EXPOSICION DE MOTIVOS

I. Respecto al Aseguramiento en Salud

El aseguramiento universal en salud es un proceso que orienta el accionar del estado hacia la progresión y logro de la cobertura universal en salud, comprendida como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población (lo cual no significa cobertura gratuita de todas las intervenciones), esta comprendida por tres componentes como son:

- La Cobertura Prestacional, esencialmente relacionada con la identificación y entrega de aquellos servicios y prestaciones que la población requiere acorde a sus principales necesidades en salud.
- La Cobertura Financiera, vinculada con la determinación y provisión respecto a cuál es el requerimiento financiero necesario para cubrir todos los costos correspondientes para atender a la población beneficiaria por sus necesidades en salud según la cobertura prestacional definida.
- La Cobertura Poblacional, que orienta a determinar la distribución y el proceso por el cual la población se encuentra protegida por alguno de los mecanismos que el estado determine para proveer de los servicios necesarios y con el financiamiento correspondiente para ello.

En el caso peruano la cobertura prestacional se hace efectiva a través de la formulación de un conjunto mínimo de prestaciones que correspondería al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), asimismo a la identificación de la oferta prestadora de servicios de salud y su organización para otorgar la atención en salud que la población necesita; mientras que la cobertura poblacional parte de la identificación de toda la población a nivel nacional como sujeto de derecho en la protección financiera de sus necesidades en salud, esto bajo criterios de progresividad y gradualidad, acorde a la cobertura prestacional determinada, para ello se da la generación de regímenes de aseguramiento sobre la base de la posibilidad contributiva de cada persona y bajo un principio de equidad, identifica tres regímenes: subsidiado, semicontributivo y contributivo, sin embargo, tales situaciones se corresponden a su vez bajo la prerrogativa del principio de universalidad en la protección; tal hecho se correlaciona con el cálculo y provisión del recurso financiero para su atención, también vinculado a cada uno de los regímenes señalados previamente, pero además a la administración y provisión de estos fondos a través de las denominadas Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS).

El aseguramiento también considera como una característica la portabilidad, por la cual la condición de asegurado acompaña a la persona a todo el territorio nacional, este concepto trasciende de solo la identificación del asegurado, sino también al derecho al acceso irrestricto en términos similares a los de su origen geográfico, y que debiera darse en todo el territorio nacional, es decir, comprendiendo que la salud de la población es dinámica, y ante cualquier necesidad de atención, esta persona debe encontrar servicios orientados a resolver su necesidad, independientemente de su ubicación.

II. Fortalecer el Intercambio prestacional: una opción para ampliar la cobertura y acceso.

En este punto es necesario configurar el Sistema de Salud Peruano el cual es considerado "un ejemplo típico de los Sistemas fragmentados en América Latina. Está compuesto por dos sectores, el público y el privado, y funciona a base de cinco subsistemas que prestan servicios de salud a la población: a) el Ministerio de Salud a

MINISTERIO DE SALUD DGAS

través de establecimientos de salud descentralizados (entregados a las regiones y municipalidades), incluyendo el Seguro Integral de Salud (SIS) como asegurador público con autonomía administrativa; b) El Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al Ministerio de Trabajo; c) La Sanidad de las Fuerzas Armadas, adscritas al Ministerio de la Defensa; d) La Sanidad de la Policía Nacional, adscrita al Ministerio del Interior; y e) Las instituciones del Sector Privado que incluyen aseguradoras y prestadores de servicios."[1]

En ese sentido, comprendiendo que existen diferentes establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo ahora denominadas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) pertenecientes a instituciones distintas, cada una de ellas con una presencia no homogénea a nivel nacional que pueda (en términos generales) abastecerse para atender toda la demanda de su población beneficiaria, asimismo existiendo en ámbitos determinados donde algunas de estas instituciones no cuentan con una oferta suficiente, pero si encontrándose en ellos la presencia de otras instituciones con oferta, y que evaluando y organizando sus servicios se procuraría una mejora en la eficiencia y gestión de los mismos, podrían brindar atención a los beneficiarios externos, de modo que estas IPRESS (coloquialmente establecimiento de salud) se complementarían en la atención, esta articulación en el marco del aseguramiento universal en salud comprende entre otros criterios los mecanismos de intercambio de servicios o intercambio prestacional el cual en consideración al espíritu primigenio de la norma se constituyen en las acciones de articulación interinstitucional que procura el otorgamiento de servicios recíprocos entre dos o más Instituciones del aseguramiento en salud, centrados en el ciudadano para brindar la atención en salud, con el objeto de generar una cobertura más eficiente y optimizando los servicios de salud a nivel nacional.

La problemática en salud que comprende entre otros puntos el acceso a los servicios de salud y la cobertura universal en salud, parte de aspectos transversales a todo el sistema de salud entre ellos aquellos vinculados a la brecha de personal de la salud necesario para la atención de la población, esta brecha que configura una situación no solo disminuida en números globales para algunas profesiones, sino además en lo correspondiente a la distribución del personal en el territorio nacional que grafica ámbitos con alta concentración de personal y otros con una presencia reducida de estos; así también, se identifican brechas en lo correspondiente al equipamiento y otros recursos necesarios para la atención en salud.

En ese sentido y tras la dación del Reglamento de la Ley N° 29344 y posterior la emisión del Decreto legislativo N° 1159 que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público, que derogó en gran medida lo establecido en el reglamento de la Ley Marco, circunscribiendo lo establecido por la Ley y su reglamento a una nueva perspectiva del intercambio prestacional, ameritó el análisis y replanteamiento necesario para su mejora.

Por lo expuesto, comprendiendo que la población peruana requiere de servicios de atención en salud, y que esta población en el marco de la Ley N° 29344 debe estar protegida financieramente de sus necesidades en atención en salud por una IAFAS (coloquialmente aseguradora en salud), siendo atendido al acceder a la oferta prestadora (tercer componente de este modelo), sin embargo, la oferta prestadora está distribuida de forma desigual, existiendo ámbitos en los cuales vive población asegurada a una IAFAS, pero esta IAFAS no cuenta con una red prestadora en tal ámbito, de modo tal que esta población no accede ni recibe servicios de salud, quedando desprotegidas (prestacionalmente), en ese sentido el intercambio prestacional facilita a esta IAFAS a articularse con los establecimientos de salud (IPRESS) del ámbito donde cuenta con asegurados, para que estas IPRESS (no propias) atiendan a su población, de este modo

[1] Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES. Santiago, Chile: OPS/OMS. 2011

MINISTERIO DE SALUD DGAS

se mejora el acceso y la prestación de servicios sociales (en salud) se amplía la capacidad de oferta de servicios de salud con los cuales cuenta la IAFAS para atender a sus asegurados, y posteriormente la IAFAS desarrolle la contraprestación (v.gr. pago) a la IPRESS, sin que esto medie pago innecesario por parte del asegurado; de este modo el intercambio prestacional mejora los servicios al ciudadano al ampliar el acceso a servicios de salud y disminuir el pago innecesario al existir una IAFAS que debe velar por el pago de esa atención.

III. Situación del Intercambio Prestacional en el Perú.

Operativamente este intercambio prestacional a octubre de 2016 cuenta con los siguientes reportes:

1.1 En el marco del Intercambio Prestacional (IP) se cuenta con veintinueve (29) convenios vigentes: Uno (1) suscrito en el año 2011 entre el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud – EsSalud y el Seguro Integral de Salud (SIS); veintisiete (27) suscritos entre los Gobiernos Regionales, Redes Asistenciales de EsSalud y el Seguro Integral de Salud durante los años 2012 y 2013 y; uno suscrito entre SIS y el Ejército del Perú suscrito en el 2016:

CUADRO 1

CONVENIOS DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL VIGENTES SUSCRITOS DURANTE EL 2011 AL 2016

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

2011	Convenio 016-2011 "Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional con MINSA y ESSALUD en el ámbito de Lima Metropolitana" y sus adendas 1 y 2, con aplicación al ámbito de Lima Metropolitana.					
2012 - 2013	SUSCRITOS EN EL 2012			SUCRITOS EN EL 2013		
	N°	GOBIERNOS REGIONALES	REDES ASISTENCIALES DE ESSALUD	N°	GOBIERNOS REGIONALES	REDES ASISTENCIALES DE
	1	Huancavelica	Huancavelica	1	Lambayeque	Lambayeque
	2	Ayacucho	Ayacucho	2	La Libertad	La Libertad
	3	Huánuco	Huánuco	3	Cajamarca	Cajamarca
	4	Piura	Piura	4	Amazonas	Amazonas
	5	San Martin	Moyobamba	5	Ancash	Chimbote
	6	Madre De Dios	Madre De Dios	6	Junín	Junín
	7	Callao	Callao	7	Ica	Ica
	8	Loreto	Loreto	8	Cusco	Cusco
	9	Ucayali	Ucayali	9	Arequipa	Arequipa
	10	Pasco	Pasco	10	Tacna	Tacna
	11	Tumbes	Tumbes	11	Puno	Puno
	12	Apurímac	Apurímac			Juliaca
				13	San Martin	Tarapoto
				14	Moquegua	Moquegua
				15	Lima Región	Sabogal
2016	Convenio de Intercambio Prestacional entre el SIS y el Ejercito Del Perú, con la Intervención del Fondo Intangible Solidario de Salud, el Comando de Salud del Ejercito, La IAFAS Fondos de Salud para el Personal Militar del Ejercito del Perú y la IPRESS Hospital Militar Central					

Fuente: Informe Secretaría Técnica de la Comisión Multisectorial creada mediante D.L. N° 1159.
Elaboración: SIS

Si bien las estadísticas identifican un incremento en las atenciones (en bruto) generadas en el marco del Intercambio prestacional, estas aún no son representativas de las necesidades en atención con las que cuentan los asegurados de las distintas IAFAS.

MINISTERIO DE SALUD DGAS

CUADRO 02

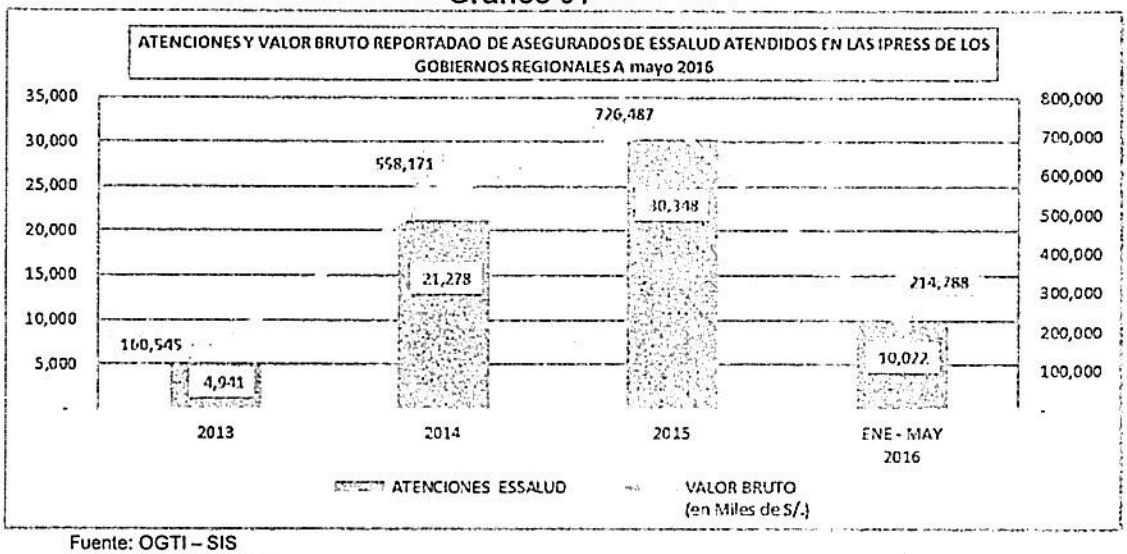
REPORTE DE PRESTACIONES BRINDADAAS EN EL MARCO DEL IP A JUNIO DE 2016			
ENTIDAD	* PRESTACIONES REGISTRADAS	** PRESTACIONES NO REGISTRADAS	TOTAL DE PRESTACIONES
ESSALUD	66,589	_	66,589
SIS	1,720	6,986	8,706
TOTAL	68,309	6,986	75,295

*Reporte base de datos OGTI SIS

** Reporte de UDrs, no registradas en la base de datos del SIS

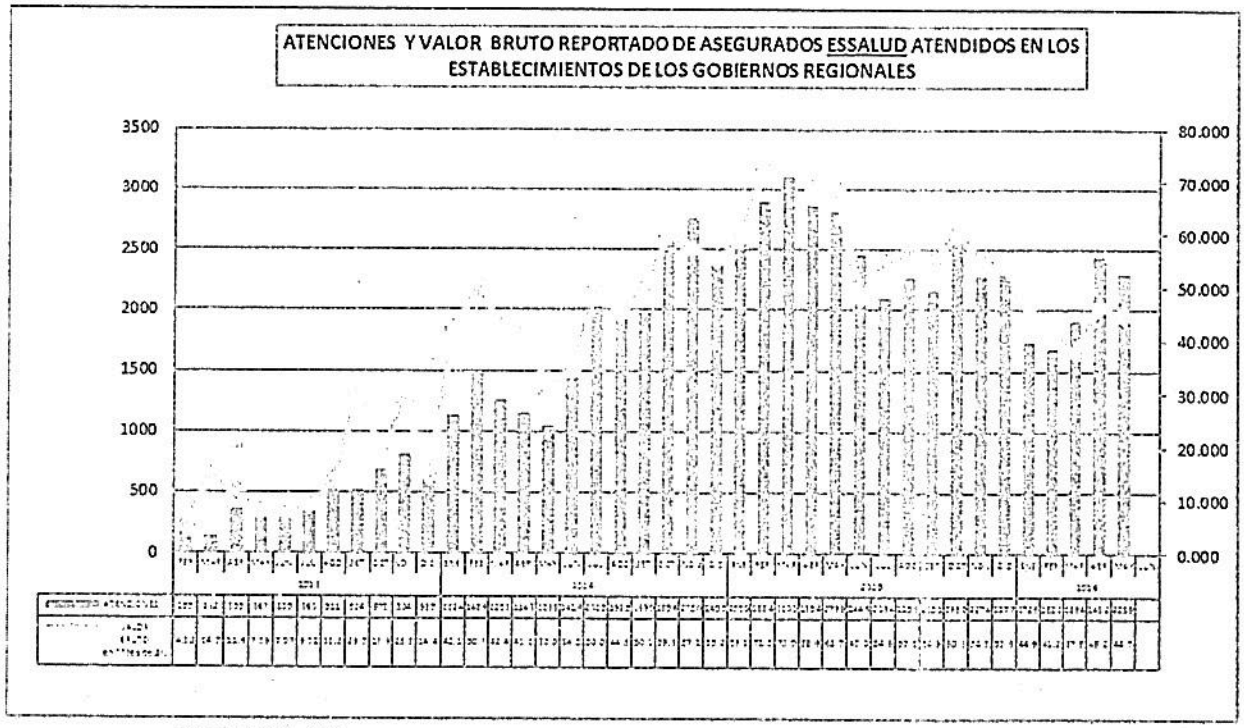
Prestaciones registradas a los asegurados de EsSalud

Grafico 01



Fuente: OGTI – SIS
Elaboración: GREP -SIS

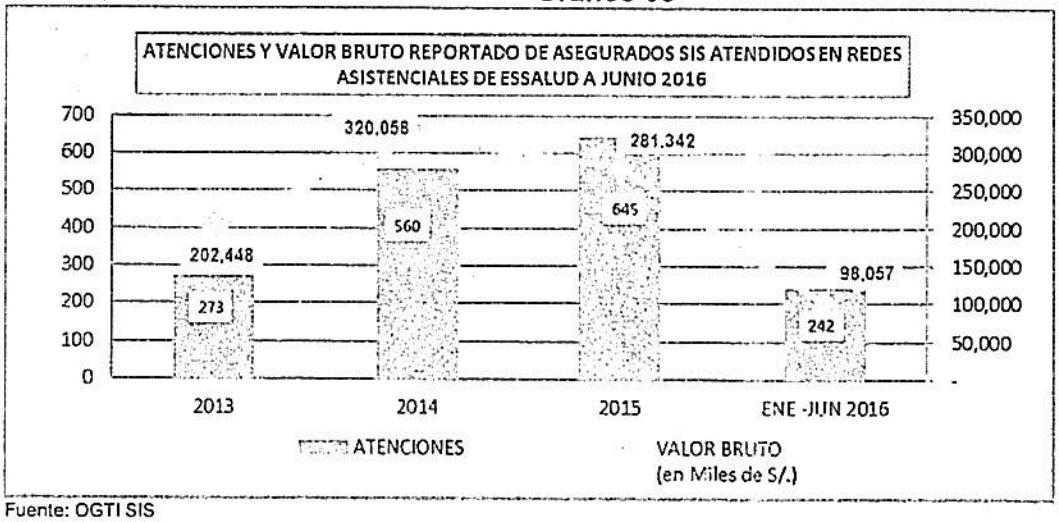
Grafico 02



Fuente: OGTI – SIS
Elaboración: GREP -SIS

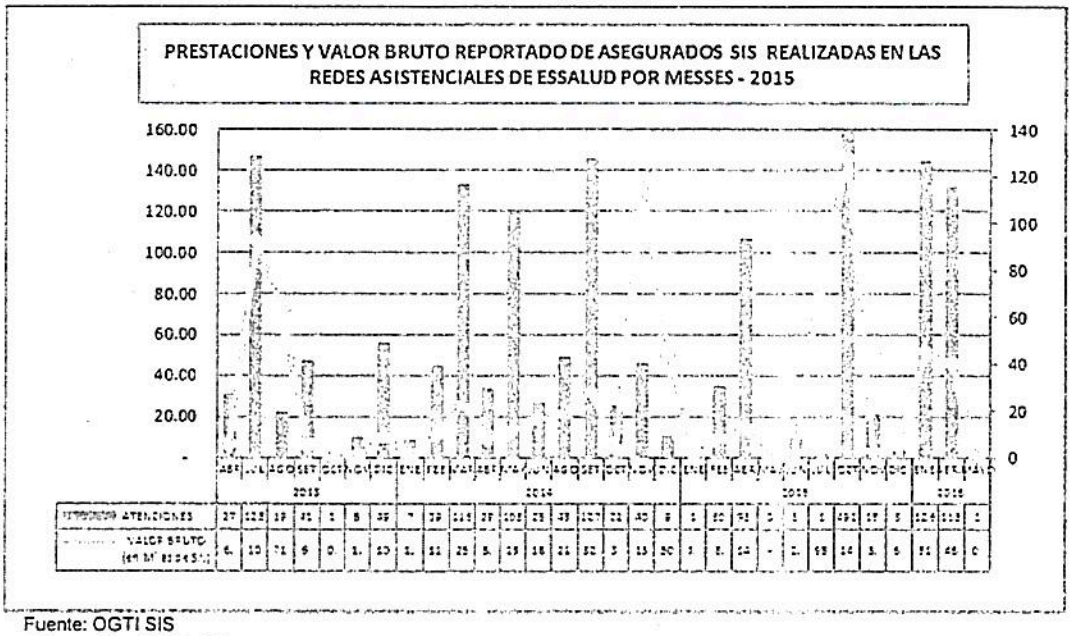
Prestaciones registradas a los asegurados del SIS

Gráfico 03



Fuente: OGTI SIS
Elaboración: GREP - SIS

Gráfico 04



Fuente: OGTI SIS
Elaboración: GREP - SIS

Aun así, tal proceso a la fecha ha presentado una serie de dificultades representadas en diversos informes gestados por las instituciones parte del mismo, entre las principales se encuentran:

a) <u>Vinculadas al proceso prestacional:</u>
   - Algunas prestaciones que requerían y hacían uso la población no se encontraba dentro de los convenios o planes del intercambio prestacional.
   - Dificultades en el proceso de traslado (referencia) entre establecimientos de salud de los distintos prestadores.
   - Desconocimiento del proceso de intercambio prestacional.
   - Recursos y servicios no acordes o adecuados para la prestación del servicio.
   - Prestaciones consideradas están orientadas más a la oferta que a la demanda de la población.
   - Prestaciones no estandarizadas y efectivas en su implementación.

b) <u>Vinculadas al proceso financiero:</u>
   - No se han determinado las estructuras de costos, y los reembolsos para la atención de los asegurados.
   - No se sigue el proceso y los plazos determinados para el pago.
   - Demora en los tiempos de pago.
   - Las IPRESS no reciben el pago por la prestación efectuada, no cuentan con los reportes de los pagos.
   - Existe el proceso de cobranza coactiva al empleador deudor en el ámbito del Gobierno Regional, lo cual disminuye los pagos por las prestaciones efectuadas.
   - Dificultadas para la determinación de las matrices de costos y el pago a efectuar.
   - Existen deudas pendientes de pago por atenciones realizadas a asegurados de ambas IAFAS.

c) <u>Vinculadas a la afiliación y a la población:</u>
   - Existen inconsistencias entre las bases utilizadas para la acreditación del asegurado, se han presenciado casos de asegurados no se encuentran incluidos en la base.

MINISTERIO DE SALUD
DGAS

d) Vinculadas a la norma:
   - No se ha dado una conducción técnica a nivel nacional como instancia rectora sobre el proceso de intercambio prestacional.

e) Otros
   - Sistemas de información no articulados, así como sistemas de codificación no estandarizados.
   - Demoras en la atención de los asegurados por procesos administrativos.

Asimismo de la revisión bibliográfica se identifica el estudio Sistematización y Evaluación del Proceso de Intercambio Prestacional, el cual concluye en puntos similares a los señalados.

Sumado a ello, se constituye en el seno de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) el compromiso del nivel nacional con todos los Gobiernos Regionales representados a través de sus Directores y Gerentes Regionales de Salud, en la revisión y mejoramiento del proceso de intercambio prestacional; asimismo, tras reuniones de coordinación con funcionarios y servidores del Seguro Integral de Salud, Seguro Social de Salud, entre otros se plantea la necesidad de mejorar el marco normativo para el desarrollo del proceso de intercambio prestacional.

IV. Oportunidades y necesidades en la mejora del desarrollo del Intercambio Prestacional.

En ese contexto amerita el replanteamiento del proceso de intercambio prestacional, ergo la normativa que establece el marco legal para su operación, se plantean como medidas que sobre la base de la realidad percibida, y la información provista por los agentes participantes del proceso de intercambio prestacional se expone a continuación:

- El objeto del intercambio prestacional, del aseguramiento universal en salud, así como las acciones desarrolladas desde los organismos públicos se orientan y toman como centro a la persona, comprendida como el objeto de toda acción, tal dogma debe quedar sentado de forma expresa en especial en los procesos y acciones en salud, hecho que con mayor razón debe ser contemplado y puesto en práctica a validar, implementar y evaluar las acciones determinadas; en ese sentido el Intercambio Prestacional debe contemplar tal disposición.

- En ese mismo sentido, reconocer que el proceso de intercambio prestacional comprende en su espíritu acorde a la Ley Marco y sus principios y características como un mecanismo mucho más amplio que el circunscribirlo a únicamente la compra venta de servicios, para el desarrollo del intercambio prestacional la compra venta de servicios es solo una de los formas, existiendo una gamma de mecanismos de articulación prestacional financiera en procura de la cobertura poblacional y el acceso a los servicios de salud, no debiendo ceñirlo únicamente a la compra venta de servicios.

- La problemática reflejada por lo visto identifica en el requerimiento de las matrices de costos concordadas una valla para la operatividad del intercambio prestacional toda vez que si bien existe una norma ministerial[2] que determina una metodología para la estimación de costos estándar, la misma era únicamente de aplicación para los establecimientos del Ministerio de Salud y

[2] Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA

los Gobiernos Regionales siendo referencial para los demás establecimientos del sector público y privado, además se desconoce el nivel de aplicación y cumplimiento a la fecha, esto genera dificultades al momento de determinar y consensuar las estructuras de costos y las matrices respectivas, dilatando en gran medida la implementación del proceso; en el entendido además que es potestad de las instituciones la gestión administrativa en su ámbito lo cual involucra la determinación de los recursos para la provisión de los servicios.

- Un mecanismo identificado y propuesto por los actores participantes del proceso de intercambio prestacional corresponde al uso de tarifas las cuales a nivel de los establecimientos de salud públicos, se deberán alinear a los Lineamientos de Política Tarifaria vigentes y que deben estar orientadas hacia la equidad, con transparencia, con una base técnica en costos, estas tarifas a su vez deben obedecer a lo establecido en el marco legal del aseguramiento en salud, no debiendo de forma alguna contener márgenes de lucro o rentabilidad, basadas estrictamente en los costos operativos; siendo responsabilidad de SUSALUD la vigilancia y control de lo señalado.

- Sin perjuicio de lo indicado, el uso de este mecanismo como es el uso de tarifas o Unidades Relativas de Valor consensuadas, se debiera constituir un proceso de alcance nacional para la formulación e identificación de las estructuras de costos y determinación de los costos de las condiciones asegurables en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en un primer momento, debiendo progresar al total de prestaciones consideradas en los respectivos Catálogos de Procedimientos por aprobarse.

- Mediante Decreto Legislativo N° 1161 se aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, definiéndolo como el organismo rector del sector Salud, entre las que se encuentra las competencias en Aseguramiento en salud, mediante Decreto Supremo N° 007-2016-SA se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el cual establece como un órgano de línea del Ministerio de Salud a la Dirección General de Aseguramiento en Salud, que se constituye en el órgano de línea que conduce la política de aseguramiento en salud y que involucra aspectos conducentes a la cobertura universal en salud y protección social en salud, y que contempla entre otras las siguientes funciones:
    - Proponer normas y lineamientos en materia de intercambio prestacional, con excepción de aquellos aspectos que regula la Superintendencia Nacional de Salud.
    - Proponer mecanismos para articular el aseguramiento en salud, incluyendo los dirigidos a garantizar la portabilidad.
    - Formular y proponer lineamiento para la coordinación y articulación e la oferta en salud, alineando la producción de servicios de salud de calidad.
    - Proponer lineamientos para el desarrollo de un sistema integrado de información para el aseguramiento; en el ámbito de su competencia.
    - Conducir la asistencia técnica y la promoción de la capacitación a los diferentes niveles de gobierno, en los asuntos de su competencia.

- Asimismo, siendo un problema identificado por los agentes participantes del proceso de intercambio prestacional, el no contar con una instancia rectora que conduzca e integre todas las acciones desarrolladas en el proceso de intercambio prestacional, así como potestad vinculante y legal atribuida, efectos que la Comisión Nacional de Intercambio prestacional no contemplaba en todos sus extremos, siendo además no percibida como alivio o efectiva en

MINISTERIO DE SALUD DGAS

su acción por las partes, y toda vez que acorde al marco normativo vigente se cuenta con una Unidad orgánica del Ministerio de Salud que asumiría tal competencia, además que obedece y se circunscribe en las recomendaciones planteadas por los agentes participantes del intercambio prestacional, correspondería a la Dirección General de Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud la conducción y todas aquellas funciones irrogadas a la Comisión Nacional creada mediante el Decreto Legislativo 1159.

- En gran medida los aspectos contenidos en el Decreto Legislativo corresponden a disposiciones más de índole operativo las cuales debiendo obedecer a la diversidad presente en el ámbito nacional debieran facilitar su operación, sin embargo por encontrarse en una norma con rango de Ley, se constituía en restricciones en el campo operativo, estas precisiones técnicas deben ser contenidas en el respectivo reglamento el mismo que en su formulación debe contemplar la salvedad y resguardo administrativo, legal, técnico y financiero tanto en su formulación como para el momento de la implementación, determinar además mecanismos de contemplación de situaciones especiales, que sin convertirse en la norma, deben encontrar algún espacio legal para su atención y resolución, sin que esto afecte u oriente el objeto de la norma y el proceso que regula.

- Siendo el Ministerio de Salud el órgano rector en salud a nivel nacional, para ello desarrolla entre sus funciones el dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector, además regular y establecer la política de aseguramiento en salud y regular las entidades y los procesos vinculados a esta, también el promover, articular y desarrollar estrategias para el adecuado cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización; asimismo en atención a las normas vinculadas a la política de descentralización y a los Gobiernos Regionales, y orientando el desarrollo de un proceso más articulado, y que en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública que establece entre sus principios orientadores la articulación intergubernamental y el balance entre flexibilidad y control de la gestión, se evidencia que para el desarrollo del intercambio prestacional existe la necesidad de una instancia articuladora de la red prestadora del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, de modo que facilite el desarrollo del intercambio prestacional al interactuar y acordar sus detalles operativos con las IAFAS directamente pero con la participación de las partes.

- En ese sentido, esta instancia facilitaría el desarrollo del proceso de intercambio prestacional de manera concordada al requerir, participar y representar a las IPRESS y UGIPRESS de los Gobiernos Regionales al momento de interactuar con las IAFAS públicas, de modo que respetando la autoridad de los Gobiernos Regionales -según lo dispuesto en el proceso de descentralización, pero que en el marco de las funciones del Ministerio de Salud como órgano rector del sistema de salud peruano- se estaría determinando el mecanismo para el desarrollo del intercambio prestacional.

- Operativamente la instancia del MINSA, ante la necesidad planteada por una IAFAS pública para el desarrollo del intercambio prestacional en un ámbito o ámbitos regionales, coordinará y requerirá al Gobierno Regional a través de su Gerencias o Direcciones Regionales de Salud, la información necesaria para atender e iniciar el proceso de articulación con la IAFAS, esta acción contará con la participación de las partes (IAFAS – Representante del Gobierno

MINISTERIO DE SALUD DGAS

Regional como IPRESS o UGIPRESS), donde tomado el acuerdo sobre la necesidad y capacidad de atención se formalizará mediante un documento específico, debiendo los procesos prestacionales y financieros ejecutarlos entre las partes directamente.

- Este mecanismo generará entre sus pros: disminuye el requerimiento administrativo de la generación de convenios entre las IAFAS públicas y las UGIPRESS e IPRESS publicas pertenecientes a los gobiernos regionales y el MINSA (25 gobiernos regionales por 7 IAFAS públicas); mejora la atención a las dificultades que se pudieran brindar en el desarrollo del intercambio prestacional al caracterizar un portafolio de carteras por cada acuerdo y que además será puesto de conocimiento a SUSALUD (a fin procesada según sus competencias) y monitorizado desde el MINSA; fortalece al Sistema de Salud y la rectoría del Ministerio de Salud al generar un mecanismo directo de articulación entre la red prestadora dada en las IPRESS de los Gobiernos Regionales; facilita el desarrollo del intercambio prestacional al definir procesos y herramientas estandarizadas, pero considerando los ajustes necesarios según la necesidad; mejora el registro y provisión de información ergo la toma de decisiones al generar, consolidar y proveer información valiosa no solo sobre el intercambio prestacional sino además sobre la situación a nivel regional en la provisión y brechas de atención; es decir eficiencia, efectividad, articulación y mejoramiento del sistema de salud y fundamentalmente una política centrada en la persona y la atención de sus necesidades donde prima el derecho de la persona y los organismos públicos orientan sus acciones enfocadas en la población.

- En términos generales, la mejora al proceso actual comprendida en el proyecto de Decreto Legislativo generará beneficios a nivel de la población en la prestación de servicios sociales, en esta caso del sector salud, al ampliar la oferta prestadora, la misma que facilitaría su acceso al encontrarse próxima a la persona y su comunidad, este beneficio no solo comprendería el acceso físico sino además el acceso de tipo económico, dado que la IAFAS deberá responder por los requerimientos en salud de su asegurado y su financiamiento, esto impactaría en gran medida disminuyendo el gasto de bolsillo de la persona, también facilitando la articulación entre los establecimientos de salud del ámbito definido, entre los cuales se procuraría resolver la necesidad de atención en salud de forma integral, además es preciso señalar que este mecanismo al considerar la situación actual del intercambio y según las características ajustadas a ella, facilitaría la mejora en la gestión y atención en salud por los establecimientos de salud al hacer uso de sus recursos que potencialmente podrían estar operando en condiciones de infrautilización; a nivel de las IAFAS la ampliación de oferta generaría una cobertura efectiva y cumplimiento de las condiciones de la afiliación a sus asegurados, asimismo al existir oferta prestadora la población accedería tempranamente a una atención en salud y dependiendo de los mecanismos de ajuste, sería tendiente a acciones preventivas y de promoción de la salud, con ello disminuiría el costo asociado a prestaciones de mayor complejidad o por patología crónica evitable.

- La condiciones contempladas facilitarían el desarrollo del intercambio prestacional toda vez que para ello un elemento primordial es considerar la demanda insatisfecha, la cual junto a la capacidad resolutiva comprenden dos componentes que si bien con características dinámicas en su presentación (la capacidad de oferta disponible y la necesidad son factores variables/dinámicos en el tiempo) motivo de ello el punto de contacto entre las partes si bien debe

MINISTERIO DE SALUD DGAS

considerar estas condiciones, pero debe a su vez ser lo suficientemente flexible para no encasillar o restringir el intercambio en especial si el mismo debe estar orientado y centrado en la persona y sus necesidades de salud (las cuales también son variables en el tiempo); un factor adicional esta en relación a la necesidad de incluir condiciones para el intercambio, pero que en términos prácticos se constituyen en un insumo al momento de definir las características y dispositivos operativos (procesos) a desarrollarse con el detalle necesario en el respectivo reglamento así como en aquellas normas complementarias necesarias.

- Una situación que se viene presentando es el riesgo de desprotección a la persona al momento de transitar (cambiar) de una IAFAS a otra (v.gr. gestante afiliada a una IAFAS que al cambiar a otra IAFAS puede quedar desprotegida en la cobertura de su gestación y parto), este cambio corta la continuidad en la protección de la persona (por diferentes motivos uno de ellos por ejemplo la carencia), cuestión que desde toda perspectiva no puede ser permitida debiendo ser abordada y formular disposiciones concretas para su solución, toda vez que el objeto del presente modelo de intercambio prestacional se centra en la persona, ergo y vista esta situación el DL plantea con carácter expreso la indicación a la Autoridad Sanitaria Nacional regule de forma específica tal situación, y que por su detalle técnico debiera formularse contemplando todas las aristas de la problemática, para una solución efectiva.

- El presente modelo prioriza la articulación pública en la prestación y la cobertura financiera de la población, exponiendo en su cuerpo diversos dispositivos que determinan la obligatoriedad y consideración de la oferta prestadora pública para su articulación con las IAFAS públicas.

- Respecto al Decreto Legislativo N° 1154 (DL 1154), se precisa que el clasificador de fuentes de financiamiento y rubros del MEF establece como fuentes de financiamiento a: Recursos ordinarios, recursos directamente recaudados, donaciones y trasferencias y los recursos determinados, estos últimos a su vez comprenden 4 rubros: contribuciones a Fondos, Fondo de Compensación Municipal, Impuestos Municipales y Canon y Sobrecanon, Regalías, Renta de Aduanas y Participaciones, si bien el DL 1154 considera como fuentes de financiamiento a los Recursos Directamente Recaudados, Donaciones y Transferencias y excepcionalmente a los Recursos Ordinarios, sin embargo, para el caso de la IAFAS ESSALUD, el financiamiento comprende como fuente a los recursos determinados en el rubro contribuciones a fondos[3], motivo por el cual se hace necesario modificar lo establecido en el artículo 5 del DL 1154, incorporando en su texto el reconocimiento a las fuentes de financiamiento con las cuales cuenta ESSALUD para poder operar, pero debiendo precisarse además que tal fuente (Recursos Determinados) no correspondería a todos sus rubros (v.gr. canon y sobrecanon) sino esencialmente aquellos considerados como contribuciones a fondos y con el señalamiento expreso que corresponden a los ingresos por contribuciones de la Seguridad Social en Salud – ESSALUD.

[3] 04. Contribuciones a Fondos: Considera los fondos provenientes de los aportes obligatorios efectuados por los trabajadores de acuerdo a la normatividad vigente, así como los aportes obligatorios realizados por los empleadores al régimen de prestaciones de salud del Seguro Social de Salud. Se incluyen las transferencias de fondos del Fondo Consolidado de Reservas Previsionales así como aquellas que por disposición legal constituyen fondos para Reservas Previsionales. Incluye el rendimiento financiero así como los saldos de balance de años fiscales anteriores. (Anexo 4 Clasificador de Fuentes de Financiamiento y Rubros para el Año Fiscal 2016)

MINISTERIO DE SALUD DGAS

VINCULACION CON LAS FACULTADES LEGISLATIVAS DADA AL PODER EJECUTIVO

El Estado debe desarrollar estrategias efectivas que permitan mejorar la cobertura de servicios de salud para los asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad; para cuyo efecto, resulta necesario dictar disposiciones destinadas a optimizar los servicios vinculados al intercambio prestacional en salud en el sector público.

El proceso mejorado de Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público tiende a implementar acciones de articulación interinstitucional que garantice la reciprocidad en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre IAFAS e IPRESS públicas, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente oferta publica disponible a nivel nacional.

Por lo expuesto, la propuesta normativa está en el marco de la Ley N° 30506, que delega facultades legislativas al poder ejecutivo, artículo 2 numeral 1 literal h), específicamente en el extremo que se faculta para dictar **medidas para la optimización de servicios en las entidades públicas del Estado, coadyuvando al fortalecimiento institucional y la calidad en el servicio al ciudadano.**

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La propuesta normativa no irroga mayores gastos al Estado, por cuanto el proceso de intercambio prestacional se ha venido ejecutando hasta la fecha en virtud del Decreto Legislativo N° 1159, no obstante se requiere optimizar el modelo del proceso, a fin de superar las limitantes advertidas en su implementación.

El desarrollo del intercambio prestacional como modelo involucra como elementos a considerar en el requerimiento económico a la oferta prestadora, la capacidad financiera de la IAFAS y la población a proteger, es decir es la expresión de la Cobertura Universal en Salud (cobertura poblacional + cobertura prestacional + cobertura financiera), en ese sentido son factores vinculados a su operación (y por ende financiamiento): los establecimientos de salud con los servicios (prestaciones: consulta médica, procedimientos médicos, exámenes auxiliares, etc.) que estarían proveyendo para la atención en salud y que si bien tendrán su expresión económica en una tarifa (en atención a los dispositivos técnicos para su cálculo), el requerimiento económico operacional de la IPRESS estará en proporción a la demanda/uso de los servicios, en este punto es necesario recordar que la cobertura prestacional comprende además el conjunto de prestaciones que la IAFAS reconoce a sus asegurados y por ende financia, en el caso del Perú este conjunto de prestaciones se agrupa en un plan mínimo de beneficios (PEAS),y que además en el caso de las IAFAS públicas comprende planes complementarios y planes específicos. A modo de corolario, el recurso económico requerido en el proceso de intercambio prestacional será dependiente de: las prestaciones a financiar por las IAFAS, la cual tomará en cuenta la demanda insatisfecha; de la población afiliada la cual podría estar beneficiándose del proceso y de la oferta prestadora capaz de atender esta demanda; todo esto debiera constituirse en la articulación IAFAS-IPRESS/UGIPRESS para definir los servicios, prestaciones o paquetes requeridos, la población beneficiaria y la tarifa aprobada por las partes, con su expresión económica correspondiente.

MINISTERIO DE SALUD DGAS

EFECTO SOBRE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

La propuesta normativa deroga el Decreto Legislativo 1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.

Asimismo, la propuesta normativa modifica el artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los Servicios Complementarios en Salud, con el propósito de incorporar en el detalle de las fuentes de financiamiento que detalla dicho artículo, a los Recursos Determinados, para el caso de ESSALUD.

MINISTERIO DE SALUD
DGAS