

DL
1346

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES:

Mediante Ley N° 30506, el Congreso de la República ha delegado en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar, por el plazo de noventa (90) días calendario, en materia de reactivación económica y formalización, seguridad ciudadana, lucha contra la corrupción, agua y saneamiento y reorganización de Petroperú S.A., en los términos a que hace referencia el artículo 104 de la Constitución Política del Perú y el artículo 90 del Reglamento del Congreso de la República.

El literal h) del numeral 1 del artículo 2 de la citada Ley, establece la facultad de modificar el marco normativo del procedimiento administrativo general con el objeto de simplificar, optimizar y eliminar procedimientos administrativos, priorizar y fortalecer las acciones de fiscalización posterior y sanción, incluyendo la capacidad operativa para llevarlas a cabo; emitir normas que regulen o faciliten el desarrollo de actividades económicas, comerciales y prestación de servicios sociales en los tres niveles de gobierno, incluyendo simplificación administrativa de los procedimientos relativos al patrimonio cultural; dictar normas generales y específicas para la estandarización de procedimientos administrativos comunes en la administración pública con la finalidad de hacer predecibles sus requisitos y plazos; aprobar medidas que permitan la eliminación de barreras burocráticas en los tres niveles de gobierno; autorizar la transferencia de programas sociales mediante decreto supremo; y 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.

En ese contexto, resulta de prioritario interés para el Estado emitir normas que garanticen la mejora de los servicios que son prestados a través del Seguro Integral de Salud (SIS) a las personas residentes en el territorio peruano, para lo cual resulta necesario emitir disposiciones legales que optimicen los procesos internos de la referida Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, para brindar los servicios a la población más necesitada el país, referidos al financiamiento de las atenciones en salud requeridas.

En ese sentido, para el adecuado funcionamiento de los procesos operativos que sirven de soporte a los servicios brindados, es necesario establecer mejoras en el marco legal, toda vez que actualmente el marco normativo existente limita la optimización del uso de los recursos económicos que sirven para financiar los diferentes regímenes que administra el Seguro Integral de Salud. De esta manera, el proceso de afiliación actual, por ejemplo, de los grupos poblacionales que han sido afiliados de forma directa al régimen subsidiado por norma expresa, no ha considerado el equilibrio financiero, pues si bien la normativa aplicable facilita la incorporación de nuevas personas al régimen señalado, no se ha considerado el impacto presupuestal que significaba la implementación de las afiliaciones directas y la sostenibilidad del financiamiento de las mismas.

Para ello, debe tenerse presente que en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, se establecieron como características del aseguramiento en salud la obligatoriedad y progresividad, a efectos que el Estado garantice que toda la población a nivel nacional se encuentre afiliada a algún régimen de aseguramiento de forma gradual, incremental y continua; para cuyo efecto, se deben gestionar políticas públicas que desarrollen mecanismos para su ampliación, las cuales deben contemplar las características de sostenibilidad y



garantías en el proceso de aseguramiento universal en salud, del cual el Seguro Integral de Salud participa como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.

Cabe señalar que la citada norma establece en su artículo 29 que todas y todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en base a los regímenes vigentes. Asimismo, precisa que el régimen subsidiado comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, cuyo financiamiento es íntegramente público; bajo ese contexto, el régimen subsidiado está orientado principalmente a poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos, quienes cuentan con cobertura a través del Seguro Integral de Salud.

Es importante señalar que mediante Decreto Supremo N° 039-2016-SA, publicado el 9 de octubre del 2016 en el Diario Oficial El Peruano, se declaró en reorganización el Seguro Integral de Salud (SIS), con el objeto de garantizar la idoneidad en la gestión de los recursos públicos en el marco del aseguramiento universal en salud, en pro de una efectiva prestación de los servicios de salud que se brinda a la población.

En tal sentido, resulta un imperativo legal la aprobación de disposiciones normativas destinadas a mejorar los niveles de eficiencia en los procesos de gestión y administración de los servicios financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS), garantizando, de este modo, la optimización del uso de los recursos públicos, principalmente a las personas que se encuentran en condición de pobreza o pobreza extrema o en condición de vulnerabilidad, en el marco del aseguramiento universal.



II. FUNDAMENTO

Conforme con lo dispuesto por el Decreto Supremo 010-2016-SA y el Decreto Supremo N° 011-2011-SA, el SIS, en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas (IAFAS) Pública, presta los servicios de recepción, captación y gestión de fondos para la cobertura de las atenciones de salud y oferta de cobertura de riesgos de salud a personas que se encuentran en condición de pobreza o en vulnerabilidad así como de aquellas que no cuenten con otro seguro de salud.

En ese marco, el SIS, para su adecuado funcionamiento, conforme lo dispuesto en el Decreto Supremo 010-2016-SA, debe desarrollar de manera eficiente los siguientes procesos:

Imagen N°1:

Procesos misionales de Nivel 0 establecidos para una IAFAS pública



Fuente: SUSALUD

No obstante, en el marco del trabajo de la Comisión Interventora del SIS, se ha identificado un conjunto de medidas tendentes a mejorar el desarrollo de estos procesos dentro del SIS, resultando necesario proponer medidas regulatorias orientadas a mejorar estos procesos a fin de optimizar los servicios prestados por el SIS, los cuales se sustentan a continuación:

2.1. Sobre la optimización del proceso de suscripción y afiliación

El Decreto Supremo 010-2016-SA define al proceso de Gestión de Suscripción y Afiliación como aquel constituido por todas las actividades que permiten incorporar afiliados en los planes que mantienen las IAFAS.

Al respecto, es necesario indicar que en correspondencia con los objetivos nacionales de desarrollo del país al 2021, el Perú ha logrado importantes avances hacia el logro del aseguramiento universal en salud. Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), la población con algún tipo de seguro de salud pasó de 37.3% en 2004 a 72.9% en 2015. No obstante, tal como mencionan organismos como OCDE, CEPAL y otros, el acceso a servicios básicos de salud en nuestro país continúa todavía por debajo de la media para América Latina y el Caribe.

Respecto del proceso de afiliación al SIS, el artículo 29° del Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, establece que existen tres regímenes de financiamiento en el modelo de aseguramiento universal de salud del Perú: El régimen contributivo, el régimen subsidiado y el régimen semi contributivo.

El numeral 2 de dicho artículo, respecto del régimen subsidiado, indica:

"2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud." (el subrayado es nuestro)

Como se puede apreciar, la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud indica que el subsidio del SIS se encuentra dirigido, principalmente, a personas vulnerables y de menores recursos económicos, en correspondencia con las definiciones tomadas en otros países sobre esta materia¹. Por otra parte, el Reglamento de esta Ley, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, en su artículo 80, establece que son afiliados al régimen subsidiado toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro de salud contributivo o semicontributivo. De esta forma, la normativa vigente no reglamenta la incorporación de asegurados por el criterio de vulnerabilidad.

Producto de lo expuesto, el SIS ha definido dos modalidades de afiliación: 1) Afiliación Regular y 2) Afiliación Directa. En efecto, el proceso de afiliación al régimen subsidiado está regulado por la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA, aprobada mediante Resolución Jefatural N° 126-2015-SIS, del 11 de junio de 2015, y sus modificaciones, la cual define las siguientes modalidades de afiliación al régimen subsidiado:

¹ Cotlear, Daniel, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, and Rafael Cortez. 2015. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO



- a. **Afiliación Regular:** Es la incorporación al régimen de financiamiento subsidiado, siempre que la persona cuente con DNI o Carné de Extranjería, esté registrado en el Padrón General de Hogares (PGH) del sistema de Focalización de Hogares SISFOH debiendo contar con clasificación socioeconómica respectiva y no cuente con otro seguro de salud.
- b. **Afiliación Directa:** Es la incorporación al régimen de financiamiento subsidiado de grupos poblacionales determinados por norma expresa que cuenten con DNI y que no cuenten con otro seguro de salud, sin la necesidad de contar con la clasificación socioeconómica del sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).

A continuación se muestra la evolución del número de asegurados del SIS subsidiado según modalidad de afiliación:

Cuadro N°1
Evolución de la afiliación al SIS según modalidades

	Antes del 2010	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Afiliación regular	2,394	151,133	1,598,871	2,154,019	1,627,068	2,110,086	747,965	575,921	8,967,457
Afiliación directa	176,576	157,404	1,126,910	2,394,989	2,097,431	1,233,002	998,924	728,199	8,913,435
Total	178,970	308,537	2,725,781	4,549,008	3,724,499	3,343,088	1,746,889	1,304,120	17,880,892

Fuente: SIASIS

De este cuadro, cabe destacar el notable incremento de las afiliaciones al SIS subsidiado entre el 2012 y 2014 por ambas modalidades de afiliación.

Respecto del aumento de la afiliación al SIS subsidiado por el mecanismo de afiliación regular, cabe precisar que, en el marco de la Comisión de Reorganización del SIS, se ha identificado que las gestiones anteriores de esta IAFAS utilizaron, para la afiliación al régimen subsidiado, bases de datos que contenían información desactualizada sobre la condición socioeconómica de las personas, hecho que promovió el ingreso de personas que cuentan con condición de no pobre o que no cuentan con ningún tipo de calificación en el Padrón General de Hogares, base de datos que el SIS utiliza desde el 15 de diciembre del presente año para afiliar.

En tal sentido, se presentan 2 desafíos inmediatos a fin de superar esta problemática: i) contar con una definición de vulnerabilidad que permita la transición de los asegurados entre distintos regímenes de financiamiento y ii) lograr el empadronamiento de personas que no se encuentran en el Padrón General de Hogares y que por lo tanto no tienen Clasificación Socioeconómica.

Respecto del primer desafío, cabe precisar que si bien a la fecha el SIS cuenta con asegurados en condición socioeconómica de no pobre en el Padrón General de Hogares, estas personas podrían tener una probabilidad alta de retornar al estado de pobreza (encontrarse en un estado de vulnerabilidad económica).

En efecto, según un estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo indica que en el 2012, el 40% de los peruanos se encontraba en condición de riesgo de volver a la condición de pobre.

En tal sentido, resulta relevante que el SIS cuente con un proceso que regule la transición de sus asegurados entre sus distintos regímenes de financiamiento. Para ello, se propone el siguiente artículo:



Artículo 3.- De la optimización de la base de datos de afiliados

El SIS actualiza periódicamente la base de datos de afiliados y, de ser el caso, reorienta a los asegurados al régimen de financiamiento que corresponda. Para tal efecto, aprueba el proceso que regula la transición de los asegurados entre sus distintos regímenes.

Para la aprobación que regula la transición de los asegurados entre distintos regímenes de financiamiento, es trascendental que se defina el concepto de vulnerabilidad, en el marco de la política de aseguramiento universal en salud. En tal sentido, se propone el primer párrafo en la primera disposición complementaria final:

PRIMERA.- Personas aseguradas al régimen subsidiado por afiliación regular

Dispóngase que todo asegurado al régimen subsidiado por afiliación regular deberá contar con su clasificación socioeconómica en el Padrón General de Hogares o ser considerado como vulnerable de acuerdo a la definición que se establezca mediante Reglamento o conforme se dispone en la legislación vigente.

Respecto del desafío 2, lograr el empadronamiento de asegurados del SIS que no se encuentran en el Padrón General de Hogares y que por lo tanto no se conoce su condición socioeconómica (pobre, pobre extremo, no pobre), cabe precisar que es urgente actualizar el Padrón General de Hogares para reducir el riesgo de ocurrencia de problemas que puedan suscitarse en términos de emergencias o urgencias de salud; por ejemplo, casos de pacientes de alto riesgo (con enfermedades de cáncer, sida, insuficiencia renal crónica, entre otros) que requieran acceder rápidamente a un seguro de salud y no tengan Clasificación Socioeconómica.

El Padrón General de Hogares (PGH) es la base de datos administrada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), es la herramienta que permite identificar a las personas y verificar su clasificación socioeconómica para recibir los beneficios de los programas sociales y de subsidios financiados con recursos del Estado. El uso del PGH corresponde a las entidades del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Regionales y Locales que tienen a su cargo la conducción y gestión de los programas sociales o de subsidios financiados con recursos del Estado.

En tal sentido, se propone incluir en la primera disposición complementaria final, los siguientes párrafos:

PRIMERA.- Personas aseguradas al régimen subsidiado por afiliación regular

(...)

Para lo dispuesto a lo establecido en la presente disposición, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) determinará la clasificación socioeconómica de todos los asegurados al régimen subsidiado por afiliación regular, en un plazo de doce (12) meses contados a partir que el MINSA alcance al MIDIS, la información de sus afiliados, según los



parámetros y lineamientos establecidos por ambas entidades. Dichos lineamientos deberán ser consensuados en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde la entrada en vigencia de la presente norma.

El plazo de doce (12) meses previsto en el párrafo anterior podrá ser prorrogado, por única vez, hasta por doce (12) meses adicionales mediante Decreto Supremo refrendado por las/los titulares de los Ministerios de Desarrollo e Inclusión Social y de Salud.

Asimismo, para las acciones a que se refiere el primer párrafo de la presente disposición, se autoriza al pliego Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social durante el año fiscal 2017, a realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional, a favor de los Gobiernos Locales, las cuales se aprueban mediante Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y la Ministra de Desarrollo e Inclusión Social, a propuesta de esta última.

Para la misma finalidad, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social queda exonerado de lo establecido en el artículo 80 de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

Lo establecido en la presente disposición se financia con cargo al presupuesto institucional del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social



De manera complementaria y a fin de resguardar el derecho a la salud de las personas que ya se encuentran afiliadas al SIS subsidiado y que a la fecha no se encuentran en el Padrón General de Hogares, se propone la inclusión del siguiente párrafo en la primera disposición complementaria final:

Primera.- Personas aseguradas al régimen subsidiado por afiliación regular

(...)

El Seguro Integral de Salud (SIS) mantendrá la afiliación del asegurado al régimen subsidiado en tanto se le otorgue la clasificación socioeconómica conforme a lo dispuesto en los párrafos siguientes y siempre y cuando el afiliado no cuente con otro seguro de salud.

(...)

Las razones para formular la propuesta mencionada se deben principalmente al deber que tiene el Estado Peruano de garantizar la protección del ejercicio al derecho a la salud de las personas, conforme con lo establecido en la Constitución Política del Perú y al reconocimiento y protección que ha recibido este derecho fundamental en diferentes instrumentos internacionales suscritos por el Perú², tales

² En el ordenamiento jurídico nacional se encuentra reconocido el derecho a la salud en los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú:

"Artículo 7.- 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. La persona incapacitada para velar por sí misma a casusa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.
(...)

Artículo 9.- 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."

como la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)³, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre así como el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁴, marco normativo que en su conjunto reconocen que el derecho a la salud constituye un deber para el Estado de más alto nivel en aras de garantizar una vida digna de las personas, sobretodo de aquellas personas que se encuentran en estado de pobreza o vulnerabilidad.

De acuerdo con las obligaciones contraídas por el Estado Peruano y con el objetivo de garantizar el pleno disfrute del derecho a la salud de las personas, el Estado debe adoptar medidas legislativas para ello, no estableciendo prohibiciones regresivas o limitativas del ejercicio al mencionado derecho fundamental⁵, el mismo que comprende o se encuentra estrechamente relacionado con la cobertura de las prestaciones de salud brindadas a las personas ya afiliados al SIS subsidiado.

Establecer alguna limitación o restricción a dichas personas de los alcances de cobertura del régimen subsidiado al que están adscritos con la finalidad de recibir una determinada prestación de salud, sin mediar el análisis de vulnerabilidad, significaría que el Estado Peruano estaría adoptando medidas restrictivas o limitando el derecho a la salud de los mismos, contraviniendo por tanto con el deber constitucional que ha sido impuesto al Estado a través del Poder Ejecutivo y principalmente poniendo en riesgo el derecho que tienen las personas a mantener la calidad de vida en condiciones dignas.

Es en ese sentido que el Tribunal Constitucional del Perú se ha pronunciado en la jurisprudencia que ha emitido sobre la materia, señalando que el Estado Peruano tiene el deber de garantizar y promover, mediante las políticas públicas que adopte, las condiciones para el ejercicio adecuado del derecho a la salud y en caso en que estas condiciones ya existan, entonces el Estado no puede desconocer de forma irrazonable la aplicación de los mismos, sobre todo para aquellos que ya tienen acceso a las prestaciones de salud a través del financiamiento de un seguro, como es el caso de los asegurados al SIS mediante el régimen subsidiado, por lo que proceder de modo contrario por parte del Estado significaría una evidente manifestación inconstitucional del mismo⁶.



³ Declaración Universal de los Derechos Humanos dispone lo siguiente:

"Artículo 25°.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud (...), y en especial la alimentación (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de (...) enfermedad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales."

⁴ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dispone lo siguiente:

"ARTÍCULO XI: Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad."

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el mismo que dispone:

"Artículo 12°.- 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 (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para (...) d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."

⁵ Informe Defensorial N° 161 "Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): Resultados de la supervisión nacional a hospitales" Series de Informes Defensoriales, Lima, 2013, p. 24.

⁶ Sentencia del Expediente N° 3208-2004-AA/TC

"(...)

7. Este Tribunal, además de lo precedentemente señalado, puntualiza que si la salud es un derecho cuyas condiciones el Estado se encuentra obligado a promover mediante políticas, planes y programas, o a garantizar su correcto funcionamiento, en caso de que estos ya existan, el hecho de que el mismo Estado, o quienes a su nombre lo representan, opten por decisiones que desconozcan de forma unilateral o irrazonable la concretización o aplicación de los mismos, sobre todo para quienes ya gozan de prestaciones individualizadas, supone un evidente proceder inconstitucional que en modo alguno puede quedar justificado. O la salud es un derecho constitucional indiscutible y, como tal, generador de acciones positivas por parte de los poderes públicos, o simplemente se trata de una opción de actuación discrecional y, como tal, prescindible de acuerdo con la óptima disponibilidad de recursos. Entre ambas alternativas, y por lo que ya se ha puntualizado, el Estado social solo puede ser compatible con la primera de las descritas, pues resulta inobjetable que allí donde se ha reconocido la condición

Considerando también la brecha existente en el Padrón General de Hogares, y siendo este un factor que limita la implementación del aseguramiento universal, se propone que para el otorgamiento del subsidio del SIS en el régimen semicontributivo (régimen con subsidio parcial del Estado) no se exija como condición de acceso el contar con clasificación en el Padrón General de Hogares. En tal sentido, se propone la siguiente disposición complementaria final:

Tercera.- Excepción

Para la incorporación de personas al régimen de financiamiento a que hace referencia el numeral 3 del artículo 29 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, no se requiere contar con clasificación socioeconómica en el Padrón General de Hogares.

2.2. Sobre la optimización del proceso de gestión de compra de prestaciones de salud

El Decreto Supremo 010-2016-SA define al proceso de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud como aquel por el cual las IAFAS Públicas, a través de contratos o convenios, pactan con las IPRESS las condiciones generales y específicas de servicio para los asegurados, a cambio de una contraprestación, evaluando su cumplimiento.

Respecto del desarrollo de este proceso en el SIS, se ha identificado la necesidad de mejorar los mecanismos de pago, entre ellos, el de emergencias.

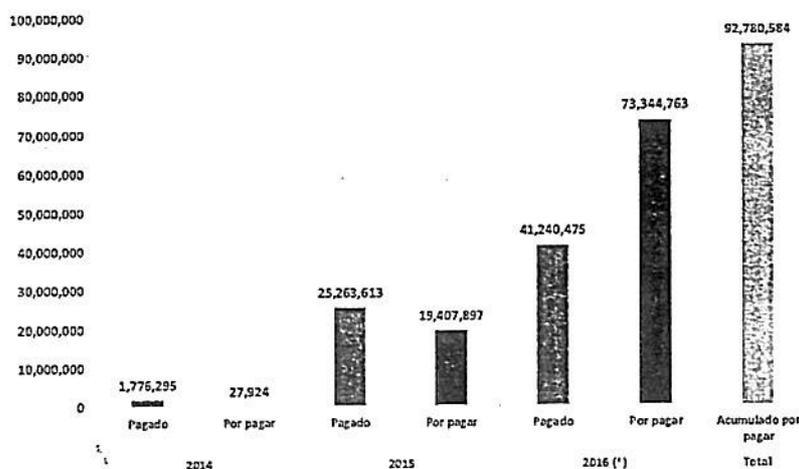
Respecto de los mecanismos de pago por emergencias a IPRESS privadas, la Ley N° 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos, señala en su Artículo 3 que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médica quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. Asimismo, en el Artículo 39 se establece además que estos establecimientos de salud, después de atendida la emergencia, tienen derecho a que se les reembolse el monto de los gastos en que hayan incurrido de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio social respectivo, en la forma que señale el Reglamento.

Al 2016 el SIS mantendría un saldo pendiente de pago que asciende a poco más de 92 millones de soles. Tal como se observa del cuadro adjunto, la evolución de los montos financiados por concepto de atenciones de emergencia se ha incrementado de manera significativa desde 1.7 millones en 2014 a más de 114 millones en 2016.

fundamental del derecho a la salud, deben promoverse, desde el Estado, condiciones que lo garanticen de modo progresivo, y que se le dispense protección adecuada a quienes ya gocen del mismo."



**Imagen N°2:
Evolución de los compromisos de pago del SIS por emergencias**



Fuente: Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS.

Si examinamos el detalle de los diagnósticos de emergencias más tratados (ver cuadro 2), los más importantes son la colecistitis aguda (17%), relacionados a partos (9.6%), abdomen agudo (8%), apendicitis (6%), hernia inguinal (5%) las que, si bien se trata de forma evidente de prestaciones de suma importancia que entrañan un riesgo para la vida de los pacientes, también son prestaciones que, transcurrido el momento inicial de la emergencia y estabilizado el paciente, pueden requerir de procedimientos adicionales como hospitalización y otro tipo de cuidados que son programables como el caso de las intervenciones quirúrgicas por colecistitis.

**Cuadro N°2
Distribución de las atenciones por emergencias según diagnósticos**

DESCRIPCION DEL DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Colecistitis aguda	1885	16.8%
Abdomen agudo	865	7.7%
Apendicitis aguda, no especificada	643	5.7%
Hernia inguinal, umbilical, ventral, femoral no especificada	506	4.5%
Trabajo de parto obstruido debido a estrechez general de la pelvis	404	3.6%
Fiebre, no especificada	304	2.7%
Trabajo de parto y parto complicados por problemas no especificados del cordón umbilical	302	2.7%
Parto por cesárea	297	2.6%
Insuficiencia renal terminal	272	2.4%
Depleción del volumen	253	2.2%
Neumonía, no especificada	211	1.9%
Insuficiencia respiratoria aguda	198	1.8%
Traumatismo intracraneal, no especificado	146	1.3%
Septicemia, no especificada	126	1.1%
Hipertensión esencial (primaria)	123	1.1%
Asma, no especificada	103	0.9%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	85	0.8%
Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	84	0.7%
Otros diagnósticos	4439	39.5%
TOTAL	11246	100%

Fuente: Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del SIS.



Al revisar el lugar de atención en que se han dado los casos, el 80% de las atenciones se dieron en las ciudades de Piura y Lima, esta última goza de una oferta pública de atención que contrasta con la ubicación de la población objetivo del SIS. Revisando el trazado de la atención de pacientes se identifica que muchos fueron previamente atendidos en la oferta pública en un periodo menor a 30 días y en varios casos con el mismo personal responsable; lo que evidencia una probable inducción de demanda del prestador.

Asimismo, se tiene evidencia también de que parte de la demanda por servicios de emergencia que es programable y ha sido previamente atendida por la oferta pública de servicios de salud estaría siendo trasvasada hacia la oferta privada como se aprecia en los cuadros siguientes:

Cuadro N°3

Atenciones en IPRESS privadas que tienen atención previa en IPRESS públicas en menos de un mes con el mismo responsable de

REGION	Atenciones
LIMA	61
PIURA	29
CALLAO	12
LORETO	8
APURIMAC	3
HUANUCO	3
ICA	3
UCAYALI	3
AREQUIPA	2
LAMBAYEQUE	2
SAN MARTIN	2
AYACUCHO	1
CAJAMARCA	1
CUSCO	1
JUNIN	1
LA LIBERTAD	1
MADRE DE DIOS	1
MOQUEGUA	1
TOTAL	135

Cuadro N°4

Atenciones en IPRESS privadas que tienen atención previa en IPRESS públicas en menos de un mes

REGION	Atenciones
PIURA	1,733
LIMA	1,286
LORETO	214
CALLAO	155
APURIMAC	136
UCAYALI	51
LAMBAYEQUE	44
HUANUCO	38
SAN MARTIN	29
AREQUIPA	28
CAJAMARCA	20
LA LIBERTAD	19
ANCASH	16
AYACUCHO	16
AMAZONAS	13
CUSCO	13
ICA	10
PASCO	10
TUMBES	9
JUNIN	8
HUANCAVELICA	5
MADRE DE DIOS	4
PUNO	4
MOQUEGUA	3
TACNA	1
TOTAL	3,865

Fuente: Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del SIS.

En atención a esta problemática de potencial demanda inducida en el pago de las prestaciones por emergencias, y a fin de adoptar medidas que resguarden el buen uso de los recursos públicos, se propone la incorporación del siguiente artículo:

Artículo 2.- Reembolso de emergencias en IPRESS privadas y mixtas

El SIS define las condiciones específicas para el reembolso de las prestaciones otorgadas a sus asegurados por parte de las IPRESS privadas y mixtas para casos de emergencias. Dichas condiciones son determinadas por Resolución Jefatural, previo acuerdo de su Consejo Directivo, y tienen en cuenta, como mínimo, la ausencia de oferta pública, con énfasis en la cobertura de la prioridad I de atenciones de emergencia.



2.3. Sobre la modernización de la gestión del SIS

Teniendo presente que la Política Nacional de Modernización tiene como objetivo general orientar, articular e impulsar el proceso de modernización hacia una gestión pública eficiente para obtener resultados que impacte positivamente en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país; se ha identificado que el Seguro Integral de Salud (SIS) necesita mejorar la gestión de los recursos públicos que le son asignados para el cumplimiento de sus funciones, enfocados principalmente en el fortalecimiento de los procesos de afiliación, así como de los procesos administrativos, operativos y técnicos, lo que debe redundar a su vez en una efectiva prestación del servicio de aseguramiento en la salud y del SIS.

En ese mismo sentido, se ha identificado que para la efectiva administración de los recursos públicos destinados al aseguramiento en la salud es necesario contar con la participación de otros sectores del Poder Ejecutivo que participan de manera relevante en los procesos que el SIS ejecuta en el marco de las funciones asignadas; motivo por el cual resulta importante que se incorpore a los sectores involucrados en la adopción de las decisiones que son implementadas en el marco de las políticas de aseguramiento universal, así como en la supervisión de las mismas y por tanto en la dirección de la entidad con el objetivo de optimizar el servicio de aseguramiento en la salud que brinda el SIS.

De acuerdo a lo mencionado, se propone la creación del Consejo Directivo del Seguro Integral de Salud (SIS) como órgano de máxima jerarquía, responsable de su dirección y del establecimiento de su política institucional, así como de la supervisión del cumplimiento de las mismas, en permanente coordinación con el Ministerio de Salud, ello con el objeto de mejorar el control y transparencia en el uso de los recursos del SIS.

Cabe señalar que el Seguro Integral de Salud (SIS), conforme al Decreto Supremo N° 058-2011-PCM, es un Organismo Público Ejecutor, adscrito al Ministerio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 30° de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Ley N° 29158, norma que dispone que los Organismos Públicos Ejecutores están dirigidos por un Jefe, cuyo cargo es de confianza y agrega que por excepción, podrán contar con un Consejo Directivo, cuando atiendan asuntos de carácter multisectorial.

Respecto del cumplimiento de este supuesto, la atención de asuntos de carácter multisectorial, cabe señalar que el Seguro Integral de Salud (SIS) se constituye como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), cuya regulación y ejecución de sus procesos de aseguramiento en la salud se articula con otros Sectores, entre ellos: i) el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector, que dicta las políticas de aseguramiento en salud, ii) el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, en la medida que es la entidad responsable de determinar la condición socioeconómica de las personas – requisito para acceder al régimen de financiamiento subsidiado del SIS, iii) Ministerio de Economía y Finanzas, quien garantiza el equilibrio de las finanzas públicas y la provisión de los recursos necesarios para el desarrollo de las políticas que el Estado busque implementar en materia de Aseguramiento Universal en Salud, ello considerando que conforme al Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, el Aseguramiento Universal en Salud es progresivo, en la medida que su ampliación es gradual y continua, a efectos de buscar la inclusión de todas las personas residentes en el Perú.



En tal sentido, se considera justificado que el Seguro Integral de Salud cuente con un Consejo Directivo, conforme lo dispuesto en el siguiente artículo:

Segunda.- Creación del Consejo Directivo del Seguro Integral de Salud (SIS)

Créase el Consejo Directivo del Seguro Integral de Salud (SIS), como órgano máximo de la entidad, responsable de su dirección y del establecimiento de su política institucional, así como de la supervisión del cumplimiento de las mismas, en permanente coordinación con el Ministerio de Salud.

El Consejo Directivo se encuentra conformado por cinco (5) miembros, designados mediante resolución suprema y cuya composición es la siguiente:

- Dos (2) representantes del Ministerio de Salud, uno de los cuales lo preside en su condición de Jefe del SIS y tiene voto dirimente;*
- Uno (1) representante del Ministerio de Economía y Finanzas;*
- Un (1) representante del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social;*
- Un (1) representante del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.*

Los miembros del Consejo Directivo no perciben dietas.



III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

El proyecto de decreto legislativo apunta a optimizar tres aspectos fundamentales de la gestión del SIS en el marco del aseguramiento universal de salud:

- Proceso de afiliación y suscripción de asegurados
- Gestión de compra de prestaciones de salud
- Fortalecimiento institucional

El principal beneficio de la optimización del proceso de afiliación y suscripción de asegurados es dotar de herramientas al SIS para, en un plazo acotado, mejorar la focalización de su régimen subsidiado en la población a la que éste está orientado, sin aumentar la subcobertura de seguro de salud en la población, respetando los derechos de los ciudadanos, en un marco de sostenibilidad financiera.

Actualmente el SIS afilia al régimen subsidiado usando una combinación de criterios socioeconómicos (pobres y pobres extremos en PGH), para identificar a la población de escasos recursos, y criterios categóricos, definidos por normas expresas, para identificar a la población vulnerable. La aprobación del proyecto de decreto legislativo permitirá al SIS optimizar su proceso de afiliación y actualización de su registro de asegurados utilizando, además del criterio de pobreza, un criterio técnico de vulnerabilidad para la transición de los asegurados entre los distintos regímenes de financiamiento.

Los beneficios asociados a mejorar el proceso de afiliación se derivan de reducir el costo de mantener sin seguro a población objetivo que no está cubierta (subcobertura), más el costo de financiar con recursos públicos subsidios a población que no es parte de la población objetivo (filtración).

Si bien hoy no se cuenta con una definición técnica de vulnerabilidad (población objetivo del SIS subsidiado definida en la Ley de Aseguramiento Universal), lo cual impide realizar una estimación adecuada de la magnitud de los problemas de

subcobertura y filtración, es posible tener una aproximación desubcobertura sobre la base del cruce del registro de asegurados al SIS y el Padrón General de Hogares, así como del análisis de la ENAHO. Así, estimaciones del Banco Mundial sobre la base del análisis de la ENAHO, sugieren que hoy sería aproximadamente el 20% de la población pobre y 28% de la población vulnerable¹⁰.

La aprobación del proyecto de decreto legislativo permitirá en primer lugar redefinir la focalización del régimen subsidiado hacia la población de escasos recursos y vulnerable. Con ello, se podrá afinar el proceso de afiliación con los beneficios antes descritos.

Además, como resultado de este proceso, se espera que un número aún no determinado de asegurados actualmente afiliados al SIS transiten al régimen de financiamiento que corresponda en función a su capacidad de pago, recursos que permitirán contribuir a implementar el aseguramiento universal en el país sobre la base de los principios de equidad y sostenibilidad financiera.

Este proceso cuidará la atención continua de la población asegurada y el ejercicio de su derecho a la salud, permitiendo avanzar de manera equitativa y sostenible hacia el aseguramiento universal.

Respecto de las mejoras al proceso de gestión de compra de prestaciones de salud, en particular, a los servicios de emergencias, los principales beneficios provienen las ganancias en el control del buen uso de los recursos públicos ante un potencial problema de demanda inducida, a saber, en el caso de emergencias, las prestaciones liquidadas por prestadores privados por este concepto han aumentado de S/.1.8 millones el año 2014 a S/.120 millones el 2016.

Los beneficios derivados de la creación de un Consejo Directivo provienen de una mejor gobernanza para el SIS. El Consejo será responsable de la dirección de la institución y del establecimiento de su política institucional, así como de la supervisión de su cumplimiento, en permanente coordinación con el Ministerio de Salud y el MEF. El funcionamiento de este órgano incrementará la transparencia y el control en la gestión del SIS a la vez que facilitará la coordinación interinstitucional en el esfuerzo coordinado necesario para equilibrar los objetivos del aseguramiento universal en salud con la sostenibilidad financiera y presupuestaria.

En relación con los costos de la optimización de la afiliación y suscripción de asegurados al SIS, el proceso considera la clasificación socioeconómica de los asegurados al SIS que actualmente no cuentan con ella en el Padrón General de Hogares, registro de los hogares y de su clasificación socioeconómica de los mismos (pobre, pobre extremo, no pobre) a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. En el marco de la Ley del Sistema Nacional de Focalización (SINAFO) y normas precedentes, este Padrón se torna en un instrumento fundamental para las intervenciones del Estado que tienen focalización individual (como SIS subsidiado, Programa Juntos, Beca 18, FISE, Pensión 65, Fondo Techo Propio, Trabaja Perú, entre otros).

Se ha calculado que se necesita transferir S/. 22 millones, a las ULEs, para asegurar el empadronamiento de los hogares de los actuales afiliados al SIS que no cuentan con CSE en el PGH. El costo operativo de empadronamiento por hogar (S100 y

10

Definición de vulnerabilidad del BM en base a la probabilidad de volver a caer en pobreza.



FSU) se ha estimado en S/. 11.9 por hogar, basado en consultas aleatorias a 89 ULEs.

Asimismo, se estima que los 3.7 millones de afiliados al SIS que requieren empadronamiento constituyen 1.8 millones de hogares, que no son parte de la producción regular de la ULEs, por eso la necesidad del financiamiento adicional. El cálculo realizado es el resultado de la multiplicación del costo unitario por hogar (S/. 11.9) por el total de hogares que se estima se debe empadronar (1.8 millones de hogares).

Sumado a lo anterior, se debe asignar recursos a las partidas presupuestales de la meta 28, que corresponde a la Dirección de Operaciones de Focalización. Se ha estimado la necesidad de S/. 2.6 millones que cubrirían: (i) contratación de asistentes de apoyo para asistencia técnica para las regiones, (ii) evaluadores de las solicitudes de CSE que se generen y (iii) gastos operativos básicos como pasajes y viáticos.

El costo total requerido asciende a S/. 24.6 millones que se propone sean obtenidos de saldos presupuestales del Pliego MIDIS.

Por último, la necesidad de obtener o actualizar la CSE para un número importante de asegurados al régimen subsidiado del SIS significará para estos asegurados un costo de oportunidad de su tiempo dedicado al trámite de solicitud de clasificación en la ULE.

En relación con los costos de las disposiciones relativas a optimizar los mecanismos de compras de prestaciones, se limitan a los ajustes en los procedimientos y no se consideran significativos.

Finalmente, el costo asociado al establecimiento del Consejo Directivo corresponde al costo de oportunidad del tiempo dedicado a las labores del consejo por parte de los representantes del MINSA y MEF. No existen costos asociados a dietas.

En resumen, las medidas propuestas en el decreto legislativo contribuirán a la optimización y mejora de la calidad de los servicios que presta al SIS a los ciudadanos (aseguramiento de salud de los peruanos en condición de pobreza y que no cuentan con otro seguro de salud), lo que permitirá el fortalecimiento institucional de SIS, hecho que incidirá en la acumulación del capital humano del país y con ello, en su crecimiento económico y desarrollo.

IV. IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del Reglamento de la Ley Marco para la Producción y Sistematización Legislativa, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2006-JUS, el análisis del impacto de la vigencia de la norma en la legislación nacional tiene por finalidad analizar si la propuesta legislativa trata de innovar supliendo vacíos en el ordenamiento jurídico; o, si modifica o deroga normas vigentes.

La medida propuesta no implica la modificación o derogación de normas vigentes, sin embargo, establece en su tercera disposición complementaria final una excepción al marco regulatorio para la afiliación de asegurados a regímenes que gocen de subsidio estatal, permitiendo la incorporación de personas al régimen de financiamiento señalado en el numeral 3 del artículo 29 del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, sin la necesidad de contar con su clasificación en el Padrón General de Hogares.

