

IV. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

1. Costo

El SERMEC mejorará significativamente la eficiencia del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y no irrogará gastos adicionales al Tesoro Público, debido a que su implantación implicará un esfuerzo de reordenamiento del gasto del sector en los distintos niveles de atención. En efecto, al desarrollar el primer nivel de atención y mejorar su capacidad resolutoria -que es de menor costo- la demanda de atención será sustancialmente menor en los hospitales e institutos del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, cuyo costo per cápita es mucho mayor.

2. Beneficio

Con la creación del SERMEC se busca desarrollar y fortalecer el primer nivel de atención a fin de contribuir a lograr el acceso al cuidado integral de salud de toda la población, mejorar la calidad de vida de las personas, reducir enfermedades y salvar vidas, evitando muertes anticipadas, pérdida de capacidad de trabajo y pérdida de tiempo de trabajo y entretenimiento.

Asimismo, el Servicio de Medicina y Salud Comunitaria revertirá progresivamente la actual subutilización de los servicios y establecimientos de salud del primer nivel de atención, que ha conducido a la sobrecapacidad de la demanda de atención en los establecimientos de mayor complejidad del sistema de salud, al encarecimiento de los costos de atención, a prolongados tiempos de espera y, por tanto, a la insatisfacción de los usuarios.

De otro lado, el SERMEC se orienta al desarrollo integral de los recursos humanos a través de la formación, captación y permanencia de profesionales generales capacitados en el primer nivel de atención, priorizando la especialidad de Medicina General Integral y sus similares en las distintas profesiones de la salud. De esta manera, se tendrán recursos humanos calificados donde más se les necesite para brindar un servicio con equidad y calidad. Además, al eliminarse las continuas rotaciones, la población se verá beneficiada con la mayor permanencia del personal, lográndose su identificación con la comunidad y su cultura.

19 de Enero de 2004

Anexo N° 2

MINISTERIO DE SALUD

COMISIÓN DE APOYO A LA REFORMA EN SALUD

R.M. N° 988-2003-SA/DM

Anteproyecto

LEY DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

CAPÍTULO I.- GENERALIDADES

Artículo 1°.- Finalidad de la Ley

La finalidad de la presente Ley es el Aseguramiento Universal en Salud como medio para lograr el acceso al cuidado integral de la salud de toda la población y contribuir a mejorar su estado de salud y calidad de vida.

Artículo 2°.- Marco Normativo

El Aseguramiento Universal en Salud tiene como

marco normativo la Constitución Política del Estado, el Acuerdo Nacional, la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, lo establecido en la presente Ley y demás legislación aplicable.

Artículo 3°.- Alcance de la Ley

Se encuentran dentro del ámbito de aplicación de la presente Ley las organizaciones, instituciones, dependencias y componentes del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Artículo 4°.- Definiciones

Para efectos de la presente Ley se tienen en cuenta las definiciones siguientes:

- a. Seguridad Social.- Forma superior de protección humana pública que con sustento en los principios de solidaridad, equidad, universalidad, integralidad y unidad, y mediante aportes y subsidios, otorga a los asegurados y sus derechohabientes prestaciones de salud, prestaciones sociales, pensiones y otras prestaciones económicas.
- b. Seguridad Social en Salud.- Parte de la Seguridad Social que se refiere a las prestaciones de salud y prestaciones sociales.
- c. Aseguramiento Universal en Salud.- Etapa de construcción progresiva de la aplicación de los principios de la seguridad social en salud de acuerdo a Ley, y previa a la universalización de la Seguridad Social en Salud.
- d. Seguro Social de Salud.- Régimen contributivo solidario de seguridad social en salud, a cargo de ESSALUD. Se complementa para prestaciones con los planes de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
- e. Seguro Público de Salud.- Régimen subsidiado y contributivo solidario de protección social, a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS).

CAPÍTULO II.- DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 5°.- Principios

El Aseguramiento Universal en Salud se sustenta en los principios de solidaridad, equidad, universalidad, integralidad, eficiencia, participación social y unidad.

Artículo 6°.- Cultura de Aseguramiento en Salud

El Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud promueve la cultura de aseguramiento en salud en la población.

Artículo 7°.- Derecho al Aseguramiento en Salud

Toda persona tiene derecho al cuidado integral de la salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin discriminación alguna, mediante el aseguramiento en salud. Este derecho garantiza el acceso progresivo y obligatorio a un conjunto definido y gradualmente creciente de prestaciones de salud a toda

la población, de acuerdo a criterios de solidaridad, equidad, perfil epidemiológico y sostenibilidad financiera.

Artículo 8°.- Autonomía

Para el Aseguramiento Universal en Salud las instituciones se organizan con autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa, bajo la supervisión y control del Estado. Las políticas de salud que desarrollen serán determinadas por el Ministerio de Salud como ente rector del sector Salud.

Artículo 9°.- Instituciones del Aseguramiento Universal en Salud

El Aseguramiento Universal en Salud se realiza a través del Seguro Social de Salud, Seguro Integral de Salud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

Artículo 10°.- Seguro Social de Salud

El Seguro Social de Salud (ESSALUD) se rige por la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790 y la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) N° 27056. Mediante un fondo intangible financia prestaciones de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y económicas para el cuidado integral de la salud individual y el bienestar social de los asegurados y derechohabientes.

Artículo 11°.- Seguro Integral de Salud

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene como misión administrar un fondo intangible destinado al financiamiento de prestaciones de salud individual para otorgar cobertura a sus asegurados, brindándoles prestaciones de promoción, protección y recuperación para el cuidado de su salud y bienestar social, de acuerdo a criterios de equidad. El SIS garantiza el aseguramiento a la población sin capacidad o con limitada capacidad contributiva que no pertenece al Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Artículo 12°.- Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y Sanidad de la Policía Nacional del Perú del Ministerio del Interior

Las Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú participan en el Aseguramiento Universal en Salud de acuerdo a lo que establece la normatividad vigente.

Artículo 13°.- Complementariedad de los Seguros Privados de Salud

Los seguros privados de salud son complementarios al Aseguramiento Universal en Salud, de acuerdo a la normatividad vigente.

CAPÍTULO III.- FONDOS MANCOMUNADOS**Artículo 14°.- Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención**

Créase el Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención, el cual agrupará recursos financieros provenientes de todos los asegurados, cualquiera sea su régimen de afiliación, así como los aportes correspondientes del Estado para la población en condición de pobreza.

El Fondo será administrado por un Directorio de doce miembros, integrado por cuatro representantes del Seguro Social de Salud, cuatro del Seguro Integral de Salud y cuatro de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Los aportes serán institucionales, se sustentarán con base actuarial y serán concertados y aprobados por el Directorio. Cada institución decidirá la ratificación de la aprobación.

Para la constitución del Fondo se deberá garantizar condiciones adecuadas de tipo económico, financiero, administrativo y matemático-actuarial, que determinará el Reglamento. Con los recursos de este Fondo, los cuales son de carácter intangible, se financiará un plan de prestaciones de salud para un conjunto de enfermedades de alto costo de atención y de baja frecuencia en su ocurrencia, definido previamente.

Artículo 15°.- Fondo de la Seguridad Social en Salud

El Aseguramiento Universal en Salud considera que en el largo plazo será constituido el Fondo de la Seguridad Social en Salud, para lo cual los fondos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Seguro Integral de Salud (SIS) se integrarán cuando estén dadas las condiciones económico financieras sustentadas en estudios matemático-actuariales. Asimismo, podrán integrarse a este Fondo los correspondientes recursos de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, así como otros fondos que se constituyan expresamente para tal fin.

CAPÍTULO IV.- APORTES**Artículo 16°.- Solidaridad en los Aportes para el Aseguramiento**

El aporte para el aseguramiento universal en salud es obligatorio en proporción a los ingresos de los asegurados.

Artículo 17°.- Aportes

Las tasas de aportes son determinadas con base en estudios matemático actuariales periódicos. Son propuestas por el Consejo Nacional de Salud y aprobadas por Decreto Supremo de Salud con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros. El aporte del Estado para la población en extrema pobreza es obligatorio.

Artículo 18°.- Adscripción de Asegurados a ESSALUD y SIS

Si el aporte por asegurado es igual o mayor al monto mínimo que se determine actuarialmente, se adscribe a ESSALUD, caso contrario se adscribe al SIS. El procedimiento será determinado en el Reglamento.

CAPÍTULO V.- PRESTACIONES Y REGULACIÓN**Artículo 19°.- Prestadores Públicos y Privados e Intercambio de Servicios**

Los prestadores de servicios de salud son públicos y privados, los cuales se interrelacionan con las instituciones de aseguramiento para la compra-venta e intercambio de servicios de salud, mediante convenios suscritos por las partes en el marco aprobado por Decreto Supremo de Salud, previo acuerdo del Consejo Nacional de Salud.

Artículo 20°.- Libre Elección

Los asegurados pueden elegir a los prestadores públicos y privados de acuerdo a las normas establecidas con base actuarial, concertadas por el Consejo Nacional de Salud y aprobadas por Decreto Supremo de Salud.

Artículo 21°.- Planes de Beneficios

La universalización del aseguramiento en salud se traducirá en planes de beneficios iguales para todos los asegurados. Mientras no se alcance este objetivo, los asegurados de ESSALUD y SIS contarán con planes de beneficios diferenciados.

Artículo 22°.- Regulación, Control y Supervisión

Es función del Ministerio de Salud regular, controlar y supervisar a los agentes comprendidos en el proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a fin de cautelar la calidad de los servicios que presten y su solidez económico - financiera, en resguardo de los intereses de los asegurados. Para el caso de los agentes privados, las funciones de regulación, supervisión y control económico financiero se realizan a través de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES

PRIMERA.- Reglamento de la Ley

El Consejo Nacional de Salud propondrá el Reglamento de la presente Ley en el término de noventa días de su vigencia, el que será aprobado mediante Decreto Supremo de Salud.

SEGUNDA.- Institucionalidad y Adscripción del Seguro Integral de Salud (SIS)

El Ministerio de Salud, en el término de noventa días calendario a partir de la publicación de la presente Ley, presentará el Proyecto de Ley para la institucionalidad y autonomía del Seguro Integral de Salud (SIS), adscrito al Sector Salud.

TERCERA.- Adscripción del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Sin perjuicio de su autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa, a partir de la vigencia de la presente Ley, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) está adscrito al Sector Salud.

CUARTA.- Estudio Matemático-Actuarial

En el término de treinta días calendario de vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud

convocará al Seguro Social de Salud (ESSALUD) y al Seguro Integral de Salud (SIS) a fin de diseñar e iniciar un estudio matemático-actuarial integral para el Aseguramiento Universal en Salud.

QUINTA.- Aportes para el Aseguramiento Universal en Salud

El aporte correspondiente a los trabajadores dependientes continuará a cargo de los empleadores, de acuerdo a las normas legales vigentes.

SEXTA.- Equidad en los Aportes

Para alcanzar la equidad en los aportes el Ministerio de Salud, con participación de las instituciones señaladas en el Artículo 9°, diseñará en el término de ciento ochenta días calendario metodologías e instrumentos de clasificación socioeconómica, a fin de lograr la incorporación progresiva de los trabajadores cuyos ingresos no provienen de una relación de dependencia contractual.

SÉTIMA.- Reglamento del Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención

El Consejo Nacional de Salud propondrá el Reglamento del Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención en un plazo no mayor de noventa días de publicada la presente Ley, el cual será aprobado por Decreto Supremo de Salud.

OCTAVA.- Derogatoria de Disposiciones Legales

Derógase el inciso 1.1 del Artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en la parte que adscribe el Seguro Social de Salud (ESSALUD) al Sector Trabajo y Promoción del Empleo; así como toda disposición legal que se oponga a la presente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

A. CONSTITUCIÓN POLÍTICA

La Constitución Política de 1993 establece en el Artículo 9° que el Estado determina la política nacional de salud; en el Artículo 10° reconoce el derecho

universal y progresivo de toda persona a la seguridad social para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida; en el Artículo 11° dispone que el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud a través de entidades públicas, privadas o mixtas; y

en el Artículo 12° precisa que los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles, y que los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley.

B. INFORME 2000 DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En junio de 2000 la OMS publicó en su Informe sobre la Salud en el Mundo la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de 191 países.

DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN FINANCIAMIENTO	Indicador: Gasto en Salud Per Cápita	Indicador: Equidad de la Contribución Financiera
Puesto Ocupado en un Total de 191 Países	Puesto	Puesto
BANGLADESH	144	51
PERÚ	78	184
TURQUÍA	82	49

Fuente: Informe sobre la Salud en el Mundo, OMS 2000.

Estos resultados nos ubicaron entre los países con menor eficiencia en el financiamiento de la salud, los cuales se caracterizan por:

- Desprotección de la población contra el riesgo financiero de la enfermedad;
- Elevada proporción de pago de "bolsillo" frente a escaso pago anticipado o prepago de seguro de salud; y,
- Desigualdad de la contribución financiera, demostrada por el alto porcentaje de la población cuyo gasto en salud representa una elevada proporción de los ingresos totales de las familias.

C. COMISIÓN DE ALTO NIVEL - R.M. N° 463-2001-SA/DM

En agosto del 2001, por R.M. N° 463-2001-SA/DM, el Ministerio de Salud constituyó la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del sistema nacional de salud. Luego de cinco meses de trabajo emitió el Informe Final conteniendo un total de 51 problemas con sus respectivas propuestas y acciones a realizar. Entre las propuestas destacaron la creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, el

En el área de financiamiento, el sistema de salud del Perú ocupó el lugar 78 en el indicador Gasto en salud per cápita, pero un decepcionante 184 en el indicador Equidad de la contribución financiera. En la tabla siguiente aparecen estos resultados con los de Bangladesh y Turquía, ejemplos en que -inversamente- se evidenció gran eficiencia cuando se relacionaron los dos indicadores, pues teniendo menor gasto en salud per cápita mostraron una superior equidad de la contribución financiera.

Aseguramiento Universal en Salud y la creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC.

Por el gran riesgo económico que representan los problemas de salud -principalmente las enfermedades catastróficas como SIDA, cáncer, enfermedad cerebro vascular, enfermedad coronaria y la insuficiencia renal crónica, tanto en altos costos de atención como en pérdidas de ingresos para las familias- el Aseguramiento Universal en Salud fue propuesto teniendo como objetivo a largo plazo el Seguro Social de Salud para toda la población. Para el mediano plazo planteó dos grandes estrategias: la extensión de cobertura del Seguro Social de Salud - ESSALUD y el impulso al Seguro Integral de Salud - SIS.

D. ACUERDO NACIONAL

El Acuerdo Nacional -suscrito el 22 de Julio de 2002 por representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno- aprobó con carácter vinculante un conjunto de políticas de Estado. La Décimo Tercera Política se refiere al Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, y establece el compromiso de asegurar las condiciones

para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Con este objetivo promueve el acceso universal a la seguridad social y se fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes. Entre sus políticas se encuentra consolidar un modelo de aseguramiento universal sostenible, equitativo y solidario sobre la base de la Seguridad Social en Salud, el Seguro Integral de Salud y la participación regulada del sector privado.

II. JUSTIFICACIÓN

La población peruana, principalmente rural y urbano marginal en pobreza y pobreza extrema, está excluida en porcentaje elevado del acceso a los servicios de salud y del derecho a la seguridad social en salud. Según la última publicación de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO IV Trimestre de 2001-INEI agosto 2002), sólo el 20.7% de la demanda de atención de salud fue cubierta por ESSALUD, el 1.9% por las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú y el 11.1% por los servicios de salud privados. El 66.3% restante depende de los servicios públicos de salud.

Pero se estima que por lo menos un 25% de la población no demanda atención institucionalizada de salud por carecer de posibilidades para acceder a algún servicio, lo que evidencia muy severa desprotección social. Entre las barreras que impiden o limitan el acceso a los servicios de salud se considera las de tipo económico, geográfico y cultural. Adicionalmente, dificultan el acceso al Seguro Social de Salud la gran informalidad en el mercado de trabajo, el elevado "gasto de bolsillo" y la dualidad y paralelismo del MINSAL y ESSALUD.

Los países desarrollados, principalmente de Europa, han demostrado que la Seguridad Social es la forma superior de protección humana pública, la cual con sustento en los principios de solidaridad, equidad, universalidad, integralidad y unidad, y mediante aportes y subsidios, otorga a los asegurados y sus derechohabientes prestaciones de salud, prestaciones sociales y pensiones. La Seguridad Social en Salud es la parte de la Seguridad Social que se refiere a las prestaciones de salud y prestaciones sociales.

Los países de menor desarrollo -con limitaciones en la capacidad económica que no les permite aún alcanzar la seguridad social universal en salud- están desarrollando, de acuerdo a cada realidad y como etapa previa para la construcción progresiva de la aplicación de los principios de la seguridad social en salud, una estrategia de éxito creciente, que es el Aseguramiento en Salud.

Tanto en la Seguridad Social como en el Aseguramiento en Salud el pago anticipado o prepago del seguro de salud implica un financiamiento con fondo solidario, compartido e incluyente, que sustituye progresivamente al pago de "bolsillo", por ser un financiamiento individual y excluyente.

La finalidad del Proyecto de Ley es el Aseguramiento Universal en Salud como medio para lograr el acceso al cuidado integral de la salud de toda la población y contribuir a mejorar su estado de salud y calidad de vida. El financiamiento será progresivo y se realizará a través del desarrollo de dos fondos de seguro:

El Seguro Social de Salud como régimen contributivo solidario de seguridad social en salud, a cargo de ESSALUD, que se complementa para prestaciones con los planes de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

Y el Seguro Público de Salud como régimen subsidiado y contributivo solidario de protección social, a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS). En el largo plazo los dos fondos podrían integrarse para constituir el Fondo de la Seguridad Social en Salud.

Un aspecto importante a considerar es que actualmente un elevado porcentaje del subsidio del Seguro Integral de Salud no llega a la población más pobre -que en alta proporción vive en áreas rurales y urbano marginales-, porque es captado por la población de las ciudades que tiene mayores oportunidades y relaciones. Esto sucede porque una parte significativa de la población nacional ciudadana, con capacidad para aportar al seguro social o al SIS, está impedida de hacerlo debido a que en nuestro país aún no está normado el aseguramiento del trabajador informal y sus familiares, así como tampoco para otros grupos con poder adquisitivo no cubiertos.

Por ende, para alcanzar la equidad en los aportes el Ministerio de Salud, con participación del Seguro

Social de Salud, Seguro Integral de Salud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, diseñará en el término de ciento ochenta días calendario metodologías e instrumentos de clasificación socioeconómica, a fin de lograr la incorporación progresiva de los trabajadores cuyos ingresos no provienen de una relación de dependencia contractual.

Las tasas de aportes serán determinadas con base en estudios matemático actuariales periódicos, propuestas por el Consejo Nacional de Salud y aprobadas por Decreto Supremo de Salud con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

Si el aporte por asegurado fuera igual o mayor al monto mínimo que se determine actuarialmente, se adscribiría a ESSALUD, caso contrario se adscribiría al SIS. El procedimiento sería determinado en el Reglamento.

Los principios orientadores del Aseguramiento Universal en Salud son:

Universalidad: Propende al aseguramiento con ciudadanía plena en salud, con derechos, deberes y disponibilidad de cobertura de salud para toda la población, teniendo en cuenta la accesibilidad económica, geográfica y cultural.

Equidad: Cuidado de la salud acorde a las necesidades y la cultura de las personas, con respeto de su dignidad y sin discriminación. Busca la reducción de las distintas brechas de inequidad e incluye información, educación, comunicación y la participación en salud.

Unidad: Implica la protección de la persona humana desde la concepción hasta la muerte con los mismos principios, doctrina y derechos, y la protección de los derechohabientes. Asimismo, la concordancia jurídica, económica y política de las instituciones de seguro y regímenes de protección.

Integralidad: Significa la realización de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación de la discapacidad, que aborden de manera integral el cuidado de la salud de las personas, las familias, la comunidad y el ambiente.

Solidaridad: La sociedad fomenta el bienestar general y apoya a la población de menores recursos. Es entendida como el aporte o contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden ha-

cerla, con pago obligatorio, anticipado y preferentemente dirigido a un fondo público mancomunado y único. Sin solidaridad no puede haber universalidad, equidad, unidad ni integralidad, por lo que deviene en el principio fundamental para la vigencia de todos los demás principios, así como en sustento financiero del sistema de salud y del aseguramiento.

III. OBJETIVOS

1. Acceso al cuidado integral de la salud de toda la población, contribuyendo a mejorar su estado de salud y calidad de vida.
2. Ejercicio del derecho de toda persona al cuidado integral de la salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin discriminación alguna.
3. Promoción de la cultura de aseguramiento en salud.
4. Protección de la población contra el riesgo financiero de la enfermedad mediante la creación del Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención.
5. Disminución de la proporción de pago de "bolsillo" sustituyéndolo por el pago anticipado o prepago de seguros.
6. Promoción de la equidad de la contribución financiera, con disminución -a través del pago anticipado- de la proporción del gasto en salud de las familias con relación a sus ingresos totales.
7. Libre elección de prestadores de servicios de salud públicos y privados por los asegurados de acuerdo a las normas establecidas con base actuarial.
8. Prestadoras de servicios interrelacionadas con las instituciones de aseguramiento para la compra-venta e intercambio de servicios de salud mediante convenios.
9. En el largo plazo -cuando estén dadas las condiciones económico financieras sustentadas en estudios matemático actuariales- posibilidad de integración de los fondos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Seguro Integral de Salud (SIS) a fin de constituir el Fondo de la Seguridad Social en Salud.
10. Autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa de las instituciones del Asegu-

ramiento Universal en Salud, bajo la supervisión y control del Estado.

11. Institucionalidad y autonomía del Seguro Integral de Salud (SIS), con vinculación al sector Salud. (Debe tenerse en cuenta que no es posible desarrollar seguro público alguno sin autonomía plena.)
12. Vinculación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) al sector Salud, sin perjuicio de su autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa. (Para el desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud resulta imprescindible que la vinculación sectorial de ESSALUD se realice con el Ministerio de Salud y no con el Ministerio de Trabajo, con garantía plena del respeto a su autonomía. Mantener la duplicación sectorial de salud vigente, con doble rectoría, sólo conduciría a nuevas y grandes frustraciones.)

IV. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

1. Costo

El desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud implica un avance social progresivo de gran trascendencia al alcance del país y no irrogará al Tesoro Público gastos adicionales a los que son asignados anualmente al Seguro Integral de Salud (SIS) -una de las prioridades sociales- y otros programas de salud.

La gradual extensión del seguro social de salud a sectores de la población con capacidad financiera aún no cubiertos, será determinada con base en estudios matemático actuariales, permitirá la autofinanciación y no tendrá incidencia adicional en el gasto público.

Es oportuno señalar que la creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria (SERMEC) promoverá crecientemente la utilización de los servicios y establecimientos de salud del primer

nivel de atención, con la consecuyente y progresiva disminución de los costos de atención, lo que permitirá igualmente reducir los costos del aseguramiento en salud, tanto en ESSALUD como en el SIS.

2. Beneficio

El Aseguramiento Universal en Salud es una aspiración nacional compartida por todos y que tendrá gradualmente múltiples beneficios, entre otros:

- a. Acceso progresivo de toda la población al cuidado integral de la salud con oportunidad, calidad, dignidad y sin discriminación alguna, lo que contribuirá a mejorar su estado de salud y calidad de vida.
- b. Fomento de la cultura de aseguramiento en salud.
- c. Cobertura de las enfermedades de alto costo de atención, protegiendo a la población contra el riesgo financiero de la enfermedad.
- d. Disminución de la proporción de pago de "bolsillo", sustituyéndolo por el pago anticipado o prepago de seguro.
- e. Disminución -a través del pago anticipado- de la proporción del gasto en salud de las familias con relación a sus ingresos totales.
- f. Libre elección de prestadores públicos y privados por los asegurados.
- g. Mayor desarrollo de la salud, del sistema de salud y de la participación privada.

EFFECTO DE LA NORMA PROPUESTA SOBRE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

El efecto que se pretende conseguir con la aprobación de la iniciativa propuesta es legislar eficientemente el Aseguramiento Universal en Salud, dentro de los lineamientos de la Constitución Política, los compromisos del Acuerdo Nacional y la normatividad vigente.

09 de Febrero de 2004