

# CARGO



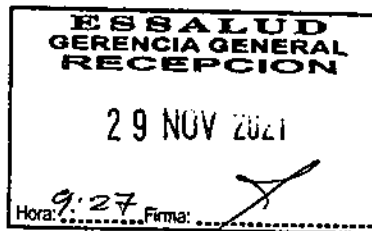
ESSALUD  
PRESIDENCIA EJECUTIVA  
RECEPCION

29 NOV 2021



BICENTENARIO  
PERÚ 2021

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de  
Independencia"  
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y  
hombres"



INFORME N° 110-GCSPE-ESSALUD-2021

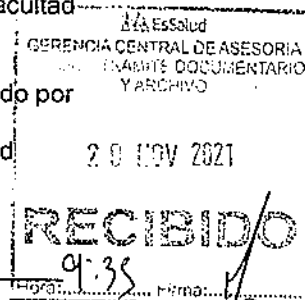
CHRISTIAN RAFAEL MIRANDA ORRILLO  
Gerente General

De: HERNÁN FRANCISCO RAMOS ROMERO  
Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Asunto: Proyecto de Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad  
de legislar en materia de salud

Referencia: Correo electrónico de 25 de noviembre de 2021 dirigido por  
Vice Ministerio de Trabajo a Secretaria General de EsSalud

Fecha: Lima, 28 de noviembre del 2021



Tengo a bien dirigirme a usted, en atención al correo electrónico de la referencia, a través del cual el Viceministerio de Trabajo remite a la Secretaría General de EsSalud, para la opinión institucional el Proyecto de Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud.

Al respecto, debo informar lo siguiente:

El artículo 3 del proyecto de ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud, contiene las materias de la delegación de facultades legislativas, una de las cuales se refiere a reorganizar el Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos para el ejercicio y el fortalecimiento de la rectoría sectorial y un mejor desempeño en las materias de su competencia, en el marco de la descentralización. Asimismo, la extensión universal de la cobertura financiera en salud asegurando las condiciones para un acceso universal a los servicios de salud, en forma continua, oportuna y de calidad. En el marco de esta materia se faculta, entre otras medidas, las siguientes:

- Cambiar de adscripción al Seguro Social de Salud (EsSalud) del sector trabajo al sector salud.
- Crear la IAFAS "Seguro Público de Salud y Seguridad Social en Salud" para la administración del fondo público de salud, el fondo de la seguridad social en salud y el fondo de alto costo en salud, manteniendo su carácter intangible.
- Crear el Fondo de Alto Costo en Salud, según el principio de progresividad.
- Fortalecer la sostenibilidad financiera de EsSalud mediante la ampliación de la base imponible para el cálculo de las aportaciones a EsSalud (profesionales de la salud, docentes, trabajadores CAS), la ampliación del plazo del régimen de acogimiento del Decreto de Urgencia N° 037-2019, la tipificación del delito contra la seguridad social en salud y el retiro del Seguro Social de Salud



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO HERNAN  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: En señal de  
conformidad  
Fecha: 29/11/2021 17:00:19-0500

- (ESSALUD) del ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) para fortalecer su independencia financiera, dotarla de las mejores prácticas de gobierno corporativo y contribuir al logro del derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud.
- e. Establecer modificaciones sustantivas a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y al Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, con la finalidad de Implementar un tarifario único basado en costos y de obligatorio cumplimiento, que permita la complementariedad de los prestadores públicos de salud en beneficio de los ciudadanos

Enseguida hacemos un análisis de las medidas citadas:

**a) Cambiar de adscripción al Seguro Social de Salud (EsSalud) del sector trabajo al sector salud**

Preliminarmente debemos señalar que EsSalud tiene a su cargo el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud cuya finalidad es brindar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de las siguientes prestaciones:

- **Prestaciones de prevención: y promoción:** Educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones.
- **Prestaciones de recuperación de la salud:** Atención médica, ambulatoria y de hospitalización, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles, servicios de rehabilitación.
- **Prestaciones de bienestar y promoción social:** Actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo, orientadas a la promoción de la persona y protección de su salud.
- **Prestación económica de la incapacidad temporal para el trabajo:** derivada de la enfermedad o el accidente.
- **Prestación económica de maternidad:** para el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de recuperación y al cuidado de la salud del recién nacido.
- **Prestación económica de lactancia:** para contribuir al cuidado del recién nacido.
- **Prestación económica de sepelio:** para el reembolso de los gastos de los servicios funerarios por la muerte del asegurado titular.



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Herman  
Francisco FAU 20191257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 29/11/2021 17:01:15-0500

EsSalud ha logrado una cobertura que cumple varias de las ramas de la norma mínima de protección que deben ser alcanzadas por los Estados que son parte del Convenio 102 de la OIT, como las prestaciones de asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de maternidad y las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedad profesional.

Varias de estas prestaciones, propias de la seguridad social en salud, no se encuentran bajo el ámbito de rectoría del MINSA, por lo cual, no resulta coherente la adscripción de EsSalud al MINSA en el marco de la reorganización del Sistema Nacional de Salud. En efecto, no es factible integrar a organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, que tienen fines y acciones diferenciadas.

Las prestaciones de salud mantienen un vínculo de conexidad y causalidad con las prestaciones económicas y sociales, en tanto éstas impactan de manera directa en las condiciones de vida de los asegurados y se complementan con las primeras. EsSalud actúa de garante de la proporcionalidad entre el reposo obligado y necesario de las situaciones de incapacidad temporal y maternidad y de su evolución y las prestaciones económicas que generan.

Por otro lado, debemos puntualizar que EsSalud está vinculado de diferentes maneras con varios organismos del sector público: está adscrito Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; se articula con el Ministerio de Salud, debido a que éste es la institución encargada de elaborar los lineamientos generales del sector Salud; está vinculado con el Ministerio de Economía y Finanzas porque éste autoriza el presupuesto de EsSalud a través del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE); y también está vinculado con la SUNAT, entidad que ejerce las funciones de recaudación respecto de las aportaciones EsSalud. Asimismo, mantiene convenios de colaboración interinstitucional con la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL) y la Oficina de Normalización Previsional (ONP) para alcanzar objetivos de interés público recíprocos.

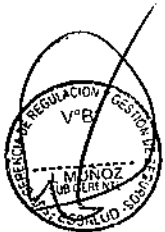
EsSalud también se relaciona con organismos internacionales de seguridad social a través de convenios bilaterales o multilaterales que amplían la cobertura a nivel internacional con la finalidad de estandarizar y armonizar la protección de seguridad social que brindan los Estados tanto a sus ciudadanos como a sus inmigrantes.

Por otro lado, EsSalud participa en el reconocimiento de la pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990 "Ley del Sistema Nacional de Pensiones" a través de la evaluación médica y calificación de la invalidez que realizan las Comisiones Médicas Calificadoras de la Incapacidad conformadas en sus Redes Prestacionales.

También debemos referir que para los casos de los trabajadores que se encuentren en una suspensión perfecta de labores que pertenezcan al régimen laboral de la microempresa, EsSalud gestiona mecanismos de índole compensatorio, como el otorgamiento de la "Prestación Económica de Protección Social de Emergencia ante la Pandemia del Coronavirus COVID-19" con cargo a los recursos que para dicho fin transfirió el Ministerio de Economía y Finanzas.

En la exposición de motivos del Proyecto de Ley se señala como sustento de la adscripción de EsSalud al Ministerio de Salud, la necesidad de reorganizar y modernizar el Sistema Nacional de Salud, a fin de contar con un sistema de salud unificado con medidas que reduzcan la fragmentación y segmentación del sistema, para lo cual resulta impostergable dar los pasos iniciales y firmes hacia un proceso de cambio a través de la modificación de la adscripción del Seguro Social de Salud (EsSalud) del sector trabajo al sector salud, lo cual coadyuvará a la mejora de la gestión pública en salud y a la construcción de un sector democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano.

Consideramos que para efectos de la articulación de los servicios de EsSalud con el Ministerio de Salud, no es necesaria la adscripción de EsSalud a dicho Ministerio, pues la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, contienen disposiciones que regulan las acciones de articulación interinstitucional entre las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS. Bajo ese marco normativo, se aprobó el Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Heman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:01:46-0500

Prestacional en el sector público, cuyas disposiciones están destinadas a optimizar el intercambio prestacional en el sector público.

En ese sentido, hay que reparar que, si bien el Sistema Nacional de Salud debe estar integrado por todas las organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluidos aquellos vinculados con otros sectores, que realizan principalmente acciones de salud, ello no sustenta la adscripción formulada a través de la propuesta legislativa. EsSalud debe seguir adscrito al Sector Trabajo cuyas funciones son afines, como ocurre con la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, que no ha sido considerado en el proyecto legislativo bajo comentario.

En tal sentido, la existencia del Sistema Nacional de Salud no justifica la adscripción de EsSalud al Ministerio de Salud. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, ya establece líneas de acción que plantean criterios de articulación, como mecanismos de pago e intercambio de servicios, entre EsSalud, SIS y otras IAFAS, así como criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiaridad. En todo caso, tendríamos que requerir que la exposición de motivos desarrolle adecuadamente la justificación de esta propuesta.

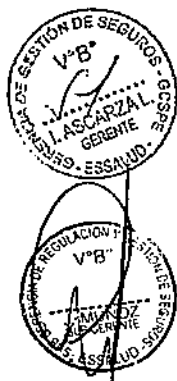
Como señalamos anteriormente, EsSalud ha logrado una cobertura que cumple varias de las ramas de la norma mínima de protección que deben ser alcanzadas por los Estados que son parte del Convenio 102 de la OIT, como las prestaciones de asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de maternidad y las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedad profesional, alcance que no tiene el MINSAL. De ahí la importancia de que se promueva e impulse la articulación en debida forma, habida cuenta que EsSalud presenta una protección más específica a favor de la población asegurada.

Cabe anotar que el artículo 5 de la Ley N° 29381, señala que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo es el organismo rector en materia de trabajo y promoción del empleo y ejerce competencia exclusiva y excluyente respecto de otros niveles de gobierno en todo el territorio nacional para formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materia de seguridad social, entre otras.

De las funciones del MTPE, se concluye que las mismas tienen mayor afinidad a la naturaleza de los Seguros Sociales en Salud que administra EsSalud, cuya población de asegurados regulares es significativamente mayor, conformada por los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores (artículo 3 de la Ley N° 26790).

Sobre este punto, cabe agregar que la Directiva N° 001-2016-PCM/SGP, que regula el cambio de adscripción de un organismo público de un Sector a otro, señala que por la adscripción se establece una relación organizacional sectorial y un alineamiento de las políticas públicas, planes y objetivos *estratégicos de entidades con competencias y funciones afines y complementarias, facilitando su coordinación.*

Entre los criterios que sustentan el cambio de adscripción, la citada Directiva establece: i) el principio de especialidad, consistente en la *integración de competencias y funciones por razones de afinidad y complementariedad*; ii) la necesidad de alinear y dar mejor cumplimiento a las políticas públicas, planes y objetivos sectoriales e institucionales y iii) debe ser aplicado de manera integral, es decir, *no es aplicable para transferir únicamente órganos o unidades orgánicas.*



Firmado digitalmente por:  
RAVOS ROMERO Herman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:02:08-0500

Bajo ese orden normativo, cabe precisar que, en el marco de la política del Sector Trabajo, la Dirección General de Trabajo del MTPE propone las normas y reglamentos, formula y, de ser el caso, emite directivas, lineamientos, mecanismos y procedimientos en el ámbito nacional, en materias socio laborales, y de seguridad social, entre otras.

A su vez, dentro de su estructura orgánica la Dirección de Seguridad Social y Migraciones Laborales propone y ejecuta la política nacional y sectorial en materia de seguridad social.

La exposición de motivos no desarrolla los criterios establecidos en la Directiva N° 001-2016-PCM/SGP que dotan de razonabilidad y justificación al propósito de cambio de adscripción para una nueva relación organizacional sectorial entre EsSalud y el MINSA, incumpliendo con el principio de legalidad dentro del cual se enmarca el ejercicio de las atribuciones de las autoridades y funcionarios de la Administración Pública y con las normas de sistematización y elaboración de proyectos legislativos a que se refieren la Ley N° 26889, Ley Marco para la Producción y Sistematización Legislativa y el Reglamento del Congreso de la República .



b) **Crear la IAFAS "Seguro Público de Salud y Seguridad Social en Salud" para la administración del fondo público de salud, el fondo de la seguridad social en salud y el fondo de alto costo en salud, manteniendo su carácter intangible.**

Conforme a lo dispuesto por la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, EsSalud es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable EsSalud.

Asimismo, declara, en forma enfática, tanto la intangibilidad de los recursos de EsSalud, como la imperatividad del artículo 12 de la Constitución Política. Su texto indica: "Los recursos que administra EsSalud, de acuerdo a lo que dispone el artículo 12 de la Constitución Política del Perú, son intangibles y no pueden ser destinados a fines distintos de los de su creación ..."

En análogo sentido se pronuncia la Ley N° 26790, a la que se remite expresamente la Ley 27056, cuando, en el último párrafo de su artículo 8, enfatiza la naturaleza "intangible" que otorga, precisamente, el artículo 12 de la Constitución, a los recursos correspondientes.

De otro lado, el artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, declara que EsSalud es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social.

Ahora bien, para ser consistentes con la naturaleza de intangible de los recursos que administra EsSalud, la legislación atribuye al Consejo Directivo de EsSalud facultades para autorizar cualquier afectación de sus recursos.

Con el objeto de proteger adecuadamente los aportes de los asegurados de cualquier riesgo de injerencia estatal, el Estado se autoimpone limitaciones a sus atribuciones para tomar decisiones sobre tales recursos intangibles. Tal es la



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Herman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:02:28-0500

función que la legislación ha concedido al Consejo Directivo de EsSalud, facultades exclusivas de decisión sobre los recursos que administra.

La propia conformación del Consejo Directivo es gráfica en cuanto a la intención del legislador de limitar intervenciones por parte del Estado en las decisiones que pueda tomar dicho órgano colegiado. En efecto, de acuerdo al artículo 5 de la Ley N° 27056, Ley de Creación de EsSalud, el Consejo Directivo de EsSalud está representado por tres representantes del Estado -uno de los cuales representa al Ministerio de Salud- tres representantes de los empleadores y tres representantes de los asegurados, composición que busca garantizar un manejo de los recursos que administre EsSalud que los aisle de cualquier tentación de injerencia.

En consonancia con lo anterior, la estructura del Consejo Directivo responde a lo dispuesto por el Convenio núm. 102 de la OIT, que establece que los regímenes de seguridad social deben ser administrados sobre una base tripartita con el fin de garantizar y fortalecer el diálogo social entre gobiernos, empleadores y trabajadores a fin de promover el consenso y la participación democrática de los actores clave del mundo del trabajo. EsSalud es el único organismo de la seguridad social en Perú cuya administración tiene dicha estructura.

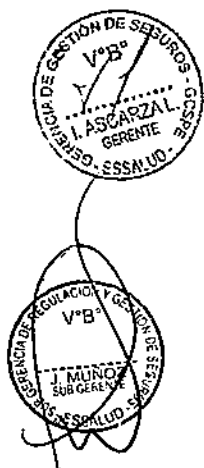
La cláusula de intangibilidad dispuesta en nuestra Constitución, se presenta como una norma garantizadora de un principio frente a las transgresiones, por lo que se precisa el reforzamiento de tal núcleo constitucional en el desarrollo del análisis contenido en la exposición de motivos.

En esa línea de ideas, es indispensable la opinión de EsSalud en el intenso procedimiento de reforma que plantea la iniciativa legislativa que exprese los intereses de los sectores de la sociedad representados en el Consejo Directivo. El grado de importancia de la intangibilidad de los recursos de EsSalud también se revela en los Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud formuladas por el Consejo Nacional de Salud en el marco de la Resolución Suprema N° 001-2013-SA, que aprobó el Lineamiento 11: Fortalecer el financiamiento del Seguro Social de Salud que establece que EsSalud es el principal actor del régimen contributivo, que acompaña y promueve el empleo formal, a fin de garantizar sus coberturas y prestaciones conforme al marco constitucional, por lo que requiere fortalecer su financiamiento y la intangibilidad de sus recursos. En ese sentido, siguiendo las recomendaciones formuladas tanto en estudios realizados por la propia institución, como en el Estudio Financiero Actuarial de la Organización Internacional del Trabajo (llevado a cabo en 2012), se implementará un conjunto de medidas para fortalecer su situación financiera.

Respecto a la intangibilidad de los fondos y las reservas de la seguridad social consagrada en la Constitución Política de 1993, el constitucionalista Marcial Rubio Correa ha comentado<sup>1</sup>:

“De esta manera los recursos sólo pueden recibir el destino que las leyes autorizan, dentro de la discrecionalidad de las entidades administradoras. Dos son las posibles desviaciones de este patrón: La primera, que el Estado siempre necesitado de recursos, decida tomar prestado parte del fondo con la idea de devolverlo a futuro. Esto se hizo varias veces en el Perú con resultados funestos para el sistema de seguridad social. Desde luego, otra modalidad utilizada por el Estado fue la de no pagar sus cuotas, al tiempo que exigía mantener los servicios para sus servidores que, al final eran pagados por los usuarios privados”.

<sup>1</sup> Estudio de la Constitución Política de 1993, Tomo 2, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial 1999, pp. 118.



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Herman  
Francisco FAU 20131257760 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:03:54-0500

Asimismo, el citado constitucionalista señala:

"Para evitar estos peligros la norma establece la intangibilidad de los recursos y la obligación de utilizarlos según lo que señala la ley. Se pretende así, con el concurso de los sistemas de supervisión existentes, lograr que lo recaudado por los sistemas de seguridad social, pueda pagar de manera adecuada los compromisos que dichos sistemas tienen".

Las consideraciones expuestas conducen a referirnos a la fuente de financiamiento, naturaleza y competencia de los regímenes de financiamiento contenidos en la LMAUS.

Sobre este aspecto, el Tribunal Constitucional ha señalado en la STC recaída en el Exp. N° 0033-2010-PVTC que tales regímenes no han sido creados ex novo por el legislador, sino que los mismos provienen de y se agrupan en torno a distintas clases de seguros de salud, cada uno administrado y destinado por una entidad diferente. Éstas no constituyen un fondo común, pues de acuerdo a la LMAUS, cada una de ellas es una IAFAS, que han sido agrupadas bajo un mismo régimen, en razón a identificar que los fondos que cada una maneja provienen de la cotización de sus afiliados. En el caso de los regímenes subsidiado y semicontributivo, dichos regímenes provienen, a su vez, del Seguro Integral de Salud, el cual contaba con las modalidades de afiliación en los componentes subsidiado y semisub subsidiado. La LMAUS no ha creado, por tanto, de modo arbitrario los regímenes de financiamiento, sino que los ha definido así por la necesidad de ordenar los casos en los cuales las IAFAS se manejan con fondos provenientes de cotizaciones privadas (régimen contributivo) y los casos en los cuales la IAFAS (SIS) se financia con fondos provenientes del presupuesto público, casi de modo exclusivo.

El Tribunal además considera en cuanto a la fuente de financiamiento de cada régimen, que cada fondo es autónomo y se compone, entre otros ingresos, por el pago del aporte o cotización del afiliado (en el caso de las IAFAS perteneciente al régimen contributivo), o por el subsidio entero o parcial que otorga el Estado a través del presupuesto público (en el caso de la IAFAS que administra los fondos de los regímenes subsidiado y semicontributivo).

Adicionalmente, la misma sentencia refiere que cada afiliado no se encuentra vinculado a una entidad general dispuesta en la LMAUS para todos los regímenes de financiamiento, ni siquiera a una entidad general de financiamiento en cada régimen, sino que se vincula específicamente con cada IAFAS existente al interior de dichos regímenes, a través de un contrato de afiliación y del Plan de Aseguramiento que dicha IAFAS le ofrezca.

En tal sentido, EsSalud tiene competencias considerables y capacidad técnica que inciden en la viabilidad de abordar y conducir aspectos centrales de la protección social al administrar varias ramas del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), instrumento internacional basado en principios fundamentales de seguridad social, que establece normas mínimas aceptadas a nivel mundial para las nueve ramas de la seguridad social.

Si bien el Estado está sujeto a permanentes transformaciones en el intento de prestar mejores bienes y servicios públicos a los ciudadanos, la profundidad de los cambios de la propuesta legislativa debe ser definida en términos de la organicidad del sistema de salud, a través de la articulación en la provisión de servicios de salud y no mediante una nueva fuente de financiamiento que representa la unificación de los regímenes de financiamiento.



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Heman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28/11/2021 17:04:16-0500

En ese contexto, debe promoverse el incremento de la eficiencia en el uso de los recursos limitados con que se cuenta, incorporando criterios de transferencia de los riesgos de aseguramiento y financiamiento de los servicios a los gestores y prestadores de salud que responda al cumplimiento de metas de cobertura y de producción en los tres niveles de atención. Asimismo, conviene revisar la existencia y las causas de una baja ejecución de presupuesto en salud que puede ser empleado para cerrar las brechas en recursos humanos, equipamiento, infraestructura y demás en el sector salud.

Por otro lado, la iniciativa legislativa no cuenta con el correspondiente estudio financiero actuarial que lo sustente. El régimen contributivo de seguridad social en salud crea expectativas a medida que los asegurados acumulan derechos de prestaciones futuras. La iniciativa legislativa conlleva que la gestión financiera del fondo que se pretende aprobar exige un proceso de planificación debidamente estructurado, el cual, de acuerdo a la magnitud de la propuesta, se lleva a cabo a través de una valuación actuarial completa, para resaltar las consecuencias de los compromisos prestacionales contraídos o por contraer, aspecto que no se encuentra contemplado en el análisis costo beneficio, frente a lo cual no se cumple con las normas sobre producción y sistematización legislativa.

**c) Crear el Fondo de Alto Costo en Salud, según el principio de progresividad.**

La exposición de motivos indica que FISSAL al ser una Unidad Ejecutora se rige bajo la normativa de la Ley de Presupuesto por lo que no le permite funcionar como un fondo y que ha generado problemas de sostenibilidad financiera.

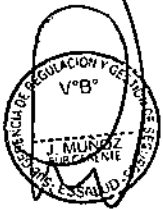
Agrega que FISSAL tiene Listas de Espera de afiliados, que representan la demanda insatisfecha y que las personas que conforman tales listas incrementan su probabilidad de empobrecimiento al intentar financiar las atenciones mediante el gasto de bolsillo.

Asimismo, resalta la débil especialización por parte del FISSAL en el financiamiento de las atenciones de alto costo, cuya cobertura actual abarca intervenciones sanitarias de diferente costo, incluyendo la cobertura de muchas prestaciones de muy bajo costo, para un grupo de beneficiarios acotado y no todas las condiciones de alto costo están consideradas en las coberturas del FISSAL y de allí que otra parte del alto costo también es financiado por el propio SIS<sup>2</sup>.

Concluye que actualmente no existe un fondo especializado para el financiamiento de las atenciones de alto costo en el país siendo necesaria su creación a efectos de evitar la superposición del financiamiento de las atenciones al no tener claridad sobre qué tipo o qué parte de la atención debe ser financiada por la IAFAS y por el Fondo Intangible de FISSAL.

Al respecto, la formula normativa propuesta refleja una problemática organizacional propia de FISSAL, que no sustenta adecuadamente la iniciativa legislativa. No se evalúa con rigor técnico el potencial impacto del proyecto para lo cual es importante que el análisis costo - beneficio estime la necesidad de recursos para poder lograr metas respecto a la atención de enfermedades de alto costo, las cuales deben estar definidas en el proyecto de ley.

<sup>2</sup> Debrott, David (2020). "Modelo de Reaseguro de Alto Costo: Diseño preliminar basado en SIS-FISSAL", Informe Final de Consultoría, Cooperación Técnica de OPS al Ministerio de Salud del Perú. Lima, 30 de noviembre de 2020.



Firmado digitalmente por:  
FRANCISCO FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28/11/2021 17:04:39-0500



La necesidad de la norma debe estar justificada dada la naturaleza de los problemas, los costos y beneficios probables y los mecanismos alternativos para solucionarlos.

De otro lado, se advierte la ausencia de toda referencia sobre la progresividad a la que alude la fórmula normativa.

Finalmente, debemos mencionar que además de la aspiración legítima que la seguridad social tiene de garantizar la atención de los problemas de salud de alto costo, es necesario estudiar y dimensionar la necesidad de financiamiento y la capacidad real que existe para asumirlos con los recursos públicos. Mientras no se cuente con dichos estudios será difícil garantizar la disponibilidad de caja fiscal suficiente.

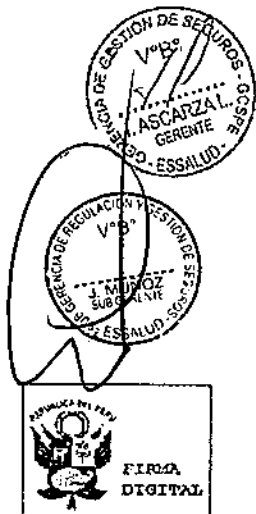
- d) *Fortalecer la sostenibilidad financiera de EsSalud mediante la ampliación de la base imponible para el cálculo de las aportaciones a EsSalud (profesionales de la salud, docentes, trabajadores CAS), la ampliación del plazo del régimen de acogimiento del Decreto de Urgencia N° 037-2019, la tipificación del delito contra la seguridad social en salud y el retiro del Seguro Social de Salud (EsSalud) del ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) para fortalecer su independencia financiera, dotarla de las mejores prácticas de gobierno corporativo y contribuir al logro del derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud.*

**Ampliación de la base imponible para el cálculo de las aportaciones a EsSalud (profesionales de la salud, docentes, trabajadores CAS)**

En la lógica contributiva del seguro regular, la relación de trabajo de las personas es un factor fundamental para la configuración de la relación de seguridad social, donde el empleador asume la responsabilidad del acto de afiliación y del pago de las aportaciones.

Una de las herramientas principales con las que cuentan los Seguros Sociales es el denominado estudio financiero actuarial, cuya realización constituye una herramienta de monitoreo para EsSalud, y a la vez para los poderes públicos, a fin que, en su facultad de crear y aprobar leyes, velen por la sostenibilidad financiera de EsSalud.

El Estudio Financiero Actuarial 2015 elaborado por la OIT, indica que la realización periódica de estudios financieros y actuariales es una herramienta de monitoreo constante ante un entorno dinámico, que permite la toma de decisiones oportunas para asegurar una mejor gestión, tomando como referencia los principios de la seguridad social desde su perspectiva como derecho humano. Más aún cuando, agrega, existe la tendencia, que se ha acentuado recientemente, de aprobar esquemas especiales de aportación para grupos específicos, que resultan en una reducción significativa de los ingresos de EsSalud. Estos grupos reciben el mismo perfil de beneficios que el resto de asegurados y su aportación correspondiente es menor en términos porcentuales y si bien estas prácticas están respaldadas por la



Firmado digitalmente por:  
RAMOS RÓMERO Herman  
Francisco FAU 2013 1257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:05:03-0500

aprobación de nueva legislación, no han sido sustentadas con un análisis técnico y atentando contra los principios de equidad y de sostenibilidad<sup>3</sup>.

Del mismo modo, el Estudio Financiero Actuarial 2018 advierte la necesidad de eliminar tales prácticas que implican un nuevo gasto o menores ingresos para EsSalud si ésta no tiene una contraparte equivalente que neutralice cualquier efecto adverso en sus finanzas. El establecimiento de una legislación con aportaciones diferenciadas, concluye, genera que se esté faltando a lo establecido en el numeral 3 del Convenio núm. 102, que indica:

“El Miembro deberá asumir la responsabilidad general en lo que se refiere al servicio de prestaciones concedidas en aplicación del presente Convenio y adoptar, cuando fuere oportuno, todas las medidas necesarias para alcanzar dicho fin; deberá garantizar, cuando fuere oportuno, que los estudios y cálculos actuariales necesarios relativos al equilibrio se establezcan periódicamente y, en todo caso, previamente a cualquier modificación de las prestaciones, de la tasa de las cotizaciones del seguro o de los impuestos destinados a cubrir las contingencias en cuestión”.

La existencia de regímenes laborales con aportes diferenciados inferiores al aporte regular, ha generado que estos regímenes sean deficitarios para la seguridad social en salud a cargo de EsSalud y no se logre cubrir el costo de los servicios requeridos para ese segmento de asegurados, vulnerando el principio de solidaridad, lo cual produce, a su vez, que sean subsidiados por el resto de aportes derivados de los demás asegurados. Entre los regímenes laborales con aportes diferenciados, se deben señalar los siguientes:

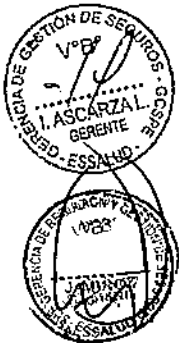
- Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, modificado por el Decreto de Urgencia N° 028-2019.
- El Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- La Ley N° 29944, Ley de Reforma Magisterial.

Al respecto, el personal de salud al servicio del Estado y de la carrera pública magisterial son afiliados regulares del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley N° 26790 y sus normas reglamentarias y modificatorias. También están comprendidos los derechohabientes a los que se refiere la citada Ley.

No obstante que la determinación de las contribuciones a EsSalud de ambos sectores no comprende el íntegro de sus ingresos, son beneficiarios de las prestaciones de salud, económicas y sociales sin distinción respecto de los demás asegurados del seguro regular.

Corresponde advertir que el porcentaje sobre el cual se efectúan las aportaciones a EsSalud se establece luego de un estudio actuarial, el que se elabora en base a diversos factores como grupo poblacional, patologías, monto de las remuneraciones que perciben los trabajadores, número de derechohabientes, entre otros, de tal forma que el porcentaje que se establezca forme un fondo económico

<sup>3</sup> Introducción. Estudio Financiero Actuarial 2015. Febrero 2016. OIT.



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Heman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:05:23-0500

que permita financiar las prestaciones. Si las aportaciones se calculan sobre un porcentaje de las remuneraciones de los trabajadores, y EsSalud cubre todas las contingencias en salud de dichos trabajadores, es razonable que se califique como afecta el íntegro de las remuneraciones.

Una particularidad que debemos destacar es que el real aporte de los asegurados al seguro regular, no constituye el 9% de sus remuneraciones, sino de 5.77%, según informa el Estudio Financiero Actuarial de 2015 elaborado por la OIT. Ello se explica en buena parte por la presencia de externalidades negativas como el hecho que el personal de la carrera pública magisterial y de la salud al servicio del Estado, no aportan sobre el total de su remuneración mensual, sino sobre una parte de ella.

Ahora bien, la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto de Urgencia N° 028-2019, dispone la progresividad por los aportes del CAS, Magisterio y Profesionales de la Salud estableciendo que el porcentaje del incremento en la base imponible para estos trabajadores e indica que la progresividad se evalúa y determina a partir del año fiscal 2022, a propuesta del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas.

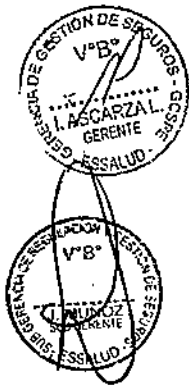
Agrega que estos incrementos se encuentran supeditados al cumplimiento de las reglas fiscales, a la sostenibilidad de las finanzas públicas y sujeto a los créditos presupuestarios aprobados en las respectivas Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público. Dichos incrementos en las bases imponibles se aprueban con una norma con rango de Ley, a propuesta del Poder Ejecutivo, y conforme a los criterios de homologación y gradualidad del aporte.

Sobre este punto es importante que se tenga presente que el Decreto de Urgencia N° 028-2019, fue aprobado en diciembre de 2019, antes de la crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19, con severos efectos sobre la sostenibilidad financiera de EsSalud y que éstos regímenes laborales con aportes diferenciados tienen muchos años de vigencia e impacto negativo sobre la sostenibilidad financiera de EsSalud, por lo cual es necesario que se replantee el horizonte de 5 años a que se refiere la exposición de motivos para que el esquema de cálculo de aportación sea el mismo para todos los empleadores y se establezca un plazo de 2 años.

En efecto, el factor disruptivo de la emergencia sanitaria, conllevó la realización de diversas acciones que han generado un gasto sobredimensionado a fin de cubrir las necesidades de salud de la población afectando severamente el presupuesto institucional, debido a la reducción de ingresos y al incremento de los gastos operativos. Como consecuencia de ello, el flujo operativo de EsSalud en el ejercicio 2020, fue deficitario en S/1,120 millones de soles.

Adicionalmente, un elemento relevante para la reducción del horizonte de 5 años que se plantea, son los diagnósticos disponibles en el Estudio Financiero Actuarial 2018 que ya indicaban la proyección de déficits crecientes e ininterrumpidos hasta el 2027, situación que podría traducirse en un deterioro en la calidad y la oportunidad de los servicios clínicos provistos por la Institución.

Esta aspiración legítima de la seguridad social requiere que se disponga de estudios que permita dimensionar la capacidad real de financiamiento del Estado para asumirlos con los recursos públicos, de tal manera que se garantice la suficiencia de la caja fiscal para atender las obligaciones que se generen a partir de la nivelación de las bases imponibles planteadas.



Firmado digitalmente por:  
RAVÍOS ROMERO Heman  
Francisco FAJ 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:05:40-0500

Como se ha señalado, las contribuciones a la seguridad social en salud constituyen la principal fuente de recursos de EsSalud. Sin embargo, los incrementos de la cobertura poblacional han sido relativamente mayores al incremento del nivel de las contribuciones, registrándose una reducción permanente de la contribución promedio por asegurado, lo cual preocupa por el impacto negativo que puede generar en la capacidad de respuesta a sus necesidades de salud. Esto hace inminente la necesidad de definir e implementar una política institucional que revierta la tendencia mencionada y garantice la sostenibilidad financiera de EsSalud.

En línea con lo anterior, el Consejo Nacional de Salud en cumplimiento del encargo dado mediante la Resolución Suprema N° 001-2013-SA, propuso medidas de política de reforma orientadas a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, a fin de conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

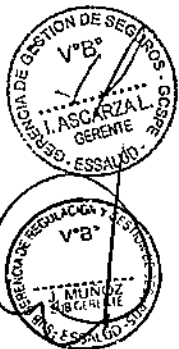
En ese marco, el Lineamiento 11: Fortalecer el financiamiento del Seguro Social de Salud, indica que EsSalud es el principal actor del régimen contributivo, que acompaña y promueve el empleo formal, a fin de garantizar sus coberturas y prestaciones conforme al marco constitucional, por lo que requiere fortalecer su financiamiento y la intangibilidad de sus recursos.

En ese sentido, la Propuesta de Mandato de Política 3.4: Fortalecimiento del financiamiento de EsSalud a fin de garantizar la sostenibilidad del fondo de seguridad social y permitir la implementación de inversiones para cerrar las brechas de infraestructura y equipamiento, así como de recursos humanos y otros bienes y servicios, coincidió con las conclusiones y recomendaciones del Estudio Financiero Actuarial del Seguro Social de Salud, presentado por la OIT en el 2012, sobre la existencia de diversos problemas que aún continúan vulnerando el equilibrio financiero de EsSalud, entre otros, la existencia de subsidios cruzados de los contribuyentes regulares al Estado respecto del personal de salud al servicio del Estado y de la carrera pública magisterial. En otras palabras, para la OIT el Estado, en su calidad de empleador, debe aportar como cualquier otro empleador, lo cual tiene sustento en los principios de igualdad y solidaridad de la seguridad social.

Atendiendo a tal problemática, se propuso como mandato de política, medidas para elevar la capacidad de movilización de recursos de una manera eficiente y sostenible, el establecimiento de reglas y normas a fin de evitar los subsidios cruzados entre los regímenes de la Seguridad Social de Salud, así como perfeccionar los mecanismos que permitan uniformar las tasas de aportes con respecto a los trabajadores con vínculo laboral vigente.

En consecuencia, en principio, encontramos conformidad con la propuesta de fortalecer la sostenibilidad financiera de EsSalud mediante la ampliación de la base imponible para el cálculo de las aportaciones a EsSalud, sin embargo, es necesario que se replantee el horizonte de 5 años a que se refiere la exposición de motivos para que el esquema de cálculo de aportación sea el mismo para todos los empleadores y se establezca un plazo de 2 años.

No obstante, todo lo anterior conduce a que, adicionalmente, el Poder Ejecutivo apruebe una política de Estado que genere las condiciones para la nivelación progresiva de los ingresos que se obtienen de las aportaciones de los asegurados con los gastos en los que debe incurrirse para brindarles las prestaciones que requieren de manera adecuada y oportuna, garantizando así la sostenibilidad financiera de EsSalud.



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Hernan  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:08:18-0500

Dicha política se plantea considerando los derechos, las obligaciones y las responsabilidades del gobierno, los empleadores y los trabajadores, para asegurar la sostenibilidad financiera del régimen contributivo de la seguridad social en salud, a fin de garantizar la cobertura de las prestaciones que requieren los asegurados con suficiencia, calidad y oportunidad, en el contexto de la crisis sanitaria por la COVID-19, el creciente riesgo de nuevas pandemias sanitarias mundiales, el incremento de la movilidad geográfica, el creciente problema de las enfermedades crónicas no transmisibles y los cambios demográficos que se van registrando.

Para tal efecto, se propone las siguientes acciones orientadoras que garantizarán el cumplimiento del compromiso referido:

- Promover un debate enfocado desde una cultura de seguridad social para revertir la perspectiva vigente de "costo de la seguridad social" hacia una perspectiva de futuro de "inversión en la seguridad social", como medio de contribución al crecimiento y desarrollo económico y a la cohesión social.
- Lograr el reconocimiento explícito de una Política de Homologación de Aportes como una necesidad y prioridad nacional, implicando una coordinación entre los Sectores Salud, Trabajo y Economía; el Consejo Nacional de Trabajo y Promoción del Empleo (CNTPE), así como con el Poder Legislativo.
- Promover que las posibles nuevas iniciativas legislativas relacionadas con las contribuciones a EsSalud cuenten con una base financiera actuarial sólida y sustentabilidad financiera, evitando la eliminación o recortes a las contribuciones, que generan efectos adversos sobre el principio de solidaridad y el financiamiento.
- Gestionar la modificación o derogación de los dispositivos legales que establecen inafectaciones, exoneraciones, beneficios u otras formas de desgravación de las contribuciones del régimen contributivo de la seguridad social en salud.
- Comprometer al Gobierno a financiar el déficit que pueda ocasionar a EsSalud las excepciones que deban hacerse para implementar tratos diferenciados en las contribuciones de los asegurados, sustentados o justificados en la situación de vulnerabilidad que puedan atravesar grupos de población específicos.
- Inducir la aprobación de los proyectos de ley que tengan como finalidad establecer medidas para viabilizar y optimizar el cobro de deudas por concepto de contribuciones y revertir el déficit financiero existente en EsSalud por esa causa.
- Diseñar y promover el desarrollo de campañas para concientizar a la población sobre los beneficios de contribuir al régimen contributivo de seguridad social a fin que tome conciencia acerca de los costos asociados a la desprotección social, tanto para los trabajadores como para la sociedad en general.



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Heman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 20/11/2021 17:06:49-0500

#### ***Tipificación del delito contra la seguridad social en salud***

El bien jurídico protegido es la Seguridad Social asumida desde la misma Constitución Política: el artículo 12 establece que los fondos y reservas de la

seguridad social son intangibles. Este artículo establece el marco normativo general que define la naturaleza de los fondos y reservas de la Seguridad Social. Por su parte, el artículo 11 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, precisa que los recursos que administra EsSalud, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 12 de la Constitución Política del Perú, son intangibles y no pueden ser destinados a fines distintos a los de su creación.

Una de las conductas realizadas para la obtención de prestaciones que no corresponden, es la suplantación de la identidad de un asegurado, ocultando la identidad del verdadero usuario de los servicios de salud. En tales casos, los sujetos involucrados persiguen provocar el error esencial en EsSalud y tales acciones son intencionalmente realizadas por los sujetos involucrados con esa finalidad, con el fin de lograr que el EsSalud acepte voluntariamente una situación patrimonialmente perjudicial.

Otro supuesto consiste en crear una empresa falsa, inexistente o existente, pero sin actividad real, en la que se realiza la filiación a sus "clientes" mediante el cobro de una cantidad que constituye su beneficio y los declaran en una planilla (obviamente sin relación de trabajo real).

Al respecto, el Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud: análisis y recomendaciones técnicas elaborado en el 2005, al describir la situación de la cobertura en EsSalud, señaló que ésta refleja que existe una carencia de percepción de riesgo de evasión por parte de las empresas que aplican estas prácticas, pues la legislación vigente no le otorga a SUNAT ni EsSalud la suficiente fuerza ni instrumentos compulsivos para actuar. No por casualidad, los países en Latinoamérica que muestran mejor desempeño relativo en términos de cobertura de la seguridad social, son los que a su vez poseen legislaciones más fuertes en términos de tipificación de delitos de evasión a la seguridad social y fuertes sanciones. Una adaptación de la legislación local, basada en una revisión de buenas prácticas a nivel regional, podría conducir a mejoras en este ámbito.

Consecuentemente, la OIT recomendó en aquella oportunidad, el incremento de la acción compulsiva del sistema, mediante la fijación legal de sanciones más fuertes para empleadores morosos y evasores con la seguridad social.

Por su lado, el Estudio Financiero Actuarial de 2015 también se pronuncia en similares términos al señalar que los beneficios de la Seguridad Social constituyen derechos inalienables, de rango constitucional, y sin embargo no tienen una protección especial de orden penal, lo que dificulta la aplicación de medidas o sanciones realmente disuasivas ante conductas que se presentan frecuentemente.

Del mismo modo, el Estudio financiero actuarial de EsSalud 2018, hace referencia a las malas prácticas y abusos contra la seguridad social cuando recomienda que se fomente la aprobación de normas contra el fraude a la Seguridad Social, tanto en el sentido de omitir las obligaciones que suponen la incorporación de los trabajadores a la Seguridad Social, como intentar la obtención de prestaciones de forma indebida, de tal manera que para el obligado resulte más oneroso el no cumplir que cumplir.

En consecuencia, encontramos conformidad con la propuesta de tipificar el delito contra la seguridad social en salud.

e) **Establecer modificaciones sustantivas a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y al Decreto Legislativo N° 1302,**



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Heman  
Francisco FAU 20131267760 soft  
Mbtivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:07:22-0500

*Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, con la finalidad de implementar un tarifario único basado en costos y de obligatorio cumplimiento, que permita la complementariedad de los prestadores públicos de salud en beneficio de los ciudadanos.*

En la exposición de motivos se sustenta la necesidad de definir e implementar un tarifario único como medio para lograr una mayor complementariedad de los prestadores públicos de salud en beneficio del ciudadano. Para esto se plantea modificaciones sustantivas en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y en el Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público.

Al respecto, es necesario fundamentar la posibilidad real de definir e implementar un tarifario único de salud basado en costos. Hay dos premisas fundamentales que tendrían que cumplirse: a) que las estructuras de costos de los prestadores sean homogéneas, y b) que los prestadores cuenten con esquemas de financiamiento similares.

Ninguna de las premisas mencionadas se cumple, si comparamos los establecimientos de salud del MINSA o Gobiernos Regionales y los que pertenecen a EsSalud.

Las estructuras de costos homogéneas suponen funciones de producción similares, lo cual implicaría que la tecnología de producción de los servicios y las características de los factores productivos (recurso humano, infraestructura, equipos, etc.) sean similares. La realización de partos y atención de recién nacidos, por ejemplo, en los establecimientos de salud de los gobiernos regionales se realiza en tópicos de atención, mientras que en EsSalud se realizan en centros obstétricos y en centros de neonatología, respectivamente; ¿cómo podría establecerse una misma tarifa para tecnologías de producción diferenciadas, que utilizan infraestructura y recurso humanos con diferente especialización?

Respecto a los esquemas de financiamiento, los establecimientos del MINSA y gobiernos regionales cuentan con financiamiento del estado, a través de asignaciones presupuestales a las unidades ejecutoras y de las transferencias al SIS; mientras que EsSalud cuenta con los fondos constituidos por las aportaciones que corresponden a los asegurados.

El nivel y flujo del financiamiento de las unidades prestadoras del MINSA y gobiernos regionales está directamente en función a la disponibilidad presupuestal de Tesoro Público, lo cual es variable y recurrentemente insuficiente para cubrir los costos respectivos. Este aspecto influye en la diferenciación de costos en los que realmente se incurre en las mismas prestaciones entre diferentes unidades prestadoras. En este escenario, ¿cuál sería el criterio de definición de tarifa?, ¿debe cubrir el financiamiento total?, ¿solo los costos variables que financia el SIS?, ¿dichos costos deben ser los estandarizados o los realmente incurridos?, nada de esto está claro en la propuesta normativa.

En el caso de EsSalud, el fondo de financiamiento está determinado por las aportaciones que hacen los empleadores por sus asegurados, según la prima establecida sobre la remuneración que percibe. El flujo es mensual y relativamente estable, constituyendo un fondo disponible que permite financiar las prestaciones que se brinda a los asegurados. Existe un mayor alineamiento entre el flujo de



Firmado digitalmente por:  
RAMOS RÓMERO Herman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 28/11/2021 17:08:05-0500

asignación financiera a los prestadores y los costos incurridos en la atención de los asegurados, los costos promedios son más estables, tal es así que recurrentemente se cuenta con estimaciones de costos que son referenciales para las asignaciones. ¿Dichos costos serían la referencia para el tarifario único propuesto?, ¿cómo se abordaría el hecho que los mismos no tienen ninguna similitud en nivel y estructura a los costos de prestadores del MINSA o gobiernos regionales?

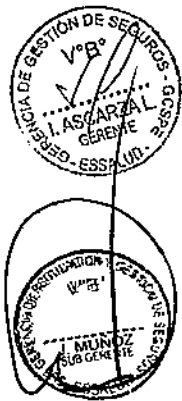
En la exposición de motivos de la propuesta normativa también se indica que el tarifario único constituiría un medio para lograr una mayor complementariedad de los prestadores públicos. No existe ningún sustento que se acompaña a esta afirmación, y no podría haberlo porque un tarifario único como el propuesto no podría ser el referente para todos los prestadores; para algunos que registran costos reales por debajo de dicho tarifario le será favorable, pero para los prestadores que registran costos reales por encima de ninguna manera. Estos últimos podrían desfinanciarse progresivamente y a la larga verse obligados a bajar sus coberturas y la calidad de sus servicios, aspecto contraproducente con la reforma de la salud pretendida.

En ese escenario, el intercambio prestacional puede verse restringido significativamente. Una base fundamental para garantizar la complementariedad prestacional es que las tarifas que se establezcan permitan el intercambio entre los prestadores, las cuales tienen que ser correspondientes con los costos reales en los que se incurren. Mientras dichos costos no son similares, no puede pretenderse establecer una tarifa única.

Si la perspectiva es que el intercambio prestacional se extienda también entre los prestadores públicos y privados, el tarifario único se constituiría en un obstáculo mayúsculo. No habría ninguna posibilidad de dicha extensión, lo cual restaría mucha fuerza al proceso de universalización de la salud a nivel nacional.

Las prácticas mercantilistas que se alude en la exposición de motivos no pueden enfrentarse a través de mecanismos de definición y control de tarifas en el mercado de servicios de salud, sino más bien a través de un esfuerzo de estandarización de las prestaciones y el tránsito progresivo para que todos los prestadores brinden los servicios bajo dicha estandarización. Mientras tanto, es prudente mantener en los mercados tarifas diferenciadas, correspondientes con los costos diferenciados existentes.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:  
RAMOS ROMERO Heman  
Francisco FAU 20131257750 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28/11/2021 17:10:01-0500

HFRR/IAL/JML  
NIT 5342-2021-46  
CC  
Gerencia Central de Asesoría Jurídica  
Secretaría General  
Presidencia Ejecutiva