17%, mientras que países como Alemania o Francia rondan el 11%). La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que un gasto mínimo del 6% del PIB es necesario para cubrir necesidades básicas en sistemas universales, pero en países desarrollados se supera este umbral para garantizar mayor calidad y acceso.

Gasto per cápita. Se mide el gasto en salud por habitante (en dólares ajustados por paridad de poder adquisitivo, PPA). Por ejemplo, en 2023, países como Suiza o Noruega superaban los \$8,000-\$10,000 por persona al año, mientras que el promedio de la OCDE estaba cerca de \$4,500. Este indicador se compara con los costos reales de atención para evaluar si es suficiente.

Proporción del gasto público vs. Privado. En sistemas universales (como el Reino Unido o Canadá), el financiamiento público cubre entre el 70% y el 85% del gasto total en salud, reduciendo el gasto de bolsillo (que suele ser inferior al 15%). Si el gasto de bolsillo crece demasiado, se interpreta como una señal de insuficiencia del financiamiento público.

2.1.1.2 Cobertura y acceso universal

Tasa de cobertura. Se evalúa si toda la población tiene acceso a servicios esenciales sin barreras financieras. Por ejemplo, en países como Japón o Alemania, los sistemas de seguros obligatorios (públicos o mixtos) cubren al 100% de los ciudadanos, y el financiamiento se ajusta para evitar listas de espera prolongadas o exclusiones.

Lista de servicios cubiertos. Los países definen un paquete de beneficios básicos (como el NHS en el Reino Unido o Medicare en Australia) y calculan su costo. Si el financiamiento no cubre este paquete sin generar déficits o desabastecimiento, se considera insuficiente.

2.1.1.3 Evaluación de costos reales

Estimación del costo presente. Mediante un sistema de costeo adecuado, los sistemas de salud deben establecer el costo actual de las prestaciones que vienen siendo financiadas, o aquellas que se quiere financiar.

Análisis actuarial. Los sistemas de salud utilizan modelos actuariales para estimar los costos futuros basados en demografía (envejecimiento poblacional), prevalencia de enfermedades (como diabetes o cáncer), inflación médica, y opciones de política sanitaria. Por ejemplo, en Alemania, las "Krankenkassen" (cajas de seguro) ajustan las primas y reciben subsidios estatales si los costos superan las proyecciones.

Índice de inflación médica. En países desarrollados, los costos de salud crecen más rápido que la inflación general debido a avances tecnológicos y salarios del personal médico. El financiamiento se considera suficiente si puede absorber este aumento sin comprometer el acceso.

2.1.1.4 Satisfacción y resultados en salud

Esperanza de vida y mortalidad prevenible. En países como Suecia o Japón, tasas bajas de mortalidad por causas evitables indican que el financiamiento es adecuado.

Tiempo de espera. En Canadá o el Reino Unido, si las listas de espera para cirugías o consultas especializadas son razonables (semanas, no meses), se considera que el sistema está bien financiado.

Encuestas de satisfacción. En Francia, el sistema de seguridad social (Sécurité Sociale) evalúa la percepción de los usuarios sobre la calidad y accesibilidad para ajustar el presupuesto.

2.1.1.5 Mecanismos de ajuste financiero

Presupuestos basados en necesidades. En lugar de asignaciones históricas (como ocurre a menudo en Perú), países como los Países Bajos usan modelos prospectivos que estiman la demanda futura y ajustan los fondos en consecuencia.

Reservas y fondos de contingencia. Sistemas como el de Noruega o Dinamarca mantienen reservas financiadas por impuestos para enfrentar imprevistos (pandemias, desastres), lo que evita déficits inesperados.

Revisión periódica. En Australia, el gobierno federal renegocia los acuerdos de financiación con los estados cada 5 años (a través del Medicare Agreement), ajustando los fondos según inflación, población y nuevos tratamientos.

2.1.1.6 Comparación internacional y estándares

Los países desarrollados suelen benchmarking con pares de la OCDE. Por ejemplo, si el gasto per cápita o la densidad de médicos por habitante está por debajo del promedio de la OCDE, se considera una señal de subfinanciamiento.

Organismos como la OMS o el Banco Mundial proporcionan metas, como gastar al menos \$86 per cápita (en países de ingresos medios) para servicios básicos, aunque en países desarrollados este umbral se multiplica para reflejar mayores expectativas.

2.1.2 De la Suficiencia del Financiamiento en el Seguro Integral de Salud

El problema de la insuficiencia de financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) en Perú es un tema complejo que involucra múltiples factores estructurales, económicos y administrativos. A continuación, se señalan algunas causas:

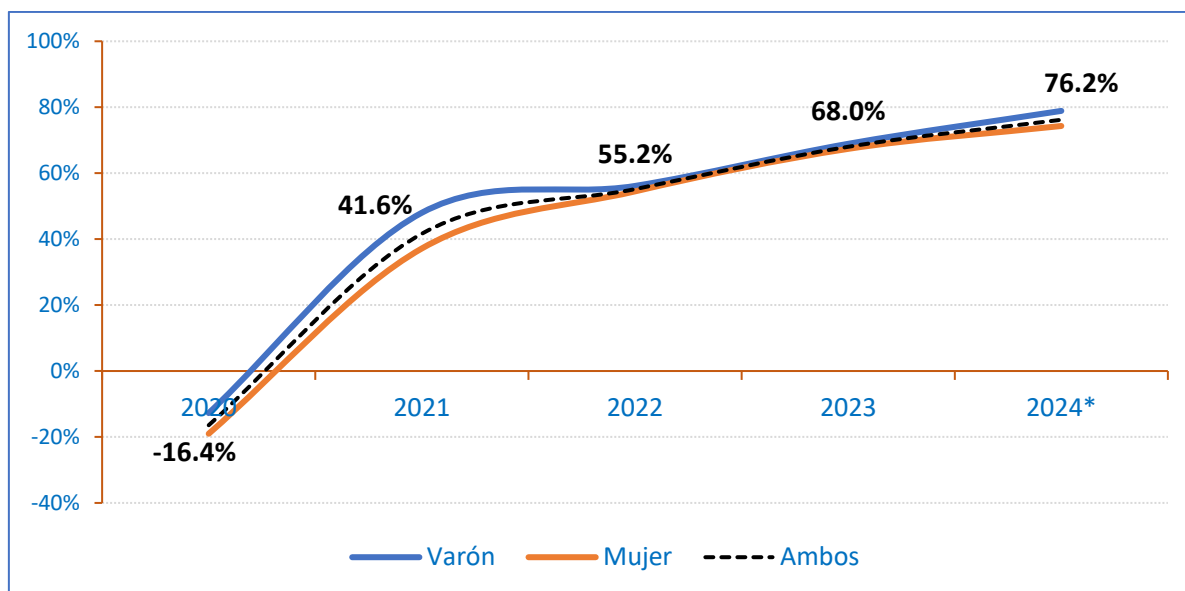
2.1.2.1 Sub-financiamiento Crónico del SIS Genera Pendientes de Pago a IPRESS

Para el presente análisis, consideraremos la situación del financiamiento desde 2019 a la fecha, debido a que el 2018 el ejecutivo saldó la producción de servicios de las IPRESS a nivel nacional que estaba pendiente de pago por el SIS, por lo que 2019 es un buen punto de partida para analizar la evolución del financiamiento. Se tomará en cuenta la producción registrada por las IPRESS que forman parte de la red prestacional y que han suscrito contratos o convenios con el Pliego SIS. Asimismo, se evaluarán las transferencias financieras realizadas a instituciones públicas que brindan prestaciones administrativas, las cuales incluyen servicios complementarios y otros apoyos fundamentales para el adecuado funcionamiento del sistema de aseguramiento en salud. Por otro lado, se analizará el presupuesto anual asignado por el Tesoro Público al Pliego SIS, para el mismo periodo.

Costos crecientes de atención médica. Los costos de los servicios de salud (medicamentos, insumos, equipamiento, personal) han aumentado debido a la inflación, la importación de tecnología médica y la atención de enfermedades complejas (como cáncer o enfermedades raras). Sin un ajuste correspondiente en el presupuesto del SIS, este no puede absorber dichos incrementos, lo que resulta en deudas con los proveedores y establecimientos de salud.

El siguiente gráfico se muestra que, en relación al 2019, el valor neto anual de producción por asegurado se ha incrementado en 76% aproximadamente. Es decir, los costos de atención y por tanto de financiamiento se ha casi duplicado en 5 años. Como ya hemos visto, ello no se ha reflejado en el financiamiento año tras año, generando un sub-financiamiento crónico, repetitivo, que una y otra vez genera pendientes de pago.

Gráfico 2. Variación del costo anual por asegurado en relación al 2019



Fuente: SIS

Crecimiento de la demanda de servicios. La data de producción del SIS se compone de los siguientes elementos (Cuadro 1):

- Para las IPRESS de nivel I de atención, que cuentan con convenios bajo el mecanismo de pago per cápita, se llevó a cabo un ejercicio de valorización del reporte de medicamentos e insumos, así como procedimientos en los FUA reportados. En este caso, se asumió el posible riesgo de sesgo debido a la calidad de los datos, el subregistro de información y el nivel de auditoría aplicado, dado el tipo de mecanismo de pago empleado.
- La producción valorizada y auditada, que resulta en el valor neto financiado por el SIS y el FISSAL, correspondiente a las Fichas Únicas de Atención (FUA) reportadas por las IPRESS de niveles II y III de atención que operan bajo convenios con mecanismo de pago por prestación.
- El monto desembolsado en concepto del beneficio económico de sepelio, que cubre los gastos asociados al fallecimiento de los asegurados.
- El importe transferido para la cobertura de producción no tarifada, que incluye servicios esenciales como traslados de emergencia, funcionamiento de casas maternas y procedimientos médicos especiales tercerizados, y subcomponente prestacional los cuales aún no cuentan con una tarifa establecida dentro del esquema de financiamiento de las IAFAS.

Cuadro 1. Siniestralidad de las IAFAS SIS y FISSAL para los años 2019 a 2024

Año	VALOR NETO	CAPITA (Valorizado)	SEPELIO	NO TARIFADO	PRODUCCIÓN TOTAL
	a)	b)	c)	d)	e) = a + b + c + d
2019	1,317,374,843.23	79,551,304.85	70,814,112.00	53.314.566,41	1.521.054.826,49
2020	894,552,510.68	261,214,711.24	47,639,551.00	28.557.353,16	1.231.964.126,07
2021	1,349,157,255.26	596,883,824.47	98,451,718.00	53.606.823,51	2.098.099.621,24
2022	1,456,960,747.30	687,755,355.26	28,618,857.14	47.532.509,93	2.220.867.469,63
2023	1,741,479,561.00	591,024,864.99	12,298,483.97	56.176.930,74	2.400.979.840,71
2024	1,715,659,789.95	466,306,353.23	18,814,716.11	66.134.694,85	2.472.998.786,33

Fuente: GNF – SIS. Para el caso de Sepelio y No Tarifado, los montos corresponden a lo efectivamente transferido. Para el resto, los montos corresponden a producción de servicios valorizada, incluidos pendientes de pago.

Presupuesto asignado al Pliego SIS por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Para ello se empleó el módulo de “Consulta de Ejecución del Gasto” del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), considerando las fuentes de financiamiento Recursos Ordinarios (RO) y Recursos Directamente Recaudados (RDR). Se incluyeron las siguientes genéricas de gasto:

- Genérica 2.4 - Donaciones y Transferencias: destinada al financiamiento de la producción de salud y prestaciones administrativas.
- Genérica 2.5 - Otros Gastos: utilizada para cubrir la prestación económica de sepelio.

Ambas categorías fueron consideradas en su conjunto como el presupuesto total asignado, permitiendo evaluar la suficiencia de los recursos para la cobertura de las obligaciones del SIS y garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud y beneficios complementarios para los asegurados (Cuadros 2 y 3).

Cuadro 2. PIM asignado en la Genérica 2.4. DYT al pliego SIS

FTE FTO	GENÉRICA DE GASTOS	ESPECÍFICA DE GASTOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
			PIM	PIM	PIM	PIM	PIM	PIM
1.	RECURSOS ORDINARIOS		1,412,398,193	1,574,227,149	1,713,988,317	1,985,978,687	1,828,559,297	2,020,653,104
	2.4.	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS						
		2.4.1.3.1.1. A OTRAS UNIDADES DEL GOBIERNO NACIONAL	553,849,744	661,017,925	667,768,606	720,833,471	791,759,371	832,596,852
		2.4.1.3.1.2. A OTRAS UNIDADES DEL GOBIERNO REGIONAL	858,548,449	913,209,224	1,046,219,711	1,265,145,216	1,036,799,926	1,188,056,252
2.	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS		17,341,669	37,121,390	36,124,619	21,420,200	14,165,414	4,043,298
	2.4.	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS						
		2.4.1.3.1.1. A OTRAS UNIDADES DEL GOBIERNO NACIONAL	10,156,998	15,716,986	28,642,731	17,903,552	9,940,362	1,164,108
		2.4.1.3.1.2. A OTRAS UNIDADES DEL GOBIERNO REGIONAL	7,184,671	21,404,404	7,481,888	3,516,648	4,225,052	2,879,190
Total general			1,429,739,862	1,611,348,539	1,750,112,936	2,007,398,887	1,842,724,711	2,024,696,402

Fuente: GNF – SIS

Cuadro 3. PIM asignado en la Genérica 2.5. DYT al pliego SIS

FTE FTO	GENÉRICA DE GASTOS	ESPECÍFICA DE GASTOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
			PIM	PIM	PIM	PIM	PIM	PIM
1.	RECURSOS ORDINARIOS		34,088,719	56,985,413	82,380,581	80,452,871	118,415,994	80,227,122
	2.5.	OTROS GASTOS						
		2.5.3.1.1.99 A OTRAS PERSONAS NATURALES	34,088,719	56,985,413	82,380,581	80,452,871	118,415,994	80,227,122
2.	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS		552,560	1,354,419	1,991,190	1,302,700	0	0
	2.5.	OTROS GASTOS						
		2.5.3.1.1.99 A OTRAS PERSONAS NATURALES	552,560	1,354,419	1,991,190	1,302,700	0	0
Total general			34,641,279	58,339,832	84,371,771	81,755,571	118,415,994	80,227,122

Fuente: GNF – SIS

Cuadro 4. PIM asignado por las genéricas 2.4 y 2.5 para el Pliego SIS

Año	2.4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	2.5 OTROS GASTOS	Total Presupuesto Asignado
2019	1,429,739,862	34,641,279	1,464,381,141
2020	1,611,348,539	58,339,832	1,669,688,371
2021	1,750,112,936	84,371,771	1,834,484,707
2022	2,007,398,887	81,755,571	2,089,154,458
2023	1,842,724,711	118,415,994	1,961,140,705
2024	2,024,696,402	80,227,122	2,104,923,524

Fuente: GNF – SIS.

En el Cuadro 5 se puede observar al comparar la producción SIS versus el presupuesto institucional modificado empleado para el pago de prestaciones (de salud y administrativas), se tiene una diferencia acumulada que asciende a S/. 822 191 764 millones soles a favor de las UE de acuerdo con la producción reconocida durante estos 06 años.

Cuadro 5. Producción Pliego SIS vs presupuesto asignado para las Genéricas 2.4 y 2.5

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Producción SIS	1.521.054.826,49	1.231.964.126,07	2.098.099.621,24	2.220.867.469,63	2.400.979.840,71	2.472.998.786,33
PIM*	1.464.381.141,00	1.669.688.371,00	1.834.484.707,00	2.089.154.458,00	1.961.140.705,00	2.104.923.524,00

Diferencia - 56.673.685,49 437.724.244,93 - 263.614.914,24 - 131.713.011,63 - 439.839.135,71 - 368.075.262,33

(*) Genérica 2.4 y 2.5

Diferencia acumulada: - 822.191.764,47

Fuente: GNF – SIS

A continuación (Cuadro 6), se muestra una estimación inicial de los recursos presupuestarios de la Función 20: Salud, a toda fuente de financiamiento, que se financiaría a través del Pliego 135 Seguro Integral de Salud, incluyendo gastos administrativos y/ operativos de la entidad (GG.21, 2.3, 2.5 y 2.6).

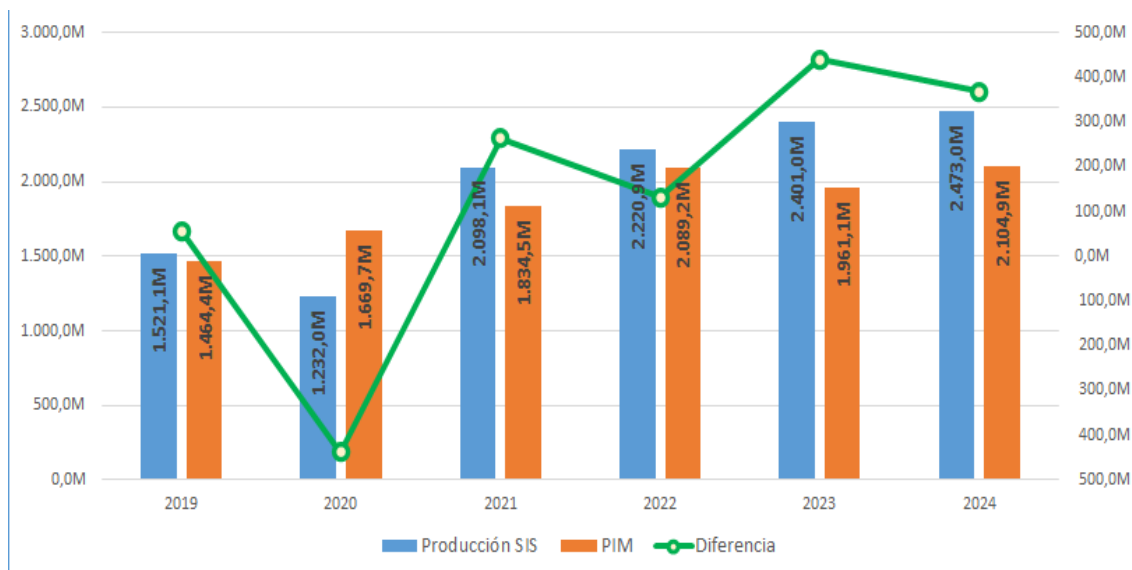
Cuadro 6. Estimación de los recursos presupuestarios de la Función 20: Salud que se financiarían a través del Pliego 135 Seguro Integral de Salud, de acuerdo con la presente propuesta legislativa los recursos asignados en el año fiscal 2025.

TOTAL	251,801,045,185	262,394,691,057	
Función 20: SALUD	30,656,541,754	32,260,086,503	
Genérica	PIA	PIM	Representatividad
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	17,075,847,250	17,182,851,852	
GG 2.1 del Pliego 135 Seguro Integral de Salud	66,173,180	72,464,694	0.4%
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	14,455,103	14,021,802	
5-23: BIENES Y SERVICIOS	6,047,333,128	7,346,444,303	
EG 23.29.11 Locación de servicios de la Función 20	1,060,176,124	1,246,454,760	
EG 23.29.11 Locación de servicios del Pliego 135 Seguro Integral de Salud	18,729,535	24,358,210	2.0%
5-23: BIENES Y SERVICIOS (propuesta)	5,005,886,539	6,124,347,753	
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	2,209,072,226	2,266,787,378	
GG 2.4 del Pliego 135 Seguro Integral de Salud	1,618,446,663	1,618,590,754	71.4%
5-25: OTROS GASTOS	154,507,524	177,989,666	
GG 2.5 del Pliego 135 Seguro Integral de Salud (BES)	102,686,843	102,434,229	57.6%
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	273,822,395	92,692,833	
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	4,881,504,128	5,179,298,669	
GG 2.6 del Pliego 135 Seguro Integral de Salud (BES)	2,905,879	2,998,185	0.1%
Propuesta de presupuesto del Pliego 135 Seguro Integral de Salud	7,386,724,667	8,569,032,239	
% representatividad de la propuesta del presupuesto SIS/ Función 20 Salud	24.10%	26.56%	

Fuente: Consulta Amigable al 21.05.2025, hora 11:26

Como se evidencia en el gráfico adjunto, el presupuesto asignado al Pliego SIS es insuficiente para cubrir adecuadamente el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (Gráfico 10). Esta situación pone en riesgo la oportunidad en la atención y la continuidad de los tratamientos, afectando la calidad del servicio prestado. Ante este panorama, resulta fundamental implementar acciones orientadas a fortalecer la gestión del financiamiento y desarrollar estrategias de planificación que optimicen el uso de los recursos disponibles.

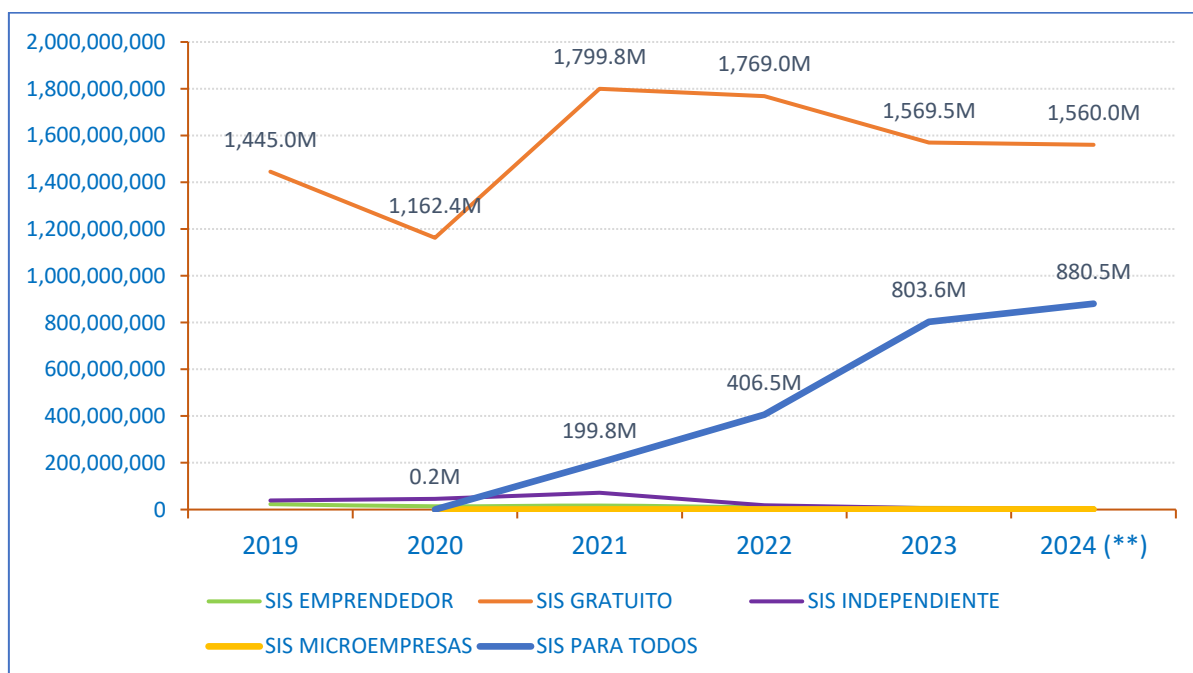
Gráfico 2. Producción SIS vs PIM (Genérica 24 y 25)



Fuente: GNF – SIS

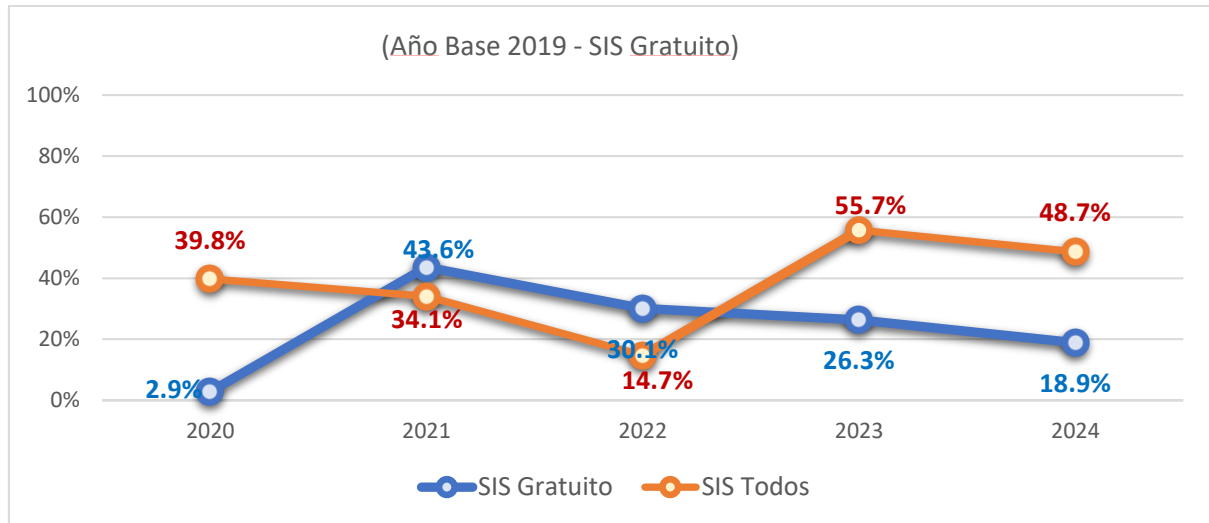
Como se aprecia en el gráfico siguiente, el crecimiento en la producción de servicios es muy notoria en el plan SIS Para Todos. Los valores de producción para el 2024 son preliminares, porque aún no se ha cerrado el proceso de consolidación de los datos de producción 2024, por lo que los valores probablemente aumenten.

Gráfico 4. Producción total por planes



Como se muestra en el gráfico siguiente, los costos de atención anual por asegurado se han incrementado sobre todo en los asegurados al plan SIS Para Todos, siendo su siniestralidad el doble que la de los asegurados al plan Gratuito (subsidiado).

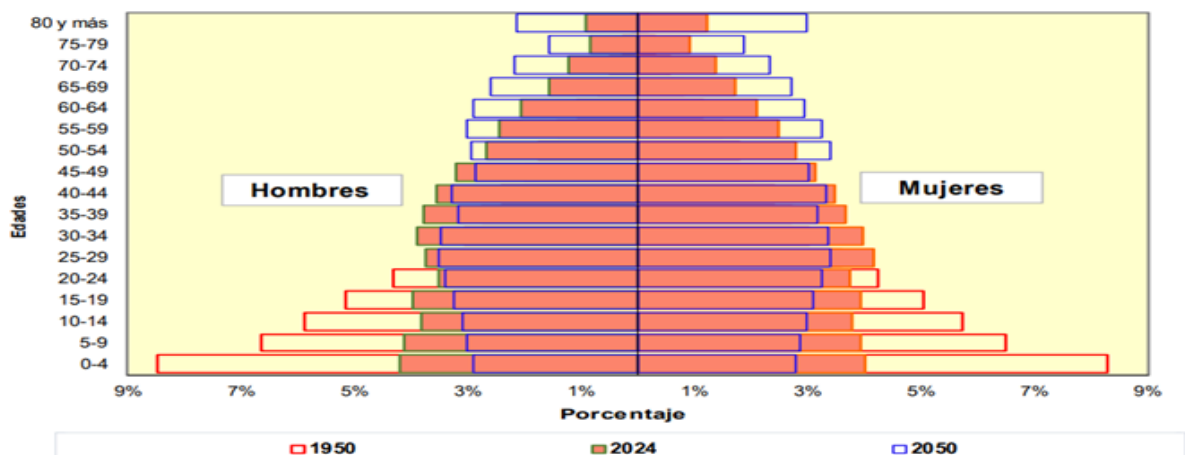
Gráfico 5. Variación porcentual por asegurado



Crecimiento de la población asegurada. La cantidad de personas aseguradas bajo el SIS ha crecido significativamente en los últimos años, en gran parte debido a la pandemia de COVID-19, que provocó el traslado de afiliados de ESSALUD al SIS. Este aumento también ha sido impulsado por políticas orientadas a ampliar la cobertura en sectores vulnerables, como la Ley "SIS Para Todos". Sin embargo, el incremento en la demanda de servicios no ha ido acompañado de una expansión proporcional en los recursos disponibles, generando una brecha entre la necesidad de atención y la capacidad de financiamiento. Además, se han presentado desafíos como la ruptura de adscripción y la necesidad de asegurar a la población migrante.

Transición poblacional. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Perú atraviesa una transición demográfica caracterizada por cambios significativos en la estructura etaria de su población. Este fenómeno ha reducido la proporción de la población infantil y ha incrementado el número de personas en edades más avanzadas. Se estima que, para el año 2050, la población adulta alcanzará niveles similares a los de los grupos más jóvenes, consolidando así un proceso de envejecimiento progresivo. (Gráfico 2). Más población adulta significa más gasto en salud.

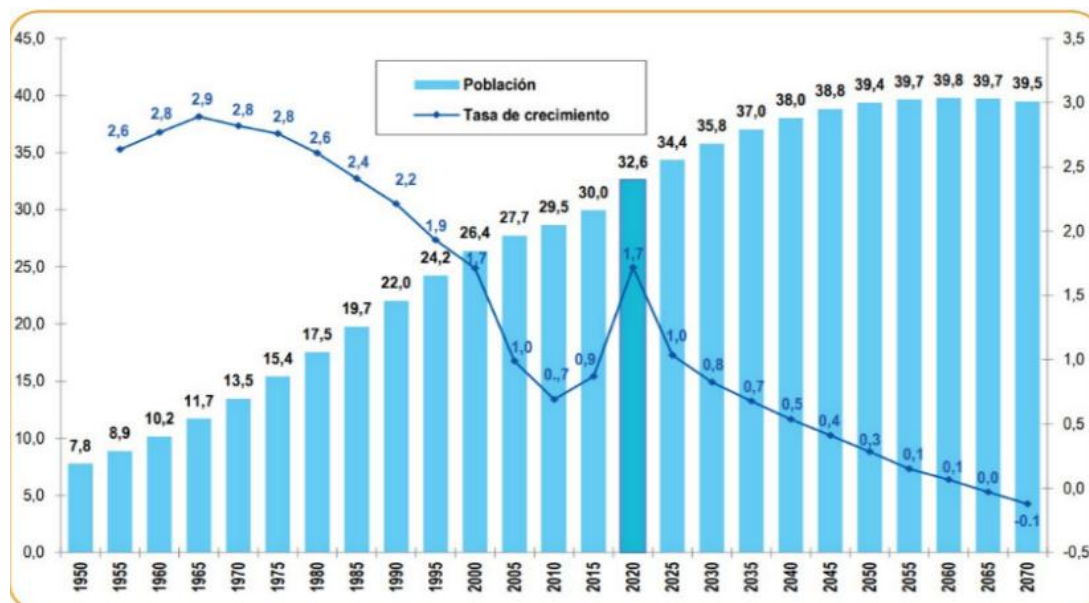
Gráfico 6. Estructura Poblacional. Perú. 2024



Fuente: INEI, Situación de la Población Peruana 2024

Transición epidemiológica. La reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida en el Perú, impulsados por mejoras en las condiciones sociales, cambios en los estilos de vida y la nutrición, el desarrollo de modernos sistemas de prevención y atención de salud, así como el proceso de urbanización, han generado que, de manera creciente, la población tenga cada vez mayor edad, y las enfermedades predominantes sean de tipo crónico-degenerativo. Este nuevo perfil epidemiológico representa un desafío para el Seguro Integral de Salud (SIS), que atiende al mayor número de asegurados en el país y deberá adaptarse para garantizar una cobertura eficaz y sostenible ante esta creciente demanda de servicios de salud (Gráfico 3)

Gráfico 7. Perú: población y tasa de crecimiento. 1950 – 2070 (proyectado)



Fuente: INEI-Perú. Estimaciones y proyecciones de la Población Nacional, 1950 - 2070

Aumento de la Carga Enfermedad. Los estudios sobre la carga de enfermedad en el Perú evidencian una transición epidemiológica, donde las enfermedades no transmisibles han superado en prevalencia a las transmisibles. Este cambio ha sido determinante en la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), permitiendo que las estrategias e intervenciones en salud se adapten a las necesidades actuales de la población peruana y mejoren la respuesta ante los nuevos desafíos sanitarios (Cuadro 6)

Cuadro 6. Comparación del perfil epidemiológico del Perú. 2004 - 2021

Indicador	2004	2016	2021
Enfermedades Infecciosas	Alta prevalencia	Reducción relativa	Persistencia en zonas rurales
Enfermedades Crónicas	Importantes, pero no dominan	Dominan la carga de enfermedad	Más del 60% de la carga total
COVID-19	No aplica	No aplica	Impacto significativo
Mortalidad Infantil	Alta	Reducción notable	Continúa disminuyendo
Desigualdades Regionales	Marcadas	Persistencia	Exacerbadas por la pandemia

Fuente: CDC. Elaboración propia

El estudio de Carga de Enfermedad de 2019 estimó que el Perú había perdido un total de 5,801,550 Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), lo que equivale a 180.6 años por cada mil habitantes. Los resultados evidenciaron un claro predominio de enfermedades no transmisibles, las cuales representaron el 70.7% del total de AVISA, consolidando la tendencia observada en estudios previos. Además, se identificó que los grupos etarios más afectados fueron los mayores de 60 años y los menores de 5 años, con tasas de AVISA de 583.3 y 311.5 años por cada mil habitantes, respectivamente.

Este cambio en la carga de enfermedad, reflejo del proceso de transición epidemiológica en el país, tiene un impacto significativo en los compromisos del Seguro Integral de Salud (SIS). En respuesta a esta evolución, el PEAS de 2020 amplió su cobertura hasta el 80% de la carga de enfermedad, en comparación con el PEAS de 2009, que cubría el 60%, adaptándose así a las necesidades actuales de la población. Sin embargo, la cobertura del SIS actualmente tiene pocas exclusiones y límites.

Población asegurada en el Perú. La población del Perú es de 36.5 millones de habitantes, según el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – RENIEC, de los cuales 36.3 (99.64%) se encuentran afiliados a algún seguro de salud (Gráfico 8)

Gráfico 8. Población total y población asegurada. Perú. 2024



Fuente: Susalud. Perú. 2024

Población asegurada al SIS. La población asegurada del SIS es de 26.3 millones de personas, 14.7 millones del SIS Gratuito, 11.5 millones del SIS Para Todos, además de los asegurados por el régimen semicontributivo (Figura 2)

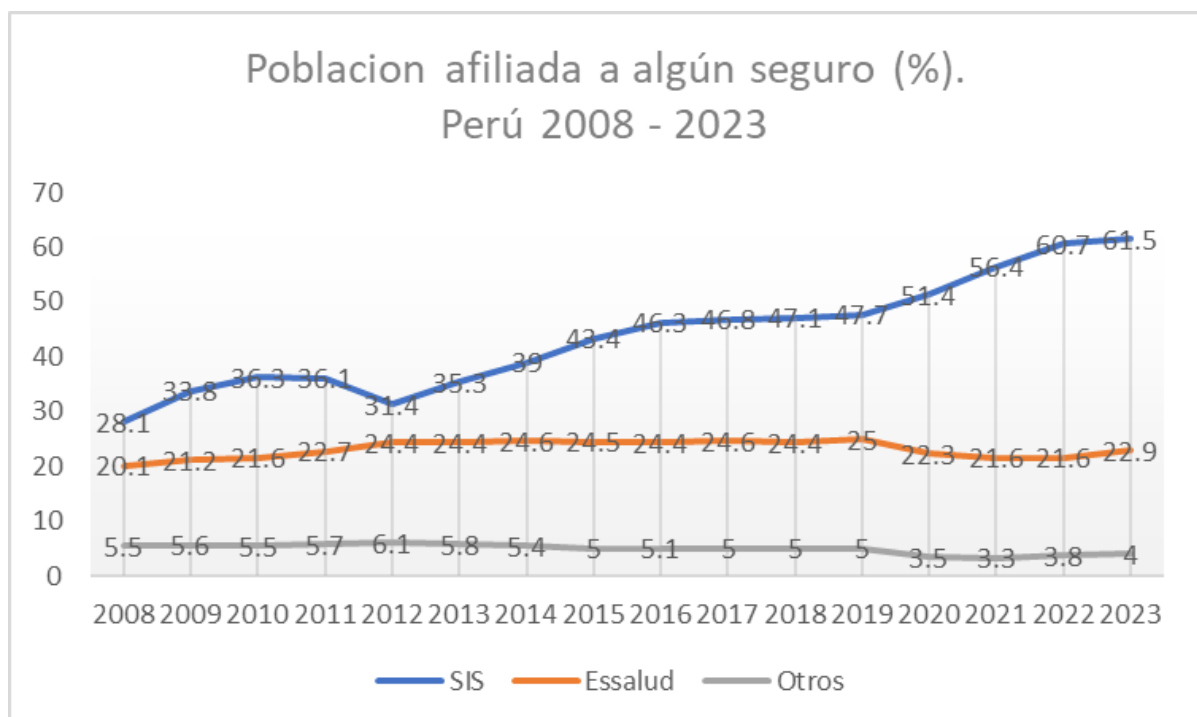
Gráfico 9. Población asegurada en el SIS. Perú. 2024



Fuente: OGTI - SIS. Perú. 2024

El SIS es el seguro de mayor crecimiento en el Perú. En el 2008 tenía 28.1 % de los afiliados, en el año 2023 61.5%; EsSalud en las mismas fechas tenía 20.1% y 22.9% en tanto que otros seguros han mostrado un decrecimiento desde 5.5% hasta 4.0% (Gráfico 4)

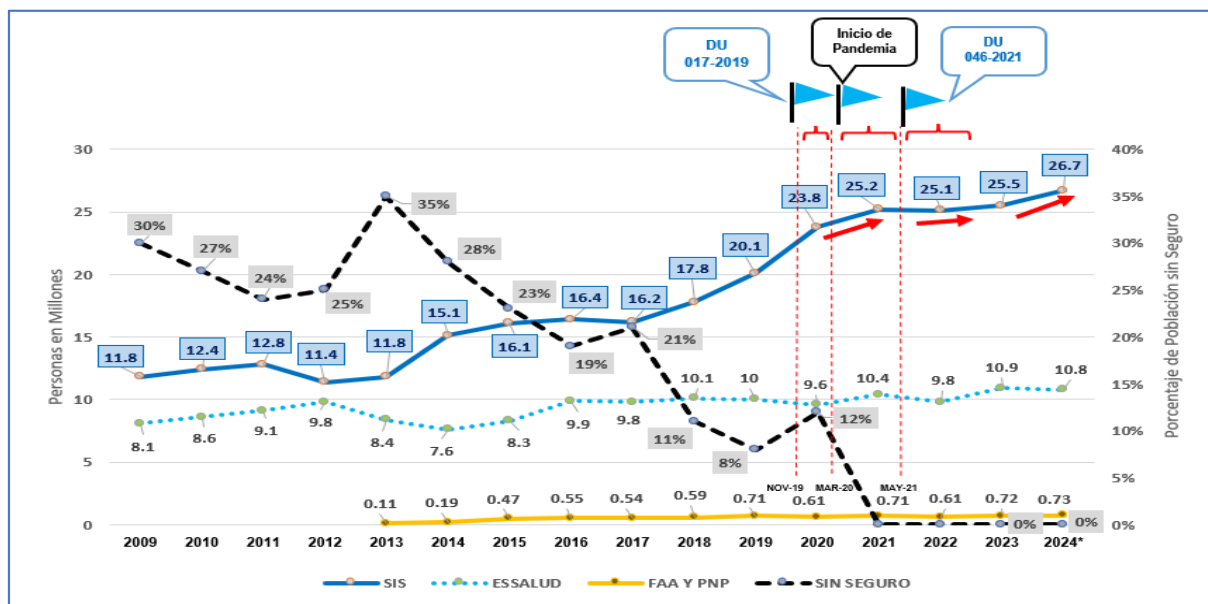
Gráfico 10. Perú: población afiliada a algún seguro de salud y según tipo de seguro, 2009 – 2023



Fuente: CEPLAN a partir de la ENAHO 2009-2023

La población asegurada por el Seguro Integral de Salud (SIS) ha mostrado un crecimiento significativo a lo largo de los años, pasando de 11.8 millones de afiliados en 2009 a 26.7 millones en 2024. Este crecimiento ha tenido dos puntos de inflexión clave: el primero en 2016, impulsado por los incentivos destinados al fortalecimiento del SIS, y el segundo en 2021, marcado por el incremento de la demanda generado por las necesidades de salud postpandemia de COVID-19. (Gráfico 11)

Gráfico 11. Porcentaje de Población asegurada según IAFAS: 2009 – octubre 2024



Fuente: Boletín Informativo SUSALUD

Del análisis del gráfico presentado, se observa que la población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) antes de la pandemia alcanzaba aproximadamente los 20 millones de asegurados, siendo el mayor porcentaje subsidiado con cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y planes complementarios.

Con la promulgación del Decreto de Urgencia N° 017-2019, se amplió la afiliación a toda la población residente en el territorio nacional, independientemente de su condición socioeconómica, subsidiando exclusivamente la cobertura PEAS. Posteriormente, con el Decreto de Urgencia N° 046-2021, emitido en el contexto postpandemia, la población afiliada al SIS experimentó un aumento considerable, destacándose el seguro “SIS Para Todos”, que subsidia tanto la cobertura PEAS como los planes complementarios.

Desde 2019 el seguro “SIS Para Todos” ha mostrado un crecimiento significativo en comparación con el total de afiliados del régimen subsidiado¹⁸. Para el 3 de octubre de 2024, este seguro cuenta con 11.915 millones de afiliados, representando el 44.71% de la población total dentro del régimen subsidiado (Cuadro 7)

Cuadro 7. Afiliados por tipo de Seguro del Régimen Subsidiado. 2019 - 2024

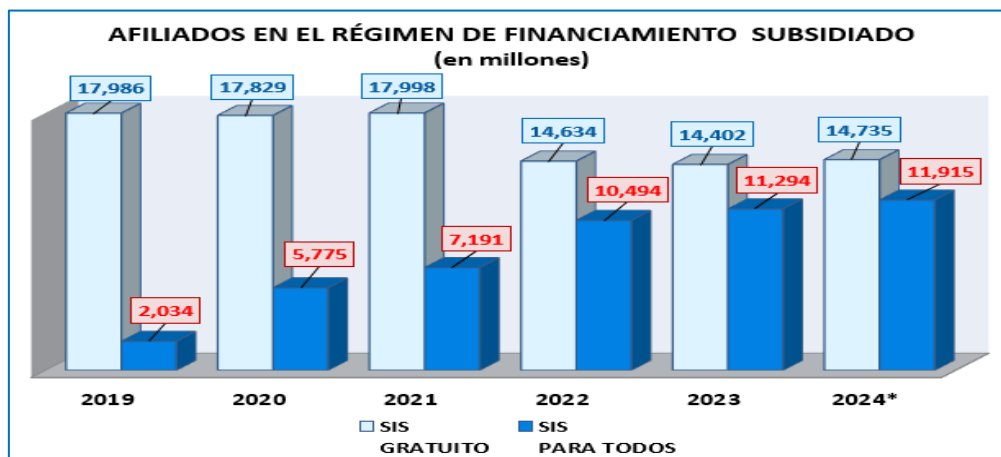
¹⁸ El SIS gratuito es el Plan del SIS que originalmente se creó para la población pobre o muy pobre. El SIS Para Todos incorpora a todos los que no cuentan con un seguro de salud, independientemente de su condición socioeconómica.

AÑO	RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO				
	SIS GRATUITO	%	SIS PARA TODOS	%	TOTAL
2019	17,986	89.84%	2,034	10.16%	20,020
2020	17,829	75.53%	5,775	24.47%	23,604
2021	17,998	71.45%	7,191	28.55%	25,189
2022	14,634	58.24%	10,494	41.76%	25,128
2023	14,402	56.05%	11,294	43.95%	25,696
2024*	14,735	58.24%	11,915	44.71%	26,650

Fuente: Base de datos SIS-GA. Información al 03 octubre 2024

Esta situación se evidencia con mayor claridad en el Gráfico 6, que ilustra el crecimiento del seguro “SIS Para Todos” en comparación con el “SIS Gratuito”. Mientras que el “SIS Para Todos” registra un notable incremento, pasando de 2.3 millones de afiliados en 2019 a 11.9 millones en 2024, el “SIS Gratuito” muestra una tendencia a la baja, reduciéndose de 17.9 millones a 14.7 millones en el mismo período. Este comportamiento refleja un cambio en la dinámica de afiliación y la expansión del “SIS Para Todos” como una opción relevante en el aseguramiento subsidiado.

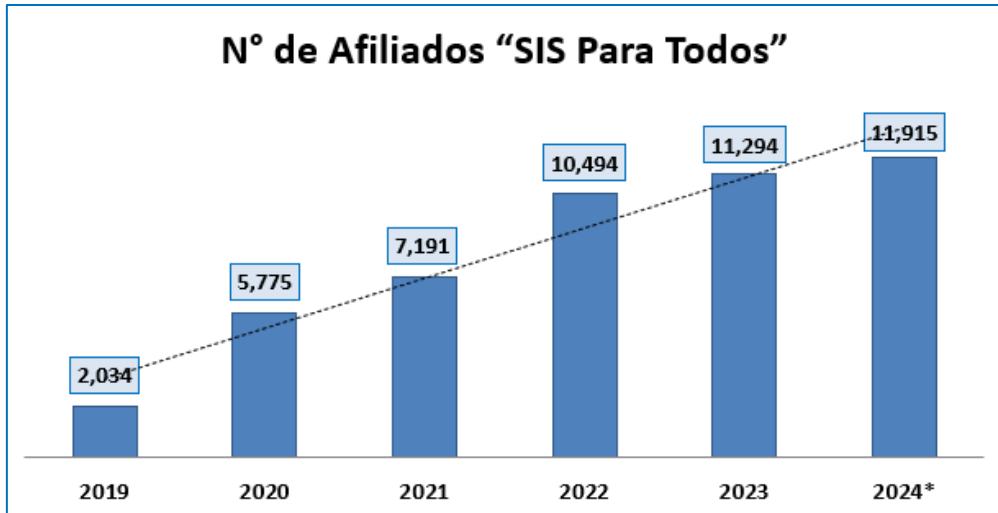
Gráfico 12. Crecimiento comparativo del SIS Gratuito y el SIS para Todos. 2019- 2024



Fuente: Base de datos SIS-GA. Información al 03 octubre 2024.

El Gráfico 13 muestra el crecimiento sostenido de los afiliados al seguro “SIS Para Todos” en el marco del Decreto de Urgencia N.º 017-2019 y su posterior ampliación bajo el Decreto de Urgencia N.º 046-2021 y su modificatoria. En este periodo, el número de afiliados aumentó significativamente, pasando de 2.034 millones en 2019 a 11.915 millones al 3 de octubre de 2024. Este incremento, que representa un notable crecimiento del 452%, evidencia la expansión y la aceptación de este tipo de seguro dentro del régimen subsidiado.

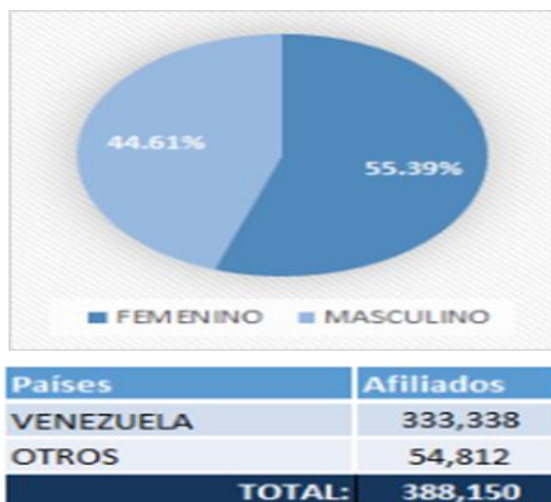
Gráfico 13. Crecimiento de los afiliados “SIS Para Todos” DU-017-2019 y DU- 046-2021



Fuente. Base de datos SIS-GA. Información al 03 octubre 2024

Incremento de población migrante. En los últimos 10 años el número de inmigrantes inscritos en el SIS aumentó considerablemente, aumentando la responsabilidad del aseguramiento a una población que inicialmente no estaba en su plan de desarrollo. Esta situación es particularmente notable en la población migrante de Venezuela. De un total de 388 mil afiliados, 333 mil ciudadanos (86%) provienen de ese país (Gráfico 8).

Gráfico 14. Extranjeros inscritos en el SS



Fuente: GREP - SIS

La edad más frecuente de los migrante es de 30 a 59 años (45%). En menor proporción están los niños de 5 a 11 años (19.2%) y adultos de 18 a 29 años (17%) (Cuadro 8)

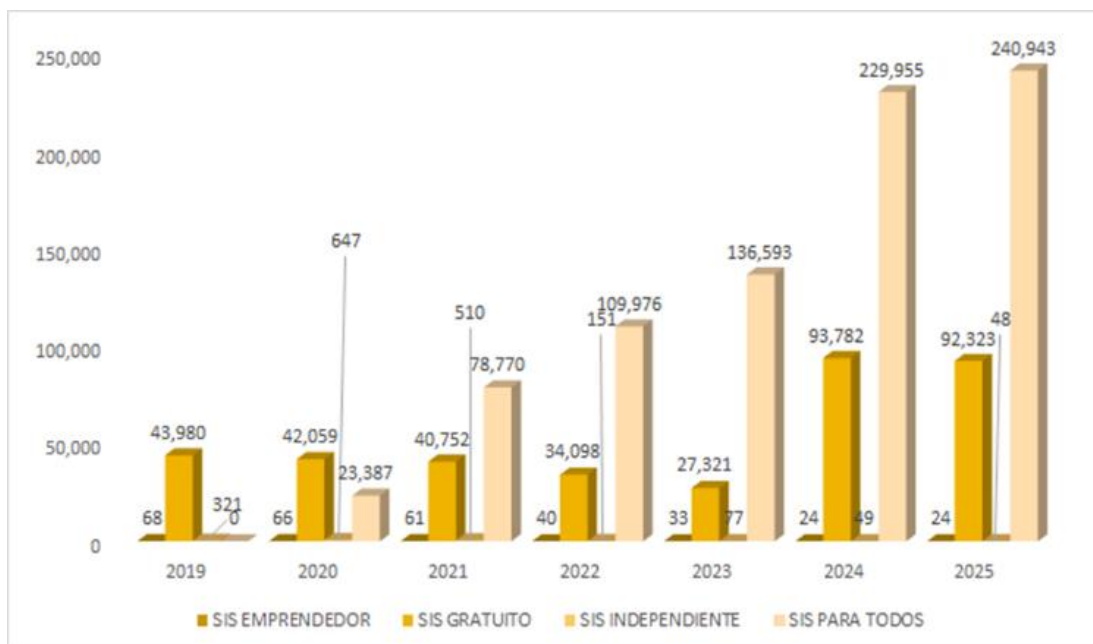
Cuadro 8. Extranjeros afiliados al SIS. Por edad.

RANGO DE EDAD	AFILIADOS	%
00 - 04 AÑOS	15,397	3.97%
05 - 11 AÑOS	74,763	19.26%
12 - 17 AÑOS	40,350	10.40%
18 - 29 AÑOS	66,210	17.06%
30 - 59 AÑOS	174,828	45.04%
60 A MÁS	16,602	4.28%
TOTAL	388,150	100.00%

Fuente: GREP – SIS

Crecimiento de ciudadanos extranjeros afiliados al SIS. El año 2019 los extranjeros de origen venezolano afiliados al SIS eran 44 mil; en el año 2024, 323 mil son asegurados, 229 mil (41%) en el régimen SIS para todos. (Gráfico 9)

Gráfico 15. Ciudadanos venezolanos afiliados al SIS por planes de seguro. 2019 – 2025



Fuente: GREP - SIS

En conclusión, los datos poblacionales sugieren que el SIS tendrá en los años siguientes una mayor responsabilidad en su programa SIS Para Todos, para todos los habitantes en el territorio nacional, por el aumento de la población especialmente de la tercera edad, por la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y por el incremento de población migrante

2.1.2.2 No hay un sistema de costos que provea una referencia válida, confiable y continua para establecer la suficiencia de las transferencias financieras.

A la fecha, no se cuenta con un sistema de costos **observados** que sea válido y confiable (v.g. aceptado por todos), de manera que provea una referencia nacional, regional, actualizada y continua para establecer la suficiencia del financiamiento del sistema público de salud. Por otro lado, existen mandatos normativos que indican a las unidades

ejecutoras llevar a cabo procesos de costeo (v.g. procedimientos médicos o sanitarios) en el ámbito de su competencia. Por otro lado, el costeo observado sobre la base del reporte de los Formatos Únicos de Atención (FUA) del SIS dependen del procesos no digitales de las IPRESS que están sujetos a un conjunto de debilidades.

La ausencia de una referencia válida y actualizada permanentemente hace que el MEF asigne presupuesto de manera reactiva. Además, dicha asignación resulta discrecional. Por otro lado, la relación entre el MINSA (SIS) y los GORES con el MEF deviene en difícil y conflictiva, y por tanto, poco eficaz.

Es muy importante señalar que, para establecer las necesidades de financiamiento actuales (v.g. para el año siguiente), se requiere como mínimo un sistema de costos observados, mientras que para estimar las necesidades futuras de financiamiento (digamos a 10 o 20 años), se requiere un estudio actuarial. Sin embargo, al contar con un sistema que determine los costos presentes, la estimación actuarial se simplifica y su necesidad quedaría reservada a aquellos grandes cambios de política sanitaria o cuando se requiera hacer estimaciones cumulativas a largo plazo (v.g. más de 5 años)

2.1.2.3 Diferentes fuentes de financiamiento para un mismo producto sanitario generan multiplicación del gasto y afectan la capacidad de contratación y control financiero del SIS

Diferentes fuentes de financiamiento dentro del subsector MINSA-GORES, dificultan una asignación eficiente de recursos y genera multiplicidad del gasto, generando presión financiera adicional sobre el SIS.

Actualmente, para una misma finalidad, el financiamiento de los asegurados al SIS se encuentra distribuido entre el MINSA, GORE y el SIS, a través de recursos ordinarios (RO), recursos directamente recaudados (RDR) y donaciones y transferencias (DyT), que son fuentes de financiamiento distintas, lo que genera dispendio de recursos e ineficiencia asignativa, pero, sobre todo, no permite determinar si el financiamiento por una de las fuentes cualesquiera es suficiente. En ese contexto, cuando las IPRESS señalan que no cuentan con financiamiento suficiente, para el SIS no es posible determinar si ello es cierto, y a cargo de qué fuente correspondería el faltante, deviniendo en falta de transparencia. Con ello, se pierde el control de la calidad y cantidad de servicios, generado desatención e insatisfacción del asegurado y la IPRESS, además de la sensación de desfinanciamiento, justificada o no.

En el Cuadro 9 podemos observar los recursos fraccionados que son destinados a los GORES y MINSA, con fuentes de financiamiento diferente a las de Donaciones y Transferencias, a cargo del SIS, que se mostraron en los cuadros 2 y 3. Debido a la normatividad actual que señala que el SIS financia gasto variables y fijos, pero no precisa cuales en concreto, y a que el SIS no tiene visibilidad de los recursos que fueron asignado a una IPRESS por las otras fuentes, el SIS no puede negociar prospectivamente (v.g. a un costo fijo) la cantidad de servicios anuales necesarios para sus asegurados, limitándose a una resistencia pasiva a la hora de negociar montos, en lugar del número de servicios contratados en los convenios de financiamiento correspondientes. Esta situación afecta el proceso de planificación y control de las prestaciones.

Cuadro 9. Recursos con fuentes distintas a DyT.

AÑO	GORES/MINSA	COMPRA CENTRALIZADA	COMPRA INTERNACIONAL	total presupuesto distribuido
2020	1,753,529,996	1,482,419,333	582,731,597	3,818,680,926
2021	2,021,844,304	969,843,355	750,990,338	3,742,677,997
2022	2,404,061,660	1,007,363,460	536,734,549	3,948,159,669
2023	2,416,065,791	867,838,077	507,561,971	3,791,465,839
2024	2,790,823,756	907,959,355	609,281,913	4,308,065,024

Fuente: Consulta amigable.

Falta de capacidad operativa en los establecimientos de salud. Aunque el SIS transfiere fondos a las IPRESS, muchas de estas enfrentan problemas de capacidad para gestionar esos recursos de manera efectiva, como retrasos en las compras institucionales o mala planificación. Manejar varias fuentes de financiamiento para la misma finalidad multiplica y complejiza la operatividad y agrava la percepción de insuficiencia, por lo que los fondos no siempre se traducen en atenciones oportunas y efectivas, y los hospitales terminan asumiendo costos que luego reclaman al SIS.

Por otro lado, la estimación prospectiva del volumen de servicios contratados anualmente es una función principal de toda aseguradora, y se relaciona con el control financiero, así como con la planificación y el crecimiento ordenado de la oferta. La capacidad de compra de la IAFAS se relaciona con su capacidad de establecer condiciones financieras que generen incentivos para la calidad y entrega total de los servicios contratados. Ello no es posible si para el mismo servicio intervienen varias fuentes de financiamiento, como en el caso presente de fraccionamiento. Ello se agrava si el SIS no tiene acceso a la información detallada de las otras fuentes de financiamiento, por unidad ejecutora.

La contratación de servicios mediante mecanismos de pago que estimulen la producción de servicios con calidad, oportunidad, completamente gratis (v.g. sin pagos de bolsillo) y al costo más bajo para el sistema requiere la implementación de bonificaciones a quienes producen servicios con dichos atributos, lo que contribuye a la contención de costos en todo el sistema. Al respecto, se han publicado extensas revisiones sobre pago por valor, y las acciones para disminuir el número de fuentes de financiamiento para la misma finalidad están alineadas con el objetivo de aumentar el poder de negociación y compra de la IAFAS SIS para implementar mecanismos de pago que incentiven eficiencia.

2.2 ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA SITUACIÓN FÁCTICA

En tal sentido, se ha delimitado como problema público la insuficiencia del financiamiento de las prestaciones a cargo del Seguro Integral de Salud, debida a las siguientes razones: a) sub financiamiento crónico del SIS que genera pendientes de pago a las IPRESS; b) la inexistencia de un sistema de costos observados que provea una referencia válida, confiable y continua de los requerimientos presupuestales para el financiamiento a nivel nacional y regional, entre otras variables de estratificación relevantes; c) la existencia de diferentes fuentes de financiamiento para un mismo producto sanitario, que no permite que el SIS implemente las herramientas de gestión financiera que deberían promover la eficacia de las intervenciones de salud y la eficiencia en la gestión de los recursos asignados a los prestadores de salud; y d) la existencia de múltiples fuentes de financiamiento afecta la capacidad de contratación y control financiero del SIS.

2.3 ANÁLISIS SOBRE LA NECESIDAD, VIABILIDAD Y OPORTUNIDAD DEL PROYECTO NORMATIVO

2.3.1 Sobre la necesidad

El reordenamiento de los canales de financiamiento de los servicios de salud es una necesidad urgente por los motivos que se han enumerado en párrafos previos: la fragmentación y la superposición de financiamiento. Sus efectos se verán de inmediato en la eficiencia y calidad de la atención a los asegurados

2.3.2 Sobre la Viabilidad

Al respecto, **resulta viable** que, a través de una norma con rango de Ley, se dispongan las medidas necesarias que **llevar a la práctica la iniciativa legislativa depende de la voluntad política del Ejecutivo para reordenar el presupuesto y asignarlo a prioridades sociales, como la salud.**; así como modificar y derogar toda aquella normativa con rango de ley que entre en oposición con la presente norma.

2.3.3 Sobre la oportunidad

De igual modo, la propuesta de Ley resulta oportuna. La Pandemia por COVID-19 ha mostrado que cuanto antes se actúe en materia de prevención, promoción y atención rápida mucho menor será el daño y más rápida la recuperación.

2.4 ANÁLISIS DEL NUEVO ESTADO QUE GENERA LA PROPUESTA

Estando a las consideraciones expuestas, se precisa que la propuesta de Ley genera un nuevo estado de las cosas, de acuerdo con lo siguiente:

Financiamiento adecuado

La propuesta de esta ley permitirá al SIS superar su déficit financiero y garantizar un financiamiento adecuado y sostenible, sobre la base. Con ello, podrá afrontar el aumento en los costos de los servicios de salud, impulsado por el envejecimiento de la población y la creciente incidencia de enfermedades crónicas, que requieren atención especializada.

Sistema de costeo

La implementación un sistema de costos observados nacional por muestreo, que brinde estimaciones nacionales, regionales y por niveles de categorización, permitirá al MEF, MINSA y Gobiernos Regionales programar sus recursos con mayor precisión y confiabilidad. Este sistema brindará información actualizada y continua sobre costos, asegurando que las variaciones en el valor de las prestaciones no afecten al asegurado. Sin embargo, por su magnitud, su implementación debe ser gradual. Por ello, se propone una implementación muestral.

Simplificación y unificación del financiamiento

La consolidación de las partidas de gasto garantizará una gestión más transparente y eficiente de los recursos, desde la planificación hasta la fase de control de intervenciones. Con ello, el aseguramiento en salud cumplirá su función de regular el acceso a servicios con calidad y oportunidad.

Además, la centralización del financiamiento en el SIS fortalecerá su capacidad de negociación con proveedores. Al actuar como un comprador de gran volumen, podrá garantizar productos y servicios de calidad, distribución eficiente a nivel nacional y precios competitivos.

Esta integración optimizará el control financiero de inversiones y compras, haciendo la rendición de cuentas más segura y confiable. Asimismo, otorgará al SIS mayor autoridad para exigir a las IPRESS resultados sanitarios concretos, asegurando la trazabilidad del financiamiento y permitiendo compartir información en tiempo real con el MEF a través de su dashboard de control.

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

La presente norma se enmarca en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, por el cual se establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, así como en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; asimismo, precisa que la protección de la salud es de interés público y que, por tanto, es responsabilidad del Estado regular, vigilar y promoverla.

En lo que se refiere a si corresponde realizar el Análisis de impacto regulatorio, es preciso mencionar que el Decreto Legislativo N° 1565, que aprueba la Ley General de Mejora de la Calidad Regulatoria, establece que es de aplicación para las entidades del Poder Ejecutivo que cuentan con potestad para aprobar y/o proponer disposiciones normativas de **carácter general**, es decir, Decretos Supremos.

Asimismo, dicho Decreto Legislativo N° 1565, deroga el Decreto Legislativo N° 1448, y el artículo Decreto Legislativo N° 1310; empero establece que los procesos de ACR (EX ANTE) y los que se presenten ante la Comisión Multisectorial de Calidad Regulatoria se siguen desarrollando con el Decreto Supremo N° 063-2021-PCM, hasta la aprobación del nuevo Reglamento.

Cabe indicar que, en el numeral 10.1 del artículo 10 del Reglamento que desarrolla el Marco Institucional que rige el Proceso de Mejora de la Calidad Regulatoria y establece los Lineamientos Generales para la aplicación del Análisis de Impacto Regulatorio Ex Ante, aprobado con el Decreto Supremo N° 063-2021-PCM, establece que: “La entidad pública del Poder Ejecutivo tiene la obligación de realizar el AIR Ex Ante previo a la elaboración de disposiciones normativas de carácter general, cuando establezcan, incorporen o modifiquen reglas, prohibiciones, limitaciones, obligaciones, condiciones, requisitos, responsabilidades o cualquier exigencia que genere o implique variación de costos en su cumplimiento por parte de las empresas, ciudadanos o sociedad civil que limite el otorgamiento o reconocimiento de derechos para el óptimo desarrollo de actividades económicas y sociales que contribuyan al desarrollo integral, sostenible, y al bienestar social”.

En esa línea, el numeral 18 del artículo 28 del mismo texto legal, referido a los supuestos que están fuera del alcance del Análisis de Impacto Regulatorio (AIR) Ex Ante, dispone que no se encuentran comprendidos en el AIR Ex Ante, correspondiendo ser declarados improcedentes por la Comisión Multisectorial de Calidad regulatoria (CMCR), de presentarse el caso, el siguiente supuesto: “18. Excepcionalmente, otras materias o proyectos regulatorios que la CMCR, previa evaluación y de manera fundamentada, sobre la base de la interpretación del alcance del presente Reglamento, señale que se encuentran fuera del alcance establecido en el numeral 10.1 del artículo 10”.

En ese orden, en caso la propuesta normativa sea impulsada desde el despacho del Ministerio de Salud la misma se encuentra fuera del alcance del AIR Ex Ante, puesto que la misma no establece, incorpora o modifica reglas, prohibiciones, limitaciones, obligaciones, condiciones, requisitos, responsabilidades o cualquier exigencia que genere o implique variación de costos en su cumplimiento por parte de las empresas, ciudadanos

o sociedad civil, que limite el otorgamiento o reconocimiento de derechos para el óptimo desarrollo de actividades económicas y sociales que contribuyan al desarrollo integral, sostenible, y al bienestar social.

La propuesta normativa realiza la modificación de la siguiente normativa con rango de ley:

Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.

IV. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La implementación de las disposiciones contenidas en la presente Ley se financia con cargo al Presupuesto General de la República, dentro de los límites fiscales del Marco Macroeconómico Multianual y las normas de responsabilidad fiscal.

V. RELACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa está alineada al Acuerdo Nacional y en concordancia con la Agenda Legislativa 2024-2025, conforme se detalla a continuación:

ACUERDO NACIONAL		TEMAS / PROYECTOS DE LEY
OBJETIVOS	POLÍTICAS DE ESTADO	
II. EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL	13 ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL	46 ACCESO, REFORMA, MODERNIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD