



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



Lima, 19 de diciembre de 2019

OFICIO N° 293 -2019 -PR

Señor
PEDRO CARLOS OLAECHEA ÁLVAREZ-CALDERÓN
Presidente de la Comisión Permanente
Congreso de la República
Presente. -

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 135° de la Constitución Política del Perú, nos dirigimos a usted señor Presidente de la Comisión Permanente, con el objeto de dar cuenta de la promulgación del Decreto de Urgencia N° 028 -2019, que dispone medidas extraordinarias para el sostenimiento y equilibrio financiero del Seguro Social de Salud – ESSALUD para garantizar el derecho fundamental a la salud de los asegurados, para que lo examine y lo eleve al Congreso, una vez que éste se instaie.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para renovarle los sentimientos de nuestra consideración.

Atentamente,


MARTIN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO
Presidente de la República


VICENTE ANTONIO ZEBALLOS SALINAS
Presidente del Consejo de Ministros

446777/ATD

**COMISIÓN PERMANENTE DEL
CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

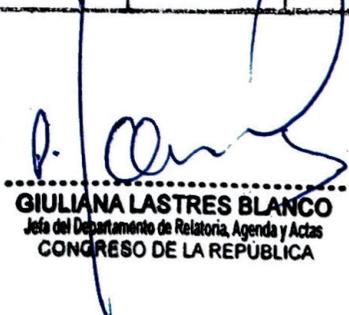
Lima, 27 de DICIEMBRE de 2019.

De conformidad con el segundo párrafo del artículo 135°
de la Constitución Política del Perú, pase el Decreto de
Urgencia N° 028 a la Comisión Permanente.



GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DEPARTAMENTO DE RELATORIA, AGENDA Y ACTAS	URGENTE <input type="checkbox"/>	IMPORTANTE <input type="checkbox"/>
Área de Despacho Parlamentario <input type="checkbox"/>	Atender <input type="checkbox"/>	Agregar a sus Antecedentes <input type="checkbox"/>
Área de Redacción de Actas <input type="checkbox"/>	Tramitar <input type="checkbox"/>	Junta de Portavoces <input type="checkbox"/>
Área de Relatoria y Agenda <input checked="" type="checkbox"/>	Conocimiento y Finas <input type="checkbox"/>	Consejo Directivo <input type="checkbox"/>
Área de Trámite Documentario <input type="checkbox"/>	Elaborar Informe <input type="checkbox"/>	Comisión Permanente <input checked="" type="checkbox"/>
	Confidencial VIG <input type="checkbox"/>	Licencia <input type="checkbox"/>
	Otros	



GIULIANA LASTRES BLANCO
Jefa del Departamento de Relatoria, Agenda y Actas
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

CONSEJO DIRECTIVO DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 9 de junio de 2020

Con acuerdo del Consejo Directivo, pase el Decreto de Urgencia **028-2019** a la Comisión de Salud y Población y a la Comisión de Constitución y Reglamento, de conformidad a lo dispuesto por el artículo 135 de la Constitución Política del Perú.-----



HUGO F. ROVIRA ZAGAL
Director General Parlamentario
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

COMISIÓN PERMANENTE DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 3 de marzo de 2020

El congresista Becerril Rodríguez, como coordinador del grupo de trabajo encargado de la elaboración del informe de evaluación del **Decreto de Urgencia 028-2019, que dispone medidas extraordinarias para el sostenimiento y equilibrio financiero del seguro social de Salud – EsSalud para garantizar el derecho fundamental a la salud de los asegurados**, presentó el 28 de febrero de 2020, el citado informe.-----

En sesión de la fecha, la Presidencia dio cuenta del mencionado informe y lo puso a debate.-----

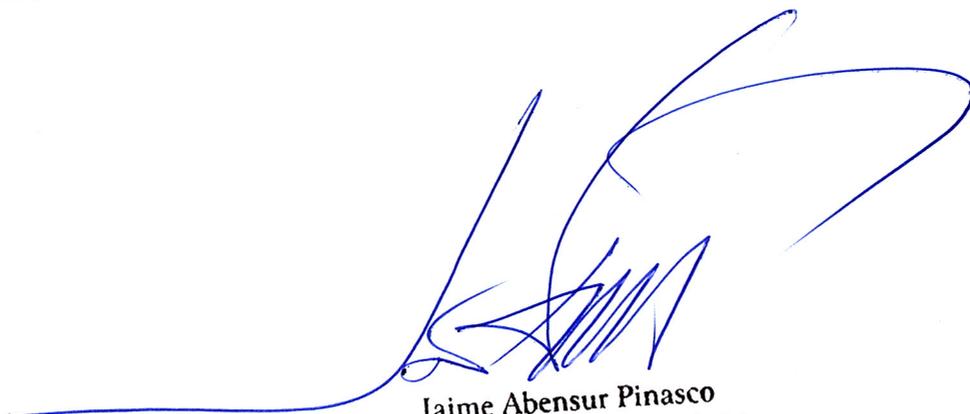
En el transcurso del debate, el congresista Becerril Rodríguez, en su condición de coordinador, presentó a las 12:24 horas, modificaciones al informe de evaluación del **Decreto de Urgencia 028-2019**.-----

Finalizado el debate, se sometió a votación nominal, con las modificaciones presentadas, el Informe de evaluación del **Decreto de Urgencia 028-2019**, el cual se aprobó por 16 votos a favor, 1 voto en contra y 2 abstenciones.-----

Posteriormente, la Presidencia dejó constancia del voto a favor del congresista Galarreta Velarde.-

La Presidencia manifestó que dicho informe será elevado al nuevo Congreso, una vez instalado este, para que proceda conforme a lo establecido en el segundo párrafo del artículo 135 de la Constitución Política del Perú.-----

Se acordó la dispensa del trámite de sanción del Acta para ejecutar lo acordado en la presente sesión.-----



Jaime Abensur Pinasco
Director General Parlamentario (e)
Congreso de la República

COMISIÓN PERMANENTE DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 6 de enero de 2020

En sesión de la fecha, la Presidencia dio cuenta de los siguientes decretos de urgencia remitidos por el Poder Ejecutivo.-----

Decreto de Urgencia 028-2019, Decreto de Urgencia que dispone medidas extraordinarias para el sostenimiento y equilibrio financiero del Seguro Social de Salud – ESSALUD para garantizar el derecho fundamental a la salud de los asegurados, presentado mediante el Oficio 293-2019-PR, recibido el 19 de diciembre de 2019.-----

Decreto de Urgencia 037-2019, Decreto de Urgencia que dispone medidas extraordinarias para garantizar el derecho fundamental a la salud, a través de la recuperación de las deudas por aportaciones al Seguro Social de Salud - ESSALUD, presentado mediante el Oficio 302-2019-PR, recibido el 27 de diciembre de 2019.-----

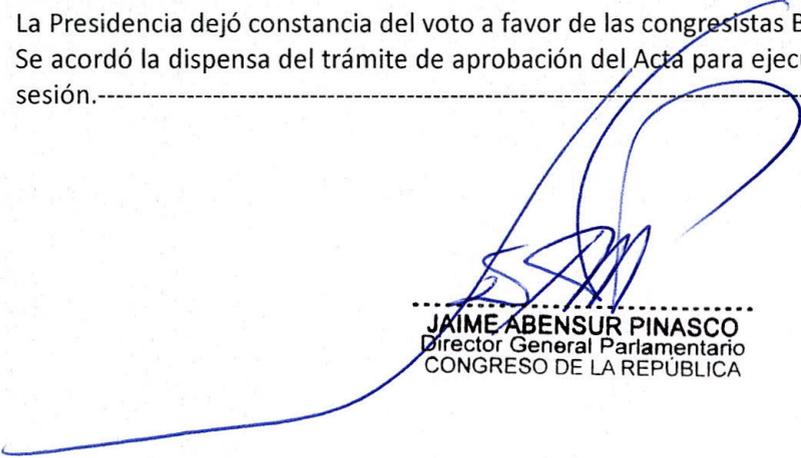
Decreto de Urgencia 044-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para fortalecer la protección de salud y vida de los trabajadores, presentado mediante el Oficio 309-2019-PR, recibido el 30 de diciembre de 2019.-----

Seguidamente, la Presidencia propuso como coordinador al congresista Becerril Rodríguez para la elaboración del informe sobre los Decretos de Urgencia 028, 037 y 044-2019, con los congresistas Bartra Barriga, Robles Uribe, Salgado Rubianes y Salazar De la Torre.-----

Efectuada la votación nominal, se aprobó por 18 votos a favor, ningún voto en contra y ninguna abstención la designación del congresista Becerril Rodríguez como coordinador para la elaboración del informe de los Decretos de Urgencia 028, 037 y 044-2019 con los congresistas Bartra Barriga, Robles Uribe, Salgado Rubianes y Salazar De la Torre quienes recibirán la asesoría técnica legal del Departamento de Comisiones.-----

Posteriormente, a solicitud de la congresista Huilca Flores, la Presidencia propuso su incorporación al mencionado equipo de trabajo, lo cual contó con el asentimiento de los miembros de la Comisión Permanente.-----

La Presidencia dejó constancia del voto a favor de las congresistas Bartra Barriga y Robles Uribe.---
Se acordó la dispensa del trámite de aprobación del Acta para ejecutar lo acordado en la presente sesión.-----



JAIME ABENSUR PINASCO
Director General Parlamentario
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



Decreto de Urgencia No. 028-2019

DECRETO DE URGENCIA QUE DISPONE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA EL SOSTENIMIENTO Y EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS ASEGURADOS

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 135 de la Constitución Política del Perú, durante el interregno parlamentario el Poder Ejecutivo legisla mediante decretos de urgencia de los que da cuenta a la Comisión Permanente para que los examine y los eleve al Congreso, una vez que éste se instale;

Que, mediante Decreto Supremo N° 165-2019-PCM, Decreto Supremo que disuelve el Congreso de la República y convoca a elecciones para un nuevo Congreso, se revoca el mandato parlamentario de los congresistas, manteniéndose en funciones la Comisión Permanente;

Que, el Estado reconoce el derecho a la seguridad social, lo cual cubre las atenciones en salud, prestaciones económicas y sociales a favor de los asegurados;

Que, la seguridad social en salud está a cargo del Seguro Social de Salud – EsSalud, cuyos fondos y reservas, derivados de los aportes de los empleadores y asegurados sin recibir recursos del tesoro público, son intangibles, y con los cuales brinda cobertura a más de once (11) millones y medio de asegurados;

Que, existen regímenes laborales que tienen aportes diferenciados inferiores al aporte regular, lo cual ha generado que estos regímenes sean deficitarios para la seguridad social en salud y no se logre cubrir el costo de los servicios requeridos para este 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;

Que, conforme al estudio actuarial de la Organización Internacional del Trabajo, la situación descrita en el considerando anterior acarrea un deterioro de la calidad, suficiencia, oportunidad y eficacia de los servicios provistos por el Seguro Social de Salud – EsSalud, lo cual significa una afectación directa al derecho fundamental a la salud de los asegurados, así como a la vida e integridad física de la persona humana, por lo que resulta necesario implementar acciones para incrementar y mejorar la oferta de prestaciones de servicios de salud que garantice el derecho a la salud y la continuidad de dichos servicios;





Que, en consecuencia, resulta urgente adoptar medidas necesarias para garantizar el acceso oportuno y el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la seguridad social en salud de los asegurados, mediante el sostenimiento y equilibrio financiero del Seguro Social de Salud – EsSalud, asegurando la continuidad y mejora de los servicios de salud, optimizando la administración de los recursos y garantizando el carácter intangible de los fondos de la seguridad social;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135 de la Constitución Política del Perú;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros; y,

Con cargo de dar cuenta a la Comisión Permanente para que lo examine y lo eleve al Congreso, una vez que éste se instale:

DECRETA:

Artículo 1.- Objeto

El presente Decreto de Urgencia tiene por objeto establecer medidas necesarias para el sostenimiento y equilibrio financiero del Seguro Social de Salud – EsSalud a fin de garantizar el acceso oportuno y el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la seguridad social en salud de los afiliados, asegurando la continuidad y mejora de los servicios de salud.

Artículo 2.- Modificación del literal k) del artículo 6 del Decreto Legislativo 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios

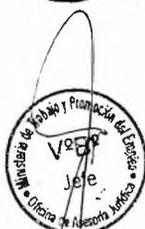
Modifícase el literal k) del artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, conforme al siguiente texto:

"Artículo 6.- Contenido

El Contrato Administrativo de Servicios otorga al trabajador los siguientes derechos:

(...)

k) Afiliación al régimen contributivo que administra EsSalud. La contribución para la afiliación al régimen contributivo que administra EsSalud tiene como base imponible el equivalente al 30% de la UIT vigente en el ejercicio por cada asegurado. A partir del año fiscal 2020, la contribución tiene como base





ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS



Decreto de Urgencia No. _____

imponible el equivalente al 45% de la UIT vigente y para el año fiscal 2021 la base imponible será el equivalente al 55% de la UIT vigente en el ejercicio por cada asegurado.

(...)"

Artículo 3.- Sobre la finalidad de los recursos recaudados

3.1 Los recursos recaudados en aplicación de las modificaciones dispuestas por el presente Decreto de Urgencia se destinan exclusivamente, bajo responsabilidad, a lo siguiente:

- a) Ejecutar las inversiones para nuevos establecimientos de salud y equiparlos.
- b) Concluir los proyectos en ejecución.
- c) Realizar mejoras, ampliación, rehabilitación y reforzamiento de la infraestructura asistencial existente.
- d) Garantizar el mantenimiento y operación de la nueva oferta asistencial, conforme a los literales a), b) y c) del presente artículo.
- e) Reposición de equipamiento estratégico y asistencial.

3.2 Lo dispuesto en el numeral 3.1. debe estar comprendido en el Programa Multianual de Inversiones del Seguro Social de Salud – EsSalud, o aquellos a los que se refieren en el Decreto Legislativo N° 1355.

Artículo 4.- Del control

4.1 La Contraloría General de la República, en el marco del Sistema Nacional de Control, verifica el cumplimiento de lo establecido en el presente Decreto de Urgencia.

4.2 La Contraloría General de la República desarrolla el control concurrente en todas las obras públicas que se ejecuten como consecuencia del presente Decreto de Urgencia.

Artículo 5.- Refrendo

El Decreto de Urgencia es refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros, Ministra de Economía y Finanzas, y la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo.



ES COPIA DEL ORIGINAL
FÉLIX PINO FIGUEROA
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS



DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA.- Plan para la optimización e incremento de la oferta institucional



En un plazo de sesenta (60) días hábiles, contados desde la vigencia del presente Decreto de Urgencia, el Seguro Social de Salud – EsSalud, a través de su Consejo Directivo, aprueba un plan para la optimización e incremento de la oferta institucional que incorpora estrategias de cierre de brechas y otras para incrementar la oportunidad, acceso y calidad de los servicios a los asegurados.

SEGUNDA.- Sobre la progresividad por los aportes del CAS, Magisterio y Profesionales de la Salud



El porcentaje del incremento en la base imponible a la que se refiere el artículo 2 del presente Decreto de Urgencia, así como para los trabajadores sujetos al Decreto Legislativo N° 1153 y la Ley N° 30002, 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.



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.



TERCERA.- Ampliación del plazo del Decreto Legislativo N° 1355

Ampliase a dos (2) años adicionales el plazo establecido en el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1355, Decreto Legislativo que autoriza al Seguro Social de Salud – EsSalud a utilizar el procedimiento de adjudicación simplificada establecido en la Ley N° 30225, sin tope presupuestal, para la consultoría y ejecución de obras de infraestructura calificada de alto riesgo hospitalario.



Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dieciocho días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.

M. Vizcarra
MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO
Presidente de la República

V. Zeballos
VICENTE ANTONIO ZEBALLOS SAZINAS
Presidente del Consejo de Ministros

S. Cáceres
SYLVIA E. CÁCERES PIZARRO
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

M. Alva
MARÍA ANTONIETA ALVA LUPERDI
Ministra de Economía y Finanzas



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

DECRETO DE URGENCIA QUE DISPONE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA EL SOSTENIMIENTO Y EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS ASEGURADOS

I. FUNDAMENTOS

I.1 Antecedentes

La Seguridad Social en nuestro país tiene un rol importante en los aspectos de cobertura de la población en materia de salud, en promedio, 35% de la población nacional está cubierta por su atención. En lo que se refiere a atenciones en salud de alta complejidad, constituye la primera institución nacional que cuenta con redes integradas de servicios de salud y con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, que le permite articular todo un sistema nacional de salud, desde las establecimientos de menor envergadura, hasta los de mayor complejidad, sin generar mayor afectación económica para sus usuarios en caso de traslados de un establecimiento de menor complejidad a otro de alta complejidad.

Asimismo, los centros asistenciales de mayor complejidad de EsSalud cuentan con la tecnología médica más avanzada del país, calificando como la entidad pionera en trasplantes de órganos y tejidos, y detenta el mayor número de este tipo de procedimientos médicos en el país, sin irrogar costos adicionales para sus asegurados, cumpliéndose los principios fundamentales de la seguridad social: universalidad, solidaridad, integralidad y equidad.

Debe considerarse que la salud es el resultado de la interacción de un conjunto de variables ajenas a los sistemas de salud, como los determinantes biológicos, ambientales, estilos de vida, saneamiento, vivienda, entre otros. Los asegurados no escapan a esta influencia y sus efectos, motivo por el cual vienen experimentado los fenómenos de Transición Demográfica y Epidemiológica, constituyendo estos hechos causas importantes de un mayor gasto en la prestación de los servicios. Lo que obedece a dos razones principales: mayor morbilidad e incremento de los costos de producción de las prestaciones, lo que a la vez se debe a un mayor uso de los servicios (incremento de la esperanza de vida), así como por el costo de la tecnología médica y de las medicinas.

El real aporte de los asegurados al sistema de salud, no constituye el 9% de sus remuneraciones, puesto que de acuerdo a la realidad es de 5.77%, así lo informa un estudio actuarial de 2015, realizado por la OIT, lo que obedece a externalidades como: a) Una parte importante de la población asegurada, tales como los maestros, trabajadores del Ministerio de Salud (MINSa), empleados públicos del régimen Contratación Administrativa de Servicio (CAS), no aportan sobre el total de su remuneración mensual, sino sobre una parte de ella, existiendo un conjunto de normas que no permiten garantizar los principios de universalidad y de equidad financiera.

Otra externalidad, se observa en las situaciones de tasa de contribución diferenciadas, pues existen poblaciones que gozan de una contribución reducida al 4% (por ejemplo, los asegurados del régimen laboral agrario y pensionistas), mientras que en otros casos no existe una base imponible mínima, sino que esta es variable (pescadores artesanales, seguro agrario).

Estas externalidades vienen ocasionando graves desequilibrios financieros que impactan en el financiamiento de los servicios de la Seguridad Social en Salud - EsSalud.



1.2 Sobre la sostenibilidad financiera de EsSalud

Con fecha 11 de julio de 2012, la Comisión de Fiscalización y Contraloría del Congreso de la República, a través de su presidente, Dr. Martín Belaúnde Moreyra, presenta la Exposición de la Investigación al Seguro Social de Salud - EsSalud.

Por su parte, la Comisión Revisora de EsSalud, con fecha 24 de julio de 2016, presenta un Informe sobre EsSalud, en base a la documentación presentada en el proceso de transferencia por sus funcionarios responsables.

Ambos documentos han tomado fuentes primarias, originadas en la misma entidad por sus propios funcionarios, ya sea a través de sus Estados Financieros y Presupuestales, así como de sus Estadísticas de producción, alcanzados por sus responsables o publicados en sus portales.

La información ha sido usada para el dictamen correspondiente al primer informe y en el caso del segundo, para la celebración del proceso de transferencia del Gobierno 2016-2021, que tiene carácter de declaración jurada, por lo que se puede otorgar un fuerte grado de confiabilidad a los datos recogidos.

El Congreso de la República, en el 2009, dio la Ley de que exoneraba a las gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad de los aportes a EsSalud, inicialmente temporal, para convertirse después en permanente a partir del año 2015. El impacto de tal normativa ha sido una reducción de ingresos para EsSalud de aproximadamente S/ 600 millones anuales, generando un impacto estimado, desde su vigencia a la fecha, de S/ 6,000 millones de soles aproximadamente, lo que hubiera generado un Fondo de Inversión en Salud, para renovar equipos e infraestructura, capacitación del personal profesional, telemedicina, atención de enfermedades huérfanas entre otras.

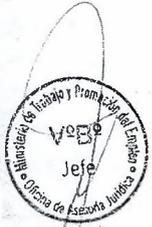
Asimismo, se validó que existen otras situaciones que reducen los ingresos de la entidad, por ejemplo:

- El Seguro de Salud Agrario (1987, 1997), se encuentra desfinanciado (con un aporte de 4% sobre la remuneración mensual para el Seguro Agrario Dependiente y un aporte de 4% de la Remuneración Mínima Vital para el Seguro Agrario Independiente). La Comisión Belaúnde Moreyra identificó como una de sus causas que tanto los pequeños agricultores como las grandes industrias agroexportadoras, incluyendo a su personal gerencial, realicen aportes similares, pues esto constituye una inequidad en los aportes, a pesar que las prestaciones son bastante similares a los asegurados regulares.
- Aportes de los trabajadores bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) que no consideran el total de la remuneración mensual, sino el 30% de 1 UIT.
- Aportes de los trabajadores del Sector Público de Salud y Educación (9% del 65% de la remuneración asegurable).
- Los asegurados de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador, puesto que la obligación de brindarles prestaciones en salud fue asumida por EsSalud sin recibir el financiamiento correspondiente.



- Situación similar ha ocurrido con los pensionistas del ExFondo de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del DL 18846, ExCombatientes de 1941, Fondo de Derechos Sociales del Artista, Federación Peruana de Voleibol, Bomberos Voluntarios del Perú. Su atención financiera ha sido asumida plenamente por EsSalud.

Esta situación pone en riesgo el derecho fundamental a la salud de los asegurados, así como a su derecho a la vida e integridad física, que se puede apreciar claramente en los índices de diferimientos y lista de espera quirúrgica hasta de 927 días (en especialidades tales como, neurocirugía, malformaciones congénitas, cirugía vascular, entre otros).



TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICA POR DIAGNÓSTICO (Días promedio)									
DIAGNÓSTICO	NACIONAL - PERIODO ENE 2019 - SET 2019								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET
Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la pierna	685	713	744	774	805	835	866	897	927
Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedad	651	679	710	742	771	801	832	863	893
Otras afecciones de la pleura	625	653	684	714	745	775	806	837	867
Otras malformaciones congénitas de la médula espinal	373	401	432	467	500	533	568	604	641
Complicaciones de otros dispositivos protésicos, implantes	603	631	662	692	723	753	784	815	845
Neumotórax	597	625	656	686	717	747	778	809	839
Otros trastornos del ojo y sus anexos	327	355	386	421	457	493	529	565	601
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso	489	517	548	579	610	641	672	703	734
Hematuria recurrente y persistente	565	593	624	655	685	715	746	777	807
Malformaciones congénitas de las cámaras cardiacas y	501	529	560	590	621	651	682	713	744
Tumor maligno del uréter	545	573	604	634	665	695	726	757	787
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de	535	563	594	624	655	685	716	747	777
Otros trastornos arteriales o arterioles	353	374	399	425	450	476	502	528	554
Afección renal y otras malformaciones hipoplásicas de	500	528	559	589	620	650	681	712	742
Ateosclerosis	571	599	630	660	690	720	750	780	810
Traumatismo superficial del abdomen, de la región torá	471	499	530	560	590	620	650	680	710
Espondilosis	239	253	267	281	295	309	323	337	351
Trastornos adrenogenitales	263	291	322	352	382	412	442	472	502
Insuficiencia renal aguda	349	363	377	391	405	419	433	447	461
Tumores benignos del tejido mesotelial	167	176	185	194	203	212	221	230	239
Otras malformaciones congénitas del sistema vascular	345	364	383	402	421	440	459	478	497
Malformaciones congénitas de la columna vertebral y	472	500	528	556	584	612	640	668	696
Trastornos no reumáticos de la válvula mitral	448	476	504	532	560	588	616	644	672
Senilidad	356	384	412	440	468	496	524	552	580
Otras enfermedades del hígado	321	349	377	405	433	461	489	517	545
Secuelas de traumatismos de la cabeza	287	296	305	314	323	332	341	350	359
Defectos obstructivos congénitos de la pelvis renal y r	327	320	313	306	299	292	285	278	271
Otros trastornos del nervio óptico (II par) y de las vías d	339	327	315	303	291	279	267	255	243
Lupus eritematoso sistémico	651	661	671	681	691	701	711	721	731
Envenenamiento por diuréticos y otras drogas, medic	323	351	382	412	443	473	504	535	565
Trastornos de la acomodación y de la refracción	154	164	174	184	194	204	214	224	234
Necesidad de otras medidas profilácticas	309	327	345	363	381	399	417	435	453
Complicaciones peculiares de la reinsertación y amputa	306	334	362	390	418	446	474	502	530
Micetoma	394	422	450	478	506	534	562	590	618
Traumatismo de nervios a nivel del antebrazo	296	324	352	380	408	436	464	492	520
Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	456	484	512	540	568	596	624	652	680
Otras afecciones de la piel específicas del feto y de la re	293	294	295	296	297	298	299	300	301
Luxación, esguince y luxación de articulaciones y ligam	343	345	347	349	351	353	355	357	359
Otros desgarros, no clasificados en otra parte	411	412	413	414	415	416	417	418	419
Otras espondilopatías inflamatorias	547	553	559	565	571	577	583	589	595
Artritis reumatoide seropositiva	279	285	291	297	303	309	315	321	327
Tumor maligno de los senos paranasales	252	265	278	291	304	317	330	343	356
Donantes de órganos y tejidos	313	280	311	341	372	402	433	464	494
Cisticercosis	260	288	319	349	379	409	439	469	499
Traumatismo de tendón y músculo a nivel del hombro	451	493	534	575	616	657	698	739	780
Examen de seguimiento consecutivo a tratamiento por	207	217	227	237	247	257	267	277	287
Cifosis y lordosis	529	587	645	703	761	819	877	935	993
Enfermedades inflamatorias de la próstata	252	281	312	343	374	405	436	467	497
Enfermedad renal tubulointersticial, no especificada	675	703	734	764	795	825	856	886	916
Trastornos no reumáticos de la válvula aórtica	307	334	366	398	430	462	494	526	558
Tumor maligno de sitios no especificados	240	268	299	329	360	391	421	452	482
Alteraciones de la voz	166	113	170	175	180	224	176	275	480
Malformaciones congénitas del esfóago	407	548	697	847	997	1147	1297	1447	1597
Otras enfermedades del apéndice	239	286	333	380	427	474	521	568	615
Fractura del pie, excepto del tobillo	178	227	274	321	368	415	462	509	556
Hipoplasias	213	234	254	274	294	314	334	354	374
Tiroditis	161	189	214	234	254	274	294	314	334
Erosión y ectropión del cuello del útero	222	147	281	171	342	372	403	434	464
Tumores benignos de las meninges	379	352	327	302	277	252	227	202	177
Otras vasculopatías necrotizantes	217	245	273	301	329	357	385	413	441
Cáncer renal, no especificado	554	582	610	638	666	694	722	750	778
Aspergilosis	629	657	685	713	741	769	797	825	853
Otros trastornos endocrinos	206	234	262	290	318	346	374	402	430
Otros trastornos de comportamiento incierto o desconoc	538	505	472	439	406	373	340	307	274
Otras enfermedades de la médula espinal	191	256	320	384	448	512	576	640	704
Malabsorción intestinal	204	232	260	288	316	344	372	400	428
Otras malformaciones congénitas de los órganos genit	316	344	372	400	428	456	484	512	540
Tumor maligno del encéfalo	231	247	262	278	293	308	323	338	353
Malformaciones congénitas de los párpados, del apar	294	332	369	406	443	480	517	554	591
Trastorno de la conjuntiva, no especificado	359	370	381	392	403	414	425	436	447
Otras enfermedades del esfóago	157	185	216	247	278	309	340	371	402
Hernia diafragmática	174	234	294	354	414	474	534	594	654
Insuficiencia cardiaca	178	209	240	270	301	332	363	394	425
Congelamiento con necrosis tisular	416	444	472	500	528	556	584	612	640
Enfermedades de la pupila y de los tejidos peripupila	191	204	217	230	243	256	269	282	295
Otros trastornos articulares, no clasificados en otra par	223	206	189	172	155	138	121	104	87
Problemas relacionados con el ambiente social	181	209	240	270	301	331	362	393	423
Malformaciones congénitas del cristalino	166	194	226	258	290	322	354	386	418
Otros osteocondrodisplasias	146	188	230	272	314	356	398	440	482
Otras osteocondroplasias	316	344	372	400	428	456	484	512	540
Parálisis cerebral infantil	240	281	322	363	404	445	486	527	568
Trastornos del sistema digestivo consecutivos a proce	167	195	226	256	287	317	348	379	409
Tumor benigno de otras glándulas endocrinas y de las	296	306	316	326	336	346	356	366	376
Órganos y tejidos trasplantados	205	206	207	208	209	210	211	212	213
Enfermedades reumáticas de la válvula aórtica	266	289	313	337	361	385	409	433	457
Trastornos de la continuidad del hueso	237	194	177	160	143	126	109	92	75
Fractura de la columna lumbar y de la pelvis	262	293	324	354	384	414	444	474	504
Otros aneurismas	736	775	814	853	892	931	970	1009	1048
Infertilidad femenina	177	161	178	169	201	273	305	272	390
Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulv	84	106	143	189	235	281	327	373	419
Fibrosis y quistes del hígado	145	173	217	263	309	355	401	447	493
Escleroma, no clasificado en otra parte	678	706	734	762	790	818	846	874	902
Trastorno de la coroides, no especificado	141	169	200	230	261	291	322	353	383
Herpesis viral crónica	141	169	200	230	261	291	322	353	383
Otros traumatismos y los no especificados de la cabeza	190	218	249	280	311	342	373	404	435
Otros dorsopatías de formantes	328	324	323	304	361	340	335	360	380
Linfoma no Hodgkin difuso	167	188	204	224	241	258	275	292	309
Púrpura y otras afecciones hemorrágicas	178	172	176	176	176	176	176	176	176
Dilatación esencial primaria	163	197	228	263	298	333	368	403	438
Anormalidades de los leucocitos, no clasificados en otr	128	156	187	217	248	278	309	340	370
Envenenamiento por Envenenamiento por psicotrópic	399	427	458	488	519	549	579	609	639
Trastornos de disco cervical	302	286	266	238	205	172	139	106	73
Espondilopatía, no especificada	354	323	302	277	252	227	202	177	152
Otros trastornos articulares específicos	193	221	257	294	331	368	405	442	479

LISTA DE ESPERA QUIRURGICA POR NUMERO DE PACIENTES POR PRINCIPALES DIAGNOSTICOS									
DIAGNÓSTICO	NACIONAL - PERIODO ENE 2019 - SET 2019								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET
Coarctación	1310	1325	1340	1355	1370	1385	1400	1415	1430
Coarctación de la aorta	714	729	744	759	774	789	804	819	834
Coarctación de la aorta	1246	1261	1276	1291	1306	1321	1336	1351	1366
Coarctación de la aorta	651	666	681	696	711	726	741	756	771
Coarctación de la aorta	614	629	644	659	674	689	704	719	734
Coarctación de la aorta	797	812	827	842	857	872	887	902	917
Coarctación de la aorta	681	696	711	726	741	756	771	786	801
Coarctación de la aorta	702	717	732	747	762	777	792	807	822
Coarctación de la aorta	370	385	399	414	429	444	459	474	489
Coarctación de la aorta	469	484	499	514	529	544	559	574	589
Coarctación de la aorta	269	284	299	314	329	344	359	374	389
Coarctación de la aorta	278	293	308	323	338	353	368	383	398
Coarctación de la aorta	243	258	273	288	303	318	333	348	363
Coarctación de la aorta	212	227	242	257	272	287	302	317	332
Coarctación de la aorta	211	226	241	256	271	286	301	316	331
Coarctación de la aorta	221	236	251	266	281	296	311	326	341

Asimismo, se tiene que en consulta externa se tiene 519 mil pacientes aproximadamente que debido a la brecha en la oferta se ven obligados a esperar un promedio de 40 días, para su atención, habiendo esperas que llegan hasta 115 días en algunas especialidades, tal como se aprecia en el cuadro siguiente:

DIFERIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA 2019 POR REDES				
RED	AGOSTO		SETIEMBRE	
	PACIENTES	DIFERIMIENTO	PACIENTES	DIFERIMIENTO
R.A. REBAGLIATI	109,406	51.3	109,970	49.6
R.A. ICA	12,741	57.4	11,193	48.5
R.A. LAMBAYEQUE	51,540	43.4	47,757	45.9
R.A. ALMENARA	116,545	44	105,580	45
R.A. LORETO + IMET	17,476	41.7	17,971	43.6
R.A. LA LIBERTAD	35,065	42.1	33,769	42.4
R.A. AREQUIPA	57,195	38.6	53,124	41.1
R.A. TÁRAPOTO	12,231	52.7	8,716	40.4
R.A. ANCASH	10,141	35	12,049	33.7
R.A. PIURA	23,911	33.5	19,506	32.6
R.A. JUNIN	21,140	35	18,402	30.5
R.A. SABOGAL	80,049	26.7	81,599	27.4

DIFERIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA 2019 HNERM POR SERVICIOS				
RED / CAS / SERVICIO	AGOSTO		SETIEMBRE	
	PACIENTES	DIFERIMIENTO	PACIENTES	DIFERIMIENTO
H.N. E. REBAGLIATI	41,825	71.9	42,301	71.6
ENDOCRINOLOGIA	3,074	114.9	3,024	102.9
GASTROENTEROLOGIA	2,121	80.9	2,540	85.7
UROLOGIA	2,442	100.9	2,520	105.2
PSIQUIATRIA	1,774	75.2	2,064	69.8
GINECOLOGIA	1,198	50.7	1,936	64.2
NEUROLOGIA	2,164	85.7	1,835	83.7
DERMATOLOGIA	1,359	57.4	1,654	55.7
REUMATOLOGIA	1,227	90.6	1,497	94.4
CIRUGIA GENERAL	1,517	40.5	1,467	34
NEUMOLOGIA	1,275	63.9	1,250	70.5
HEMATOLOGIA CLINICA	1,389	67.5	1,164	78.8
NEFROLOGIA	1,787	91.9	1,097	90.3

Al respecto, el Estudio Financiero Actuarial 2015 (Organización Internacional del Trabajo - OIT) identifica un numeroso grupo de prácticas inequitativas en el financiamiento derivados de normas legales que afectan el sostenimiento financiero en perjuicio de los asegurados; una de ellas se encuentra representada por el grupo de trabajadores del régimen CAS.

Tasa Efectiva de Aportación – Régimen CAS

TASA CONTRIBUTIVA	D.L. N° 728	CAS D.L. N° 1057
Caso: Remuneración S/. 5,000		
Base Imponible	9% x REM 5000	MAX 9% (30% UIT) 1245
Contribución	450	112.05
Tasa Efectiva	9%	2.2%
Dejado de percibir	0	338

Sobre el particular, para explicar esta situación negativa para la seguridad social, el Estudio Financiero Actuarial 2015 ha concluido lo siguiente:

“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. Estas prácticas, si bien están respaldadas por la aprobación de nueva legislación, no han sido sustentadas con un análisis técnico y atentan contra los principios de equidad y de sostenibilidad.”



Hay un margen importante entre los niveles de los ingresos afectos considerados para el cálculo de las aportaciones a EsSalud y los ingresos totales realmente percibidos por los trabajadores. Este fenómeno se da principalmente en el sector público, aunque también en el sector privado, pero con menor intensidad, debido a la exclusión de la base de cotización de un buen número de retribuciones.

• Ejemplo de lo anterior, es el tratamiento especial que reciben los alrededor de 680 mil trabajadores del magisterio y del MINSA, cuya base imponible es de tan solo un 65% de sus ingresos afectos a las cargas sociales (los ingresos totales son superiores pues contemplan otros conceptos tales como: asignación por cargo directivo, función docente, excelencia profesional, etc.) lo que resulta en una tasa de cotización de un 5.85% de dicho ingreso”.

En la misma línea de argumentación, el Estudio Financiero Actuarial (2018) arriba a las siguientes conclusiones:

Escenario 1.

Eliminación de las bases imponibles y tasa efectiva de contribución

La legislación peruana establece una serie de normas que reconocen condiciones especiales de cotización a grupos específicos: el grupo de trabajadores con CAS, los trabajadores de salud al servicio del Estado y los trabajadores del Magisterio. Para estos tres grupos, la normativa establece condiciones de cotización más favorables, que pueden interpretarse como el establecimiento de un techo de cotización o como una reducción en la prima de cotización respecto a los trabajadores del sector privado. En todo caso, el reconocimiento de un régimen contributivo especial para estos grupos es discriminatorio y ha tenido un fuerte impacto en las finanzas de EsSalud.

Las principales conclusiones que se desprenden de este escenario son las siguientes:

- El efecto conjunto de eliminar los techos contributivos a CAS, MiNSA y MINEDU o, dicho de otra manera, de estandarizar la tasa efectiva de contribución de estos grupos con el resto de los trabajadores al 9%, tendría un impacto conjunto de un 7,77% de incremento en los ingresos.
- El otorgamiento de un trato contributivo preferencial a estos trabajadores tiene un impacto negativo importante en las finanzas de EsSalud y promueve un trato discriminatorio en contra del resto de trabajadores.

Por lo tanto, se recomienda equiparar las condiciones de contribución de estos grupos con respecto a los trabajadores privados.

Corresponde enfatizar que los distintos grupos de regímenes especiales de aportación tales como los trabajadores del régimen CAS, son beneficiarios del mismo plan de prestaciones en salud, económicas y sociales que los demás asegurados que integran el seguro regular con aportes sobre el íntegro de su remuneración, a cargo del empleador. A estos grupos de asegurados les son aplicables el modelo de afiliación y las condiciones de acreditación del seguro regular; es decir, no funcionan como un plan distinto de prestaciones ni se diferencian por su nivel de cotización.

En un ejercicio realizado a efectos de clasificar los niveles salariales de la población de CAS a DIC2017 considerando la UIT vigente a ese periodo (S/4,050) y la aplicación de la base imponible constituida por el 30% (S/1,215), se demostró que solo el 10.8% de los trabajadores CAS que a diciembre del 2017 percibían como sueldo máximo dicho importe, no tuvieron diferencias respecto al cálculo de su base afecta. Sin embargo, el 89.2% si contrajo diferencias hasta por S/. 1,957.5MM.



Remuneraciones CAS por rangos (DIC2017)

RANGOS SALARIALES	REMUNERACIONES		% ACUMULADO
	CAS	%	
HASTA S/850.00	12.2	1.7%	1.7%
DE S/850.01 A S/1,215.00	65.0	9.1%	10.8%
DE S/1,215.01 A S/4,050.00	335.8	47.0%	57.8%
DE S/4,050.01 A S/8,100.00	199.1	27.9%	85.7%
DE S/8,100.01 A S/12,150.00	66.4	9.3%	95.0%
DE S/12,150.01 A MAS	35.8	5.0%	100.0%
TOTAL	714.4	100.0%	

Fuente: Planilla Electrónica SUNAT - DIC2017

Elaborado por la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de Seguros - GCSPE.

Dicha situación, junto al menor ingreso percibido por la aplicación del Decreto Legislativo N° 1057, ha contribuido a que las prestaciones de salud y económicas otorgadas a los asegurados de los CAS incidan a que la institución obtenga un resultado deficitario. Si bien EsSalud otorga prestaciones de salud, económicas y sociales por igual a todos sus grupos de asegurados regulares, el nivel de siniestralidad generada por la aplicación desigual de aportes, es altamente mayor en la población de CAS, tal como se aprecia en el siguiente cuadro, correspondiente al año 2018:

Nivel de siniestralidad generada por la aplicación desigual de aportes

CALCULO DE SINIESTRALIDAD 2018			
En Millones S/.	CAS	SIN CAS	TOTAL
I. RECAUDACION NETA (A-B)	334.8	10,117.0	10,451.8
A. RECAUDACION	338.2	10,219.2	10,557.4
B. COMISION SUNAT (1%)	3.4	102.2	105.6
II. GASTO (C + D + E)	670.7	10,615.6	11,286.4
C. PRESTACIONES SALUD Y ECONOMICAS	661.3	10,407.1	11,068.4
D. PRESTACIONES SOCIALES	2.5	54.1	56.5
E. GASTOS ADMINISTRATIVOS	7.0	154.4	161.4
III. RESULTADO (I - II)	-335.9	-498.6	-834.6
IV. SINIESTRALIDAD (II/I)	200%	105%	108%

Fuente: Gasto de Capital Plan Maestro 2017 - 2021

Reporte Detalle del Gasto por Redes y Centros Asistenciales - GCPP

Planilla Electrónica - SUNAT

Asegurados y empresas subsidiadas - GCSPE

Elaboración: OEGRS - GCSPE

Los aspectos contemplados evidencian que las atenciones de salud brindadas a este segmento poblacional estarían siendo cubiertas con el aporte de los asegurados regulares, cuyos empleadores cotizan el 9% sobre el total de las remuneraciones percibidas por sus trabajadores.

Los mencionados grupos de asegurados no forman parte de poblaciones desprotegidas, que pueda justificar, en base al derecho fundamental a la seguridad social en salud, un plan de prestaciones diferenciado y un nivel de cotizaciones también diferenciado accesible a una población de baja capacidad contributiva (ejemplo, los pensionistas). En la práctica la aplicación de las leyes que regulan dichos regímenes genera una cobertura de prestaciones idéntica a la del seguro regular del sector formal y de ingresos medios.

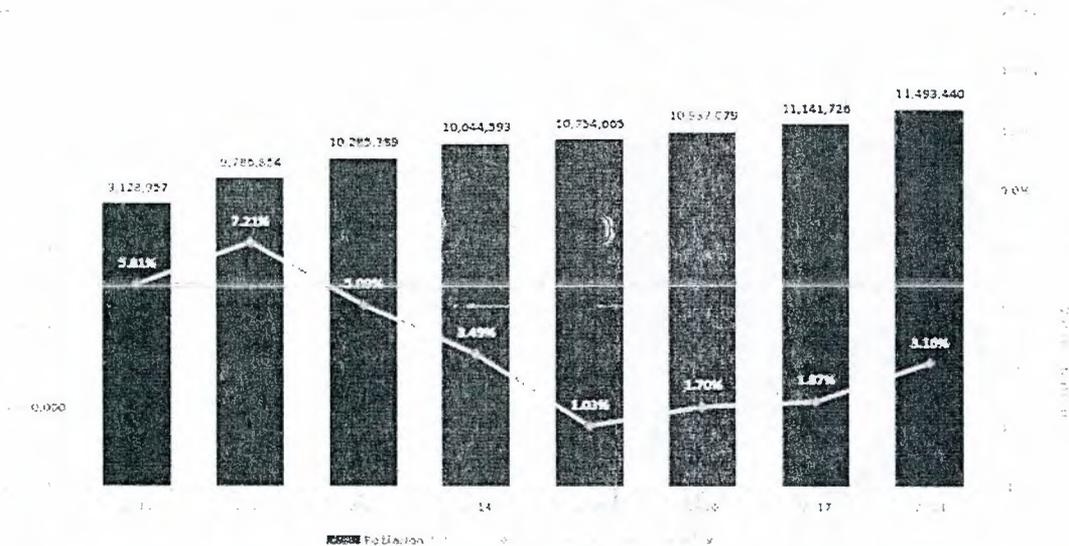
Tomando en cuenta las consideraciones expuestas, no resulta justificable la existencia de bases imponibles inferiores y diferenciadas a las del aporte regular.



Lo expuesto, evidencia que se ha afectado directa y severamente la sostenibilidad financiera de EsSalud, lo que ha generado menores niveles de ingresos en la recaudación de aportes y, lo más importante, está ocasionando un desbalance entre los recursos con los que debe contar técnicamente EsSalud respecto de las necesidades de la población asegurada, en términos de brecha de infraestructura, equipamiento y recursos humanos asistenciales en salud.

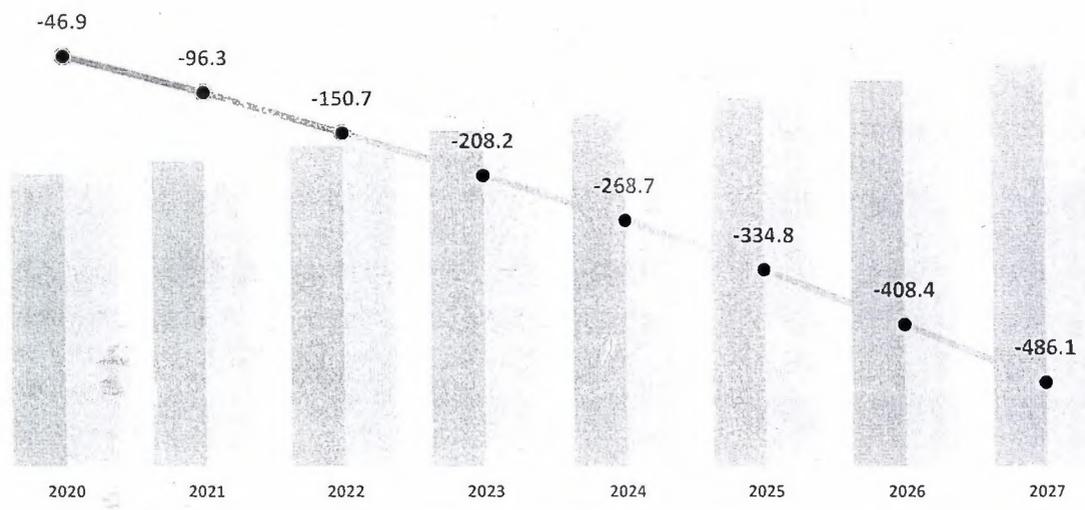
Esta situación constituye actualmente un riesgo real, al punto de que, si no se reestablecen las aportaciones a EsSalud los recursos de la entidad se verían permanentemente afectados, perjudicando su operatividad y sus posibilidades de expansión y mejora de servicios, con serias consecuencias en su capacidad para brindar cobertura de prestaciones (de salud, económicas y sociales) a los asegurados que constituyen obligaciones de la Institución establecidas en la Ley N° 27056, más aun considerando que la población asegurada creció en los últimos años.

Evolución de la Población Asegurada 2011 hasta 2018



Según el Estudio Financiero Actuarial 2018, de acuerdo con el escenario base, se proyectan déficits crecientes, que pasan de 0,9 millones de soles en 2019 a 486,1 millones de soles en 2027. Estos déficits crecen ininterrumpidamente hasta el 2027 y pasan de representar del 0,2% de los ingresos en el 2018 al 3,0% en el 2027. Después del ajuste neto de reserva (efecto neto del incremento de la reserva y rendimientos netos de esta), los resultados cambian levemente, pasando a un superávit de 53 millones para 2019 a una situación deficitaria a partir del 2020, llegando a un déficit de 454 millones en el 2027. Esta situación podría traducirse en un deterioro en la calidad y la oportunidad de los servicios clínicos provistos por la institución. **(Estudio Financiero-Actuarial 2018)**. Lo señalado en el presente párrafo se aprecia en el siguiente gráfico:

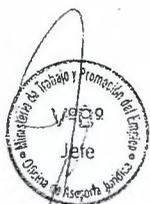


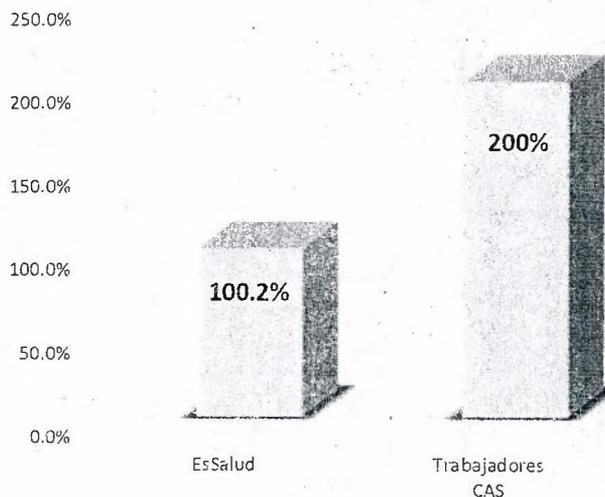


El siguiente cuadro muestra las distorsiones del régimen de aportación CAS. En estos casos, el gasto supera al ingreso, teniendo en el caso de los trabajadores CAS alrededor de 200% de siniestralidad; déficit que representa alrededor de S/ 330 millones y que es subsidiado por el grupo que aporta sobre la base imponible íntegra. Es decir, atender a un asegurado de CAS puede alcanzar hasta más del doble del gasto per cápita. Por tanto, los ingresos obtenidos son insuficientes para cubrir los gastos incurridos por los afiliados de los regímenes antes señalados.

Siniestralidad CAS

	EsSalud	Trabajadores CAS
I. RECAUDACION NETA	10,605	334.8
II. GASTO	10,627	670.7
III. RESULTADO (I - II)	-22	-335.9
IV. SINIESTRALIDAD (II/I)	100.2%	200%





1.3 Justificación de la medida

La presente propuesta se emite en estricta observancia del marco constitucional aplicable a la situación que actualmente atraviesa el Estado peruano; es decir, se sujeta a lo previsto en el artículo 135 de la Constitución Política del Perú que señala que, durante el interregno parlamentario, el Poder Ejecutivo legisla mediante decretos de urgencia, de los que da cuenta a la Comisión Permanente para que los examine y los eleve al Congreso, una vez que éste se instale.

Criterio de necesidad y oportunidad

a. Fundamentos constitucionales y legales

Este requisito exige que las circunstancias, además, deben ser de naturaleza tal que el tiempo que demande la aplicación del procedimiento parlamentario para la expedición de leyes pudiera impedir la prevención de daños, o en su caso, que los mismos deriven en afectación de derechos fundamentales o principios constitucionales; ello implica que la emisión del decreto de urgencia se haga necesaria y oportuna en tanto no resulta viable esperar al proceso regular de emisión de leyes en el parlamento.

Al respecto, la necesidad de este de Decreto de Urgencia de sustenta en la prevención de un perjuicio o potencial perjuicio para un grupo importante de la población constituida por los más de 11 millones de asegurados de EsSalud, que representa el 36% de la población. Ello, en atención a la salvaguarda a su derecho fundamental a la seguridad social en salud, el cual constituye un servicio público asistencial fundamental a cargo del Estado y un derecho constitucional.

Asimismo, debe considerarse que la situación del Seguro Social en Salud – EsSalud, descritas en los acápites anteriores, daría lugar a una afectación directa al derecho fundamental a la seguridad social, regido por el principio de solidaridad, que es pilar para el funcionamiento del sistema y las prestaciones a favor de los asegurados. Estas distorsiones están promoviendo que un grupo específico del sector público sea subsidiado por otros del mismo sector y del sector privado (subsidio cruzado), sin que existan fundamentos que así lo



justifiquen razonablemente y, por el contrario, estarían afectando la disposición constitucional de la intangibilidad de los recursos de la seguridad social.

Ahora bien, en la medida que los recursos que financian las prestaciones que debe otorgar EsSalud a su población asegurada no provienen del Tesoro Público, debe establecerse una forma idónea para que dichos recursos cubran los costos respectivos, a fin de evitar un desequilibrio económico que finalmente perjudica a los asegurados que son la razón fundamental por el cual se crean los Seguros Sociales.

En el caso del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, el artículo 1° de la Ley N° 26790 señala que la Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas y se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud.

Al respecto, el numeral 2 del artículo 4 del TUO de la Ley N° 29344 define la solidaridad como el conjunto de actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado, añadiendo que, se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.

En tal sentido, por el principio de solidaridad, todos los asegurados de determinado Seguro Social deben aportar de forma igual, lo cual no se traduce en una cantidad igual que deben abonar por ellos mismos por cuenta propia o las entidades empleadoras, sino en un porcentaje igual sobre sus remuneraciones, de tal forma que, todos aportan idénticamente sobre sus posibilidades económicas, resultando que, quien gana más contribuye en mayor cantidad de quien tiene una remuneración menor.

El principio de solidaridad responde a un estudio técnico que permite establecer que ese porcentaje sobre las remuneraciones que debe aportarse al Seguro Social, financiará las prestaciones a otorgarse. Generalmente, dicho porcentaje responde a un estudio actuarial, el mismo que es realizado por un actuario y se basa en una metodología de cálculos matemáticos.

Para dicho efecto, uno de los indicadores que es fundamental para establecer el porcentaje sobre el cual deben aportar las entidades empleadoras es el de la remuneración afecta.

En el caso de EsSalud, el literal a) del artículo 6° de la Ley N° 26790 modificado por la Ley N° 28791, indica que el aporte de los trabajadores en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso, añadiendo que la base imponible mínima mensual no podrá ser inferior a la Remuneración Mínima Vital vigente.

b. Posibles daños inmediatos que se buscan evitar con la emisión del Decreto de Urgencia

b.1 Insuficiencia de prestaciones a favor de los asegurados

Tomando como referencia un incremento en el aporte de S/ 1 000 millones con consecuencia de la presente norma, se puede afirmar que EsSalud en la actualidad, al no contar con dichos recursos, **se encuentra impedida de brindar**, entre otras, la siguiente oferta asistencial:



Infraestructura

- Construcción de 5 Hospitales de 200 camas cada uno, completamente equipados, o

Prestaciones de Salud

- Más de 12 millones de Consultas Médicas Especializadas, o
- Más de 3.9 millones de sesiones de hemodiálisis, o
- Más de 1.6 millones de atenciones en emergencia (Shock Trauma), o
- Más de 789 mil partos vaginales, o
- Más de 118 mil Intervenciones Quirúrgicas de Alta Complejidad, o
- Más de 1.4 millones de Quimioterapias, o
- Más de 7,200 Trasplantes de Corazón, o
- Más de 6,000 Trasplantes de Hígado.

Por otro lado, conforme al estudio sobre brecha de cobertura, categorización y rehabilitación de Establecimiento en Salud, elaborado por EsSalud, con el apoyo del Banco Mundial, contenido en la publicación "Hacia la Modernización de la Seguridad Social en el Perú. Libro Blanco para el diálogo", se advierte que la entidad tiene una brecha de infraestructura para las prestaciones en salud, conforme se detalla en siguiente cuadro:

Brecha de cobertura, categorización y rehabilitación por categoría del EESS

Tipo de brecha	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	Total
Brecha de prestaciones de salud (propiedad de EsSalud)											
Cobertura (nuevos)	-	15	65	-	6	5	-	-	-	-	91
Cobertura (upgrade)	-	-	2	-	-	3	-	-	-	-	5
Categorización	1	27	40	11	34	13	3	7	3	1	140
Rehabilitación	1	22	35	8	23	11	2	7	2	-	111
Reemplazo de EESS con alguna brecha (otro tipo de propiedad)											
Reemplazos	2	140	74	6	16	2	2	1	-	-	243

Elaboración propia.

La inversión total requerida por EsSalud para cubrir todas las brechas identificadas a 2035 asciende a S/ 31 226 millones. El costo que corresponde al cierre de la brecha de prestaciones de salud es S/ 28 281 millones, lo que representa el 91% de la inversión requerida. De esta necesidad, el 43% corresponde a los reemplazos, 23% a la brecha de cobertura, 17% a categorización y 17% a rehabilitación. Para el cierre de la brecha de prestaciones sociales se necesitan S/ 2,945 millones, siendo mayor el requerimiento para cubrir la brecha de CERPS (81%), conforme se detalla en el siguiente cuadro:



Tabla 120. Costo total de inversión por tipo de prestación de EESS (S/)

Tipo de prestación	Tipo de brecha	Costo total
Prestaciones de salud	Brecha de cobertura	6 613 587 783
	Brecha de categorización	4 748 521 152
	Brecha de rehabilitación	4 689 162 567
	Reemplazos	12 230 160 465
	Total	28 281 431 967
Prestaciones sociales	Brecha de cobertura de CAM	555 317 216
	Brecha de cobertura de CERPS	2 389 305 851
	Total	2 944 623 077
Total inversión		31 226 055 044

Elaboración propia.

Conforme a lo señalado en el citado estudio, se evidencia la necesidad de construir nuevos establecimientos; priorizando los Establecimientos del Primer Nivel de Atención (brecha de 80 EESS) seguido de Hospitales Nivel II (brecha 11 EESS). Asimismo, la prelación de IPRESS nuevas a construir, debe considerar, la densidad poblacional de los asegurados.

En relación al debilitamiento de los ingresos de EsSalud frente a sus actuales e inmediatas obligaciones con sus asegurados, se puede afirmar lo siguiente:

- 1) La población nacional ha aumentado su esperanza de vida, como así lo señala el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015), "la esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas, por lo que de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad del año 2015, los peruanos y las peruanas vivirán, en promedio, 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres)" (transición demográfica).
- 2) El incremento de la población activa (en edad de trabajar) fue de 3,8 veces en el primer período (1950 y 2015) y su número seguirá creciendo, pero solo un 23% a fines del período. El mayor protagonismo corresponderá a los adultos mayores (60 y más años de edad), que aumentaron 6 veces entre los años 1950 y 2015 y prácticamente se triplicarán entre el 2015 y el 2050, hasta superar a la población menor de 15 años por un margen del 17%. Para el 2018, el INEI refiere una esperanza de vida de 75.2 años.
- 3) La estructura de edad a marzo del 2018 se encuentra constituida de la siguiente forma: De 0 a 14 años representan el 24.1% (2'707,003 asegurados), de 15 a 59 años representan el 61.5% (6'907,913 asegurados), y mayores de 60 años representan el 14.4% de la población asegurada total (1'617,462 asegurados). Destaca la importante presencia de pensionistas que, al 2018, representaban el 11% de la población total de asegurados, equivalente a 1'244,321 asegurados. Así como el número de personas mayores de 60 años, equivalente a 1'617,462 asegurados (14.4%), quienes tienen el mayor riesgo de enfermarse con enfermedades crónicas o cáncer aunado a que la mayor parte de este grupo ya no se encuentra en fase productiva.



- 4) El Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington señala que, entre 1990 y 2016, la principal causa de Enfermedades Causantes de Años de Vida Potencialmente Perdidos por Discapacidad (AVISA/DALYS), responde a ECNT (ECV, DBMII, Cáncer, Enfermedades Mentales y Accidentes de Tránsito). Esto refuerza el argumento que la seguridad social peruana ha experimentado una transición epidemiológica en la década del 90.
- 5) El déficit de infraestructura y de recursos humanos especializados ha impactado directamente en la oportunidad (acceso) de la atención, en todos los servicios, y se ve reflejado en la extensión de la lista de espera quirúrgica; diferimiento de citas en consulta externa, lista de espera en hospitalización, exámenes complementarios, emergencia, trayendo una insatisfacción importante del usuario por esta situación.

Asimismo, existe un déficit que retrasa la renovación de equipos biomédicos, capacitación del personal, entre otros aspectos, a lo que se debe sumar la inflación de la tecnología médica, pues los equipos de esta naturaleza tienen un costo creciente y una obsolescencia más acelerada.

b.2 Alto riesgo hospitalario

Con el Decreto Legislativo N° 1355, publicado el 20 de julio de 2018, se autoriza al Seguro Social de Salud – EsSalud, por el plazo de tres años contados a partir de la citada fecha, a utilizar el procedimiento de adjudicación simplificada establecido en la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, sin tope presupuestal, para la consultoría y ejecución de obras de infraestructura calificada de alto riesgo hospitalario, sin que resulte aplicable el límite fijado para dicha modalidad, para el cierre de brechas en infraestructura de los establecimientos de salud calificados de alto riesgo, señalados en el Anexo 1 del citado Decreto Legislativo.

“DECRETO LEGISLATIVO QUE AUTORIZA AL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD A UTILIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA ESTABLECIDO EN LA LEY N° 30225, SIN TOPE PRESUPUESTAL, PARA LA CONSULTORÍA Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA CALIFICADA DE ALTO RIESGO HOSPITALARIO”

Lista de hospitales priorizados según el nivel de atención

N°	Hospitales	Estado de Propiedad	Antigüedad (años)	Estado de la Infraestructura				
				ARQ	ESTR	II.SS.	II.EE.	E.G.
1	Hospital Grau	Essalud	51	M	M	M	M	M
2	Hospital Pasco	Essalud	55	B	B	M	M	R
3	Hospital Chocope	Essalud	64	M	M	M	M	M
4	Hospital Chimbote	Essalud	48	M	M	M	M	M
5	Hospital Cañete	Essalud	63	R	M	R	R	M
6	Hospital Vitarte	Essalud	48	R	R	M	R	R
7	Hospital Almanzor Aguinaga	Essalud	61	R	M	M	R	M
8	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Essalud	71	M	M	R	R	M
9	Hospital Huánuco	Essalud	36	B	R	B	B	B
10	Hospital Iquitos	Essalud	42	B	B	R	R	R
11	Hospital Yurimaguas	Essalud	22	B	B	R	R	R
12	Hospital Rioja	Essalud	30	B	B	B	R	B
13	Hospital Naylamp	Essalud	40	R	R	M	R	R
14	Hospital Lampa	EsSalud	26	B	R	B	B	B

Leyenda: M: Malo; R: Regular; B: Bueno
Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión



El sustento que motivó la emisión del Decreto Legislativo N° 1355 para el cierre de brechas en infraestructura de los establecimientos de salud calificados de alto riesgo, se encuentra en su exposición de motivos. Estos proyectos no han contado con los recursos para ser ejecutados pese a que en la exposición de motivos del referido dispositivo normativo se sustentó en el alto riesgo hospitalario.

En efecto, el Perú se encuentra ubicado dentro del anillo o el cinturón de fuego del Pacífico que es una de las zonas más destructivas del planeta. Es un arco de más de 40 mil kilómetros de perímetro formado por las costas de varios países, básicamente, están dentro de este cinturón de fuego todas las ciudades que están juntas al Océano Pacífico.

Los expertos estiman que sólo en Lima y Callao un terremoto grado 8 Mw ocasionaría 200 mil viviendas destruidas, 348 inhabitables que ocasionarían 51 mil muertes y entre 50 mil y 686 mil heridos. Esta sería la demanda contingente que deberían esperar los servicios de salud, según MINSAL, dentro del documento Política Nacional de Hospitales Seguros frente a desastres.

Las instituciones de salud son consideradas edificaciones esenciales de “primera respuesta” ante la ocurrencia de un desastre. En tal sentido, su salida de operación traería como consecuencia la pérdida de atención de la población adscrita a esa jurisdicción. Es por ello que se mejoraron las condiciones de seguridad hospitalaria según la norma que incorpora el “Sistema de Protección Sísmica, específica para el caso de establecimientos de salud” del Reglamento Nacional de Edificaciones – RNE, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2014-VIVIENDA, y el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Edificaciones que hace referencia a la seguridad de las edificaciones del sector salud.

Por tal motivo, el Perú, en su condición de país miembro de la ONU, emitió la Resolución Ministerial N° 623-2009/MINSAL, que constituye el Comité Nacional de Hospitales Seguros Frente a los Desastres, y posteriormente se promulga el Decreto Supremo N° 27-2017-SA, sobre Política Nacional de Hospitales Seguros Frente a los Desastres, este último documento fija su Plan de Acción entre 2017 al 2021, considerando que un hospital seguro frente a desastres, es aquel cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad instalada inmediatamente después de ocurrido un fenómeno destructivo de gran intensidad. Esto implica tener estabilidad de la estructura, disponibilidad permanente de servicios básicos y la organización interior de la unidad de salud. Además, entre otros requisitos como que dicha instalación debe contar con provisiones de agua, combustible, alimentos y medicinas para 72 horas de operación autónoma.

Según el Decreto Supremo N° 27-2017-SA, la Trigésima Segunda Política de Estado de Acuerdo Nacional, referida a la Gestión de Riesgo de Desastre, está orientada a “Promover una política de gestión del riesgo de desastres, con la finalidad de proteger la vida, la salud y la integridad de las personas; así como el patrimonio público y privado, promoviendo y velando por la ubicación de la población en las zonas de mayor seguridad, reduciendo las vulnerabilidades con equidad e inclusión, bajo un enfoque de procesos que comprenda estimación y reducción del riesgo, la respuesta ante desastres y la reconstrucción”.

Con esta política el Estado enmarca los siguientes objetivos:

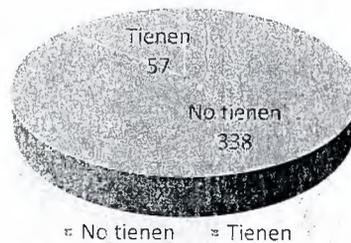
- Fortalecerá la institucionalidad de la Gestión de Riesgo y Desastre.
- Asignará recursos asignados a la implementación de los procesos de Gestión del Riesgo de Desastre.
- Priorizará y orientará las políticas de estimación y reducción de Riesgo y Desastre.



Es en este contexto, EsSalud debe adoptar las medidas destinadas a corregir, reducir y/o prevenir los riesgos identificados con la finalidad de proteger la vida de los pacientes, trabajadores y todos los ocupantes de nuestras instalaciones, y prepararnos ante situaciones de emergencia. Además, lograr que los establecimientos de EsSalud cuenten con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Edificaciones correspondientes como se establece en el Plan de la Mejora de las Condiciones de Seguridad en IPRESS priorizadas de EsSalud.

Al respecto, el Status de las certificaciones técnicas de Seguridad a junio del 2018 muestra que de las 395 IPRESS de EsSalud (incluyendo institutos, anexos y centros) solo 57 cuentan con Certificado Técnico de Seguridad en Edificaciones vigente, lo que equivale al 14.4% del total de IPRESS (ver Figura N°1).

Figura N° 1 Status de Certificaciones Técnicas de Seguridad



Fuente: Oficina de Defensa Nacional - ESSALUD

Las consecuencias a las cuales están expuestas estas IPRESS por tener condiciones críticas de seguridad son: **1: Daños a la vida y salud de las personas.** 2: Daños severos/colapso de las IPRESS de ESSALUD. 3: Pérdidas económicas asociadas a infraestructura y equipamiento hospitalario. 4: Interrupción de la continuidad en las prestaciones de EsSalud.

EsSalud tiene un total de 395 IPRESS, de las cuales 333 IPRESS han sido evaluadas mediante el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) hasta el mes de junio del 2018, lo que representa un 84.3% del total, como se evidencia en la Tabla N° 1. De las IPRESS evaluadas, 83 IPRESS fueron clasificadas en la categoría "C" (24.9%), 190 IPRESS en la categoría "B" (57%) y 60 pertenecen a la categoría "A" (18.1%), según el ISH.

Categorización de ISH de las IPRESS según nivel de atención

IPRESS	Niveles de Atención						Total
	I	II	III	Inst	Centros	Anexos	
Categoría "C"	65	16	1	0	0	1	83
Categoría "B"	138	42	5	0	1	4	190
Categoría "A"	32	23	2	1	2	0	60
IPRESS evaluadas	235	81	8	1	3	5	333

Fuente: Datos de la Oficina de Defensa Nacional de ESSALUD

En la siguiente table, se muestran los 14 establecimientos de salud priorizados de ESSALUD de nivel II y III que cuentan con Índice de Seguridad Hospitalaria "C". Este nivel indica que se necesitan tomar medidas urgentes, toda vez que los niveles actuales de seguridad hospitalaria no son suficientes para proteger la vida de los pacientes, el personal y visitas



durante y después de un evento adverso. Para priorizar estos 14 establecimientos se realizó un análisis considerando diversos factores tales como el índice de Seguridad Hospitalaria, antigüedad, status de propiedad, entre otros.

Lista de Hospitales Priorizados de nivel de atención

N°	Hospitales	Estado de Propiedad	Antigüedad	Estado de la Infraestructura				
				ARQ	EST R	II.SS.	II.EE.	E.G
1	Hospital Grau	ESSALUD	51	M	M	M	M	M
2	Hospital Pasco	ESSALUD	55	B	B	M	M	R
3	Hospital Chocope	ESSALUD	64	M	M	M	M	M
4	Hospital Chimbote	ESSALUD	48	M	M	M	M	M
5	Hospital Cañete	ESSALUD	63	R	M	R	R	M
6	Hospital Vitarte	ESSALUD	48	R	R	M	R	R
7	Hospital Almanzor Aguinaga	ESSALUD	61	R	M	M	R	M
8	Hospital Gustavo Lanatta Luján	ESSALUD	71	M	M	R	R	M
9	Hospital Huánuco	ESSALUD	36	B	R	B	B	B
10	Hospital Iquitos	ESSALUD	42	B	B	R	R	R
11	Hospital Yurimaguas	ESSALUD	22	B	B	R	R	R
12	Hospital Rioja	ESSALUD	30	B	B	B	R	B
13	Hospital Naylamp	ESSALUD	40	R	R	M	R	R
14	Hospital Lampa	ESSALUD	26	B	R	B	B	B

Leyenda M: Malo; R: Regular; B: Bueno

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión

Por otro lado, el estudio de vulnerabilidad estructural, es un índice de daño que caracteriza la degradación que sufriría una estructura de una tipología estructural dada, sometida a la acción de un sismo de determinadas características. En ESSALUD se realizaron estudios de vulnerabilidad en 6 de las IPRESS priorizadas hasta la fecha, los cuales tuvieron como recomendación final la demolición de 4 de las mismas, conforme a la siguiente tabla:

IPRESS con estudios de vulnerabilidad Estructural en EsSalud

N°	IPRESS	IS H	Recomendación final
1	Hospital III Emergencias Grau	C	Demolición
2	Hospital III Chimbote	C	Demolición
3	Hospital II Chocope	C	Demolición
4	Hospital III Iquitos	C	Demolición

Fuente: Gerencia de Proyectos de Inversión - EsSalud

El Hospital de Emergencias Grau, por ejemplo, atiende a 65 773 asegurados, teniendo un estudio vulnerabilidad, que sugiere DEMOLICIÓN del inmueble, recomendando el desarrollo de un nuevo proyecto de hospital, así mismo se consideró que es un riesgo a las personas y personal, debido a que los hospitales se encuentran en inminente peligro para continuar con las atenciones.



El Hospital II Chocope, fue remodelado en diversas oportunidades, pero debido a la exposición de eventos sísmicos de 1955 y 1990, a los fenómenos del Niño de 1998 y 2017 se ha ido debilitando la estructura del hospital. Actualmente este hospital atiende a una población de 12 283 y las seis postas que pertenecen a su jurisdicción atienden a una población de 26 737 asegurados, lo que representa el 39% de la población asegurada total de La Libertad, debido a su nivel resolutivo y la atención permanente del servicio de Emergencia, siendo este un hospital de importancia y relevancia en La Libertad, por ser un hospital de referencia de la Micro Red y en el anillo de contención para los hospitales ubicados en Trujillo. **Este hospital también presenta una recomendación de demolición en su estudio de vulnerabilidad.**

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga y el Hospital I Naylamp fueron afectados por los fenómenos de el Niño de los años 1998 y 2017. En el caso del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, por ser el hospital de mayor complejidad de Lambayeque y que atiende a una población de 577,611 asegurados. Este hospital presenta varias deficiencias a nivel estructural ocasionadas en parte a los fenómenos naturales descrito líneas arriba.

El Hospital III Chimbote atiende a una población de 34 000 asegurados, y con una cobertura de 96.2 % (consultas externas), por ser hospital de referencia, y ser el hospital de mayor nivel de atención y complejidad en la Red Asistencial de Ancash.

El Hospital II Cañete atiende a una población de 70 000 asegurados, con una cobertura del 40% (consultas externas), y sus estructuras fueron debilitadas por la ocurrencia del sismo del 2007, constituyendo un peligro latente para la atención en la actualidad, así como para la respuesta ante una emergencia de estos niveles como lo sucedido en el 2007.

El Hospital II Pasco tiene una población adscrita de 92 000 asegurados, con una cobertura de 70% y su área de influencia corresponde a la población de Pasco, por ser un hospital de referencia. Además, se cuenta con la evaluación de la Red Asistencial Pasco, que cuenta con antecedentes del año 2014 y 2017, que indican que el Hospital II Pasco tiene un Índice de Seguridad Hospitalaria "C" y de acuerdo al informe del riesgo de desastres del periodo 2005 que menciona los graves problemas de infraestructura en el establecimiento; concluye que el hospital II Pasco es altamente vulnerable a las inundaciones, incendios y contaminación ambiental, debido a que sus componentes físico, estructural, arquitectónico y funcional presentan serias y grandes deficiencias que de no ser atendida oportunamente y por acción de los peligros descritos estaría predispuesto a la generación de desastre hospitalario. Asimismo, en el año 2016 el SINAGERD realizó una evaluación preliminar de Riesgo del Hospital II Pasco y determinó lo siguiente: "El Hospital está construido en un lugar que antiguamente era una laguna, por eso está ubicado en la cota más baja del área de influencia". Cuando ocurre una intensa precipitación pluvial, las aguas por gravedad discurren hacia el hospital y produce un colapso en las tuberías de desagüe, estudio detallado en los informes de los inspectores de CENEPRED, informes de Defensa Civil y de acuerdo a la Declaratoria de Emergencia del Gobierno Regional.

Existe un asiento diferencial del terreno de la infraestructura que se deban a los trabajos mineros subterráneos, ya que esto nos indica la presencia cercana de una chimenea de ventilación de las labores mineras en el área de influencia.

El Hospital II Vitarte tiene una población adscrita de 165,000 asegurados, siendo su área de influencia los referidos de Chosica, Huaycan y Casapalca. La ubicación de dicho hospital presenta un nivel de amenaza alta de sismos.

El Hospital II Gustavo Lanatta cuenta con 36,308 adscritos, presentando un nivel de amenaza alto a sismos y tsunamis.



El Hospital II Huánuco tiene una población de 54,943 adscritos, siendo su zona de influencia Huánuco y parte de San Martín (Tocache y Uchiza). Teniendo como amenazas principales: sismos, deslizamientos e inundaciones.

El Hospital III Iquitos fue ampliado y remodelado constantemente según la necesidad de los ocupantes, ante ello cada vez se daba variabilidad a la estructura y se hacía más riesgoso ante un incidente sísmico. Este nosocomio atiende a una población de asegurados ascendente a 228 432.

El Hospital I Yurimaguas tiene una población adscrita de 32,606 asegurados, que presenta un alto índice de inseguridad de sufrir derrumbes de sus edificaciones al no contar con las características estándares por el tiempo de construcción. Dentro de sus amenazas principales, tenemos: lluvias torrenciales, inundaciones.

El Hospital I Rioja tiene una población adscrita de 121,224 asegurados. Dicho hospital fue construido hace 40 años, por lo que presenta una cobertura liviana de sustentada en tijerales de madera donde el tiempo y la humedad han llevado al deterioro de la madera. Sus principales amenazas son: sismos y lluvias torrenciales.

El Hospital I Lampa tiene una población adscrita de 4,242 asegurados. Este hospital fue construido hace aproximadamente 60 años, donde al principio funciono un hotel municipal y actualmente se ha acondicionado para un hospital. Dentro de las amenazas principales tenemos a sismos y lluvias torrenciales. En el caso de sismos, el último que se registró con daños, fue el ocurrido el 17 de octubre del 2016 de grado 7, el cual generó fisuras en varios servicios del hospital.

A pesar de la situación crítica que atraviesan estos hospitales, EsSalud sigue brindando atención a la población asegurada, en virtud a las normas constitucionales y legales antes mencionadas. Por lo tanto, la continuidad de atención en los servicios de salud de EsSalud representa un derecho fundamental de la persona.

A efectos de la priorización de las medidas a adoptar en las IPRESS, se tomará en consideración, la concentración de trabajadores del sector agrícola que actualmente vienen siendo afectados, en acceso, oportunidad de atención de salud y gasto directo del asegurado. Sobre el particular, se ha identificado la mayor concentración de trabajadores del sector agrícola, en las regiones de la Libertad (73,987), Ica (68,741), Piura (51,706) y Lambayeque (38,106).

c. En síntesis

La necesidad de la medida se evidencia con mayor claridad en el alto número de lista de espera quirúrgica y diferimiento de consulta externa que ha sido desarrollado en el acápite I.2 de la presente exposición de motivos. Asimismo, la necesidad se evidencia con mayor incidencia en los hospitales declarados de alto riesgo por el Decreto Legislativo 1355, conforme se ha desarrollarlo en el literal b.2. En ambas se infiere una necesidad urgente de intervención inmediata a través de nueva infraestructura o en el reforzamiento o rehabilitación de la existente o mantenimiento de las mismas.

En efecto, esperar el trámite parlamentario regular para la aprobación de una medida normativa similar a la propuesta en el presente Decreto de Urgencia, genera un riesgo real de causar un perjuicio a los asegurados que se encuentran a la espera de prestaciones asistenciales en salud. Así, por ejemplo, se tiene 519 mil pacientes aproximadamente que



debido a la brecha de oferta se ven obligados a esperar un promedio de 40 días, para su atención, habiendo esperas que llegan hasta 115 días en algunas especialidades.

Ahora bien, con relación de la oportunidad, resulta necesario señalar que para efectos de viabilizar la presente propuesta se debe contar con los recursos públicos suficientes que deben ser abonados por el principal aportante, que es el Estado en su calidad de empleador, el cual.

De esta manera, es imperativo y oportuno expedir el presente Decreto de Urgencia en esta oportunidad, a efectos de que su eficacia empiece desde el primer día del ejercicio fiscal 2020. Caso contrario, esperar el trámite parlamentario para la aprobación de una ley ordinaria por el nuevo Congreso significaría alargar de manera riesgosa la aprobación de los expedientes y ejecución de obras (en particular de los hospitales priorizados de alto riesgo) pudiendo llegar a finales del 2020 o, incluso, recién para el 2021. Con ello se perjudicaría a los asegurados en el diferimiento de consulta externa o en la lista de espera quirúrgica, indicado en acápite anteriores, poniendo en grave riesgo la salud y la integridad y la vida de los asegurados.

Lo expuesto se efectúa en atención a la salvaguarda a su derecho fundamental a la salud, a través de la seguridad social, el cual constituye un servicio público asistencial fundamental a cargo del Estado y un derecho constitucional, tal como se desarrolló en el acápite anterior.

Por tales razones, EsSalud tienen la imperiosa necesidad de disponer de los mencionados recursos para realizar las inversiones y prestaciones antes señaladas en beneficio de los más de 11 millones de asegurados, que representa el 36% de la población, vea vulnerado su derecho de acceso oportuno y cobertura integral de las prestaciones de salud.

1.4 De la propuesta normativa

El proyecto contiene medidas de financiamiento para fortalecer la institucionalidad mediante la homogenización del régimen de aportaciones con la finalidad de fortalecer los ingresos disponibles para el cumplimiento del objetivo y fines de EsSalud.

Entre las conclusiones del Estudio Financiero Actuarial desarrollado por la OIT en el 2015, relacionadas con las materias del rubro, el numeral 6.4 de sus conclusiones señala lo siguiente:

“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. Estas prácticas, si bien están respaldadas por la aprobación de nueva legislación, no han sido sustentadas con un análisis técnico y atentan contra los principios de equidad y de sostenibilidad.”

Dicho estudio, agrega como ejemplo de lo anterior, al grupo de asegurados del régimen Contratos Administrativos de Servicios (CAS), por quienes se cotiza sobre una base máxima del 30% de la Unidad Impositiva Tributaria. Esto es reiterado en el Estudio Financiero Actuarial 2018, el cual sobre el tema señala lo siguiente:

“La legislación peruana establece una serie de normas que reconocen condiciones especiales de cotización a grupos específicos: el grupo de trabajadores con CAS, los trabajadores de salud al servicio del Estado y los trabajadores del Magisterio. Para estos tres grupos, la normativa establece condiciones de cotización más favorables, que pueden interpretarse como el establecimiento de un techo de cotización o como una reducción en la prima de cotización respecto a los trabajadores del sector privado. En todo caso, el reconocimiento de un régimen



contributivo especial para estos grupos es discriminatorio y ha tenido un fuerte impacto en las finanzas de EsSalud.”

La Ley no establece una base imponible mínima para el cálculo de los aportes (el 36% de los trabajadores dependientes aporta sobre remuneraciones inferiores a la RMV). Aunque parte de este subsidio puede ser de tipo solidario e ir orientado hacia los sectores más pobres, habría que analizar si algunos tipos de actividad y ámbitos geográficos que se benefician de este tratamiento especial, están en condiciones de justificarlo. En caso contrario la tasa de aportación contributiva debería gradualmente estandarizarse en 9%.

Por otro lado, es particularmente relevante hacer referencia a las 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, propuestas por el Consejo Nacional de Salud a través de lineamientos de reforma del sector salud, en cumplimiento del encargo dado mediante la Resolución Suprema N° 001-2013-SA.

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, coincide con las conclusiones y recomendaciones del Estudio Financiero Actuarial del Seguro Social de Salud del Perú, presentado por la OIT en el 2012, sobre la existencia de diversos problemas que están vulnerando el equilibrio financiero de EsSalud, entre los cuales se puede mencionar: la existencia de subsidios cruzados de los contribuyentes regulares, al Seguro de Salud Agrario, a la contribución de los profesores del Sector Público, la contribución de los trabajadores asistenciales del MINSa; así como la contribución de los trabajadores CAS. En otras palabras, para 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: i) 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, y ii) Normas que garanticen los ingresos del Seguro Social de Salud para asegurar el financiamiento e implementación de sus inversiones, que permitan cerrar las brechas existentes de infraestructura, equipamiento y personal asistencial para el primer nivel de atención y especializado que requiere la institución.

A continuación, sobre la base de las recomendaciones de los estudios financieros actuariales desarrollado por la OIT en el 2015 y 2019, se presenta un cuadro con los escenarios de la recaudación de seguros con tasa y base imponibles para el régimen CAS.



ESCENARIO DE RECAUDACIÓN DE SEGUROS CON TASAS Y BASES IMPONIBLES REDUCIDAS (Régimen CAS)

Tipo		2018	2019	2020	2021
Detalle de la medida	PEA	Base Imponible CAS: Base Imponible Máxima del 30% UIT		CAS: Max 45% UIT	CAS: Max 55% UIT
CAS	310,328	338.17	344.60	458.86	520.64
Total		338.17	344.60	458.86	520.64
Costo diferencial anual		-	6.43	114.26	61.77
Costo respecto del año 2018			6.43	120.69	182.46

Cifras en millones de S/.

Atendiendo a las consideraciones previamente expuestas, el Decreto de Urgencia propone las siguientes medidas:

MEDIDA 1.- Modificar la base imponible del aporte sobre los trabajadores CAS

Se propone la modificación del Decreto Legislativo N° 1057, a fin de incrementar la base imponible establecida actualmente sobre el 30% de la UIT.

En virtud a ello, se propone la modificación del artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1057, a fin que la contribución para la afiliación al régimen contributivo que administra EsSalud, la cual tiene como base imponible el equivalente al 30% de la UIT vigente en el ejercicio por cada asegurado, se incremente para el año fiscal 2020 a 45% de la UIT vigente, y para el año fiscal 2021 se incremente a 55% de la UIT vigente.

2019	2020	2021
30% UIT	45% UIT	55% UIT

MEDIDA 2: Establecer por mandato legal la finalidad de los recursos.

Teniendo en cuenta las consideraciones antes señaladas, se propone incorporar bajo responsabilidad un mandato legal, a través del cual EsSalud se obliga a utilizar los recursos generados en virtud de las modificaciones planteadas por el Decreto de Urgencia para ejecutar los proyectos de inversión que se encuentran priorizados en el Programa Multianual de Inversiones de ESSALUD del período 2020 – 2022 de EsSalud, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo, toda vez que en muchos casos, éstos se ven atrasados por la falta de financiamiento.

Dichos proyectos priorizados incluirían los siguientes:

- a) Ejecutar las inversiones para nuevos establecimientos de salud y equiparlos.
- b) Concluir los proyectos en ejecución.
- c) Realizar mejoras, ampliación, rehabilitación y reforzamiento de la infraestructura asistencial existente.



- d) Garantizar el mantenimiento y operación de la nueva oferta asistencial, conforme a los literales a), b) y c) del presente artículo.
- e) Reposición de equipamiento estratégico y asistencial.

MEDIDA 3.- Del Control.

Considerando que la medida anterior establece responsabilidad en los funcionarios con respecto a la utilización de los recursos, se plantea que la Contraloría General de la República, en el marco del Sistema Nacional de Control, verifique el cumplimiento de dicha obligación. Asimismo, se considera pertinente que se habilite a la Contraloría General de la República a desarrollar el control concurrente, en lo referido a la ejecución de obras públicas como consecuencia del presente Decreto de Urgencia.

MEDIDA 4.- Optimización

Al igual que en el punto anterior, esta medida busca garantizar que los fondos obtenidos como resultado de las modificaciones normativas, dispuestas por el Decreto de Urgencia, sean utilizados de forma eficiente. En tal sentido, se establece que el Seguro Social de Salud - EsSalud, a través de su Consejo Directivo, debe aprobar un plan para la optimización e incremento de oferta institucional que incorpora estrategias de cierre de brechas y otras para incrementar la oportunidad, acceso y calidad de los servicios a los asegurados.

MEDIDA 5.- De la modificación del Decreto Legislativo N° 1355

El presente Decreto de Urgencia propone extender el plazo de vigencia del Decreto Legislativo N° 1355 que autoriza a EsSalud a utilizar el procedimiento de adjudicación simplificada establecido en la Ley N° 30225, sin tope presupuestal para la consultoría y ejecución de obras de infraestructura calificada de alto riesgo hospitalario.

Dicha propuesta se sustenta en la medida que, a la fecha, se mantiene y se ha agudizado la situación de emergencia en los 14 hospitales priorizados, los mismos no se han podido ejecutar.

En efecto, la Exposición de Motivos del Decreto Legislativo N° 1355, publicado el 20 de julio de 2018, señalaba que la norma sería ejecutada con "*recursos propios disponibles presupuestalmente, para el cumplimiento de la finalidad y objetivos de la Seguridad Social de Salud en el Perú*". En ese orden de ideas, EsSalud solicitó la aprobación del Presupuesto Inicial de Apertura para el ejercicio 2019 por el orden de S/ 372 millones para inversiones (de acuerdo al flujo de ingresos previstos por la entidad), monto que contemplaba, entre otras inversiones, el inicio de la intervención en los 14 hospitales priorizados por el referido decreto. Luego del proceso deliberativo, el Fondo Nacional del Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado – FONAFE aprobó a EsSalud finalmente un monto ascendente a S/ 258.8 millones para inversiones en el PIA del ejercicio fiscal 2019. Ello implicó una reducción del presupuesto para inversiones del orden de S/113.2 millones, lo que implicó una nueva priorización atendiendo nuestros compromisos contractuales, la continuidad de inversiones en ejecución, así como el equipamiento de los servicios críticos (riesgo de vida).

Pese a la reducción drástica, el presupuesto asignado alcanzó para el inicio de la ejecución, a nivel de expediente técnico, de 03 Proyectos de los 14 hospitales priorizados que son: Hospital Pasco, Hospital Vitarte y el Hospital de Chocope; para cuya contratación se ha utilizado el procedimiento especial establecido en el citado Decreto Legislativo N° 1355, lo cual ha significado una eficiencia en la gestión y agilidad en la ejecución del proyecto. Sin



embargo, es preciso resaltar que las necesidades de Essalud con relación a estos hospitales en riesgo sigue siendo de urgencia debido al alto riesgo del derecho fundamental de los asegurados adscritos a los referidos hospitales que suman alrededor de 1.5 millones, tal como se aprecia a continuación:

N°	HOSPITALES DE ALTO RIESGO	ANTIGÜEDAD	POBLACIÓN AFECTADA
1	HOSPITAL GRAU	51	121,276
2	HOSPITAL PASCO	55	35,230
3	HOSPITAL CHOCOPE	64	13,935
4	HOSPITAL CHIMBOTE	48	39,765
5	HOSPITAL CAÑETE	63	75,719
6	HOSPITAL VITARTE	48	168,273
7	HOSPITAL ALMAZOR AGUINAGA ASENJO	61	610,831
8	HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN	71	47,464
9	HOSPITAL HUANUCO	36	61,637
10	HOSPITAL IQUITOS	42	242,979
11	HOSPITAL YURIMAGUAS	22	37,467
12	HOSPITAL RIOJA	30	12,899
13	HOSPITAL NAYLAMP	40	119,742
14	HOSPITAL LAMPA	26	4,789
	TOTAL		1,592,006

A mayor abundamiento, se consigna mayor sustento de la priorización del presupuesto destinado a inversiones para el 2019, tal como se aprecia:

- i) Para proyectos de Inversión que se encontraban en curso y están focalizados a la atención inmediata de la población con altos índices de vulnerabilidad; dentro de los cuales se encuentran los Proyectos de las Unidades de Atención Renal (Hemodiálisis) de Santa Anita y Villa el Salvador, la Emergencia del Hospital III – Iquitos, Policlínico de Apurímac, los Hospitales de Cajamarca, Puno, Talara. Cabe señalar que, según la normatividad de presupuesto, los órdenes de prelación de los proyectos son: i) proyectos por culminar, ii) en ejecución, iii) en expediente técnico, iv) con estudio de Preinversión viable. Por lo que estando en estos proyectos ya en ejecución no podían ser paralizados, bajo responsabilidad y contingencias legales por no honrar los contratos vigentes y pago de obligaciones, que podrían generar un grave perjuicio a la entidad.
- ii) Pago de los compromisos asumidos en los contratos de APP suscritos por EsSalud. Al respecto, EsSalud suscribió con las Sociedades Operadoras Callao Salud SAC y Villa María del Triunfo Salud SAC, los Contratos de Asociación Público Privada para la Constitución de Derecho de Superficie, Diseño, Construcción de Infraestructura, Dotación de Equipamiento, Operación y Mantenimiento del Nuevo Hospital III Callao y su Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal de EsSalud (en adelante, Complejo Hospitalario Alberto Barton); y el Nuevo Hospital III Villa María del Triunfo de la Red Asistencial Rebagliati de EsSalud (en adelante, Guillermo Kaelín); respectivamente. Ambos tienen una población adscrita de 250, 000 asegurados y cuentan con 165 camas de hospitalización cada uno.

Essalud ha asumido compromisos firmes e irrevocables frente a las Sociedades Operadoras para los primeros 25 años.

Asimismo, EsSalud suscribió con SALOG S.A. el Contrato de Asociación Público Privada para la Constitución de Derecho de Superficie, Construcción de Infraestructura, Equipamiento e Implementación y Gestión Logística de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de EsSalud en Lima, por un plazo de 10 años.

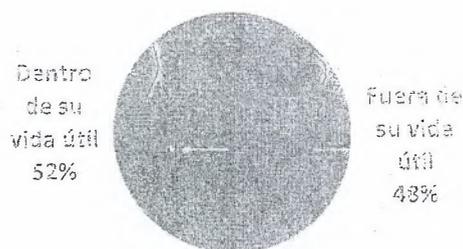


El monto total aprobado por FONAFE en el presupuesto del ejercicio fiscal 2019 para este rubro es del orden de S/ 81.7 millones. Estos compromisos deben ser honrados, caso contrario se asume un riesgo por el corte de servicio a los asegurados y las contingencias legales respectivas por incumplimiento de contrato.

- iii) La reposición de equipamiento asistencial: Considerando que en Essalud de acuerdo a la información del PCOMAN 2018¹, comparando la antigüedad con la vida útil de cada equipo biomédico, se ha determinado que el 48% de los equipos biomédicos se encuentran fuera de su vida útil, Estos son equipos biomédicos priorizados relacionados a las Unidades Críticas de alto riesgo para la vida si es que no son adquiridos; que no podría ser postergadas. Así se destinaron recursos para equipos de Salas de Operaciones (Cialíticas y Mesas de Operaciones), Hospitalización, Diagnóstico por Imágenes (Ecógrafos, ecocardiógrafos), Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos (Moinitores, Ventiladores Volumétricos, de Atención Neonatal (**Ventiladores Neonatales e Incubadoras**), entre los mas relevantes.

En el cuadro siguiente se aprecia el porcentaje de los equipos biomédicos dentro y fuera de la vida útil.

**Porcentaje total de Equipos Biomédicos (*)
dentro y fuera de su vida útil estimado al año 2020**



Fuente: PCOMAN/Sub Gerencia de Mantenimiento – GCPI

(*) Equipos potenciales para reposición, no incluye equipos nuevos con garantía.

Por lo tanto se requiere ampliar la vigencia del precitado Decreto Legislativo en dos años adicionales, en la medida que se van a materializar las inversiones de los hospitales restantes con los nuevos flujos de recursos producto del presente Decreto de Urgencia.

Asimismo, debe tener presente que, además de no haber contado con los flujos y recursos necesarios para la ejecución de los proyectos determinados en el Decreto Legislativo 1355, es necesario advertir que la ampliación del plazo de vigencia de dos años del decreto se basa adicionalmente en lo siguiente:

- a) Los mayores ingresos, generados de los recursos que se derivan del presente decreto de urgencia, deben ser incorporados en el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) del ejercicio 2020, el mismo que de acuerdo con los plazos establecidos, se aprobaría por parte del FONAFE alrededor del mes de octubre o noviembre del año 2020.

¹ Sub Gerencia de Mantenimiento – GCPI.

- b) Una vez incorporado los mayopres ingresos en el PIM, la ejecución de los proyectos establecidos en el Decreto Legislativo 1355 deben ser registrados en la Programa Multianual de Inversiones (PMI), bajo la modalidad de proyectos no previstos, siempre y cuando dichos proyectos de inversión inicien sus actos previos (formulación y evaluación) en el periodo de noviembre y diciembre de 2020. Siendo el caso que dichos proyectos, por los plazos administrativos para su convocatoria sobrepasaría el periodo 2020, este se registraría recién en el mes de febrero o marzo del año 2021.
- c) A partir del mes de marzo o abril del año 2021, se estaría elaborando los instrumentos técnicos para la ejecución de dichos proyectos de inversión, tales como: los estudios, la formulación del proyecto, entre otros.
- d) Estando a lo antes mencionado, se estima que la fase de ejecución (expediente técnico y ejecución de obra) se estaría iniciando a partir del año 2022.

Finalmente, queda claro que la convocatoria de los procesos de selección para la elaboración de los expediente técnicos y la propia ejecución de la obra, bajo la regulación del Decreto Legislativo N° 1355, se llevaría a cabo entre el año 2022 y el año 2023.

II. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La aplicación del Decreto de Urgencia permitirá a ESSALUD reducir las distorsiones en las tasas y bases contributivas, que afectan la sostenibilidad del Seguro de Salud. A continuación, se presenta en primer lugar el costo asociado que corresponde al incremento de la base imponible del régimen CAS, cuyo financiamiento se efectuará con cargo al presupuesto de cada entidad pública:

Asegurados públicos	Base Imponible Máxima 2019	Recaudación 2019	Base Imponible Máxima 2020	Recaudación 2020	Costo Estimado 2020
CAS	30% UIT	344.60	45% UIT	458.86	114.26

Asegurados públicos	Base Imponible Máxima 2020	Recaudación 2020	Base Imponible Máxima 2021	Recaudación 2021	Costo Estimado 2021
CAS	45% UIT	458.86	55% UIT	520.64	61.77

Por otro lado, el beneficio generado por la aplicación del Decreto de Urgencia consistirá en la adopción de medidas financieras para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud, en beneficio de más de 11 millones de asegurados (titulares y derechohabientes).

De este modo, la aprobación del presente Decreto de Urgencia permitirá cumplir oportunamente con el otorgamiento de prestaciones a cargo de EsSalud, ampliar la cobertura, mantener la continuidad operativa de los servicios asistenciales, garantizar el pago del gasto corriente esencial (remuneraciones y beneficios sociales), efectivizar un mejor gasto de capital e inversiones, entre otros aspectos de relevancia institucional, responder mejor a las percepciones y expectativas de la población en materia de calidad del servicio y fortalecer la atención en el usuario.

En tal sentido, las medidas propuestas tienden a garantizar, en parte, el sostenimiento y equilibrio financiero de la Institución, incidiendo directamente en la mejora de la prestación de los servicios de salud, como una de las principales responsabilidades del Estado frente a los



asegurados, optimizando la administración de los recursos y garantizando el carácter intangible de los fondos de los asegurados.

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

El Decreto de Urgencia tendrá como impacto la modificación de las siguientes Leyes:

1. Literal k) del artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1057.
2. El artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1355.



GOBIERNOS LOCALES

MUNICIPALIDAD DE CIENEGUILLA

D.A. N° 10-2019-MDC/A.- Prorrogan la vigencia de Ordenanza que establece y reglamenta el Régimen Especial de Regularización de Edificaciones para el otorgamiento de Licencia de Edificación, Declaratoria de Fábrica y Licencia Provisional de Edificación en Habilitaciones Urbanas Informales **124**

MUNICIPALIDAD DE MIRAFLORES

Ordenanza N° 529/MM.- Aprueban Ordenanza que promueve la convivencia amigable con los animales domésticos en el distrito de Miraflores **125**

Ordenanza N° 530/MM.- Ordenanza que establece el monto del derecho por emisión mecanizada de actualización de valores, determinación de tributos y su distribución a domicilio del Impuesto Predial y Arbitrios Municipales del año 2020 **132**

Acuerdo N° 142-2019/MM.- Aceptan donación de la Fundación BBVA Banco Continental a favor de la Municipalidad de Miraflores **133**

D.A. N° 013-2019/MM.- Aprueban "Procedimiento del sorteo para la asignación de ubicaciones para la difusión de propaganda electoral en bienes de uso público en el Proceso de Elecciones Congresales Extraordinarias 2020" y el plano con la distribución y asignación numérica de las ubicaciones permitidas para la instalación de paneles y/o carteles **135**

MUNICIPALIDAD DE SAN ISIDRO

Acuerdo N° 301 y Ordenanza N° 506-MSI.- Ordenanza que aprueba el Régimen Tributario de los Arbitrios correspondientes a los servicios de barrido de calles, recolección de residuos sólidos, parques y jardines, y seguridad ciudadana del Ejercicio 2020 (*Separata Especial*)

MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL

D.A. N° 007-2019/MDSM.- Aprueban la Reglamentación de la Ordenanza N° 390/MDSM que regula el otorgamiento de autorización municipal a los vehículos motorizados para expendio de alimentos denominados food trucks en el distrito **139**

PROVINCIAS

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL FERREÑAFE

Ordenanza N° 018-2019-CMPF.- Aprueban tasas, costos, procedimientos administrativos y formularios contenidos en el TUPA de la Municipalidad **139**

SEPARATA ESPECIAL

MUNICIPALIDAD DE SAN ISIDRO

Acuerdo N° 301 y Ordenanza N° 506-MSI.- Ordenanza que aprueba el Régimen Tributario de los Arbitrios correspondientes a los servicios de barrido de calles, recolección de residuos sólidos, parques y jardines, y seguridad ciudadana del Ejercicio 2020

PODER EJECUTIVO

DECRETOS DE URGENCIA

**DECRETO DE URGENCIA
 N° 028-2019**

**DECRETO DE URGENCIA QUE DISPONE
 MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA EL
 SOSTENIMIENTO Y EQUILIBRIO FINANCIERO
 DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD PARA
 GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA
 SALUD DE LOS ASEGURADOS**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 135 de la Constitución Política del Perú, durante el interregno parlamentario el Poder Ejecutivo legisla mediante decretos de urgencia de los que da cuenta a la Comisión Permanente para que los examine y los eleve al Congreso, una vez que éste se instale;

Que, mediante Decreto Supremo N° 165-2019-PCM, Decreto Supremo que disuelve el Congreso de la República y convoca a elecciones para un nuevo Congreso, se revoca el mandato parlamentario de los congresistas, manteniéndose en funciones la Comisión Permanente;

Que, el Estado reconoce el derecho a la seguridad social, lo cual cubre las atenciones en salud, prestaciones económicas y sociales a favor de los asegurados;

Que, la seguridad social en salud está a cargo del Seguro Social de Salud – EsSalud, cuyos fondos y reservas, derivados de los aportes de los empleadores y asegurados sin recibir recursos del tesoro público, son

intangibles, y con los cuales brinda cobertura a más de once (11) millones y medio de asegurados;

Que, existen regímenes laborales que tienen aportes diferenciados inferiores al aporte regular, lo cual ha generado que estos regímenes sean deficitarios para la seguridad social en salud y no se logre cubrir el costo de los servicios requeridos para este 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;

Que, conforme al estudio actuarial de la Organización Internacional del Trabajo, la situación descrita en el considerando anterior acarrea un deterioro de la calidad, suficiencia, oportunidad y eficacia de los servicios provistos por el Seguro Social de Salud – EsSalud, lo cual significa una afectación directa al derecho fundamental a la salud de los asegurados, así como a la vida e integridad física de la persona humana, por lo que resulta necesario implementar acciones para incrementar y mejorar la oferta de prestaciones de servicios de salud que garantice el derecho a la salud y la continuidad de dichos servicios;

Que, en consecuencia, resulta urgente adoptar medidas necesarias para garantizar el acceso oportuno y el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la seguridad social en salud de los asegurados, mediante el sostenimiento y equilibrio financiero del Seguro Social de Salud – EsSalud, asegurando la continuidad y mejora de los servicios de salud, optimizando la administración de los recursos y garantizando el carácter intangible de los fondos de la seguridad social;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135 de la Constitución Política del Perú;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros; y,
 Con cargo de dar cuenta a la Comisión Permanente para que lo examine y lo eleve al Congreso, una vez que éste se instale:

DECRETA:

Artículo 1.- Objeto

El presente Decreto de Urgencia tiene por objeto establecer medidas necesarias para el sostenimiento y

equilibrio financiero del Seguro Social de Salud – EsSalud a fin de garantizar el acceso oportuno y el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la seguridad social en salud de los afiliados, asegurando la continuidad y mejora de los servicios de salud.

Artículo 2.- Modificación del literal k) del artículo 6 del Decreto Legislativo 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios

Modifícase el literal k) del artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, conforme al siguiente texto:

“Artículo 6.- Contenido

El Contrato Administrativo de Servicios otorga al trabajador los siguientes derechos:

(...)

k) Afiliación al régimen contributivo que administra EsSalud. La contribución para la afiliación al régimen contributivo que administra EsSalud tiene como base imponible el equivalente al 30% de la UIT vigente en el ejercicio por cada asegurado. A partir del año fiscal 2020, la contribución tiene como base imponible el equivalente al 45% de la UIT vigente y para el año fiscal 2021 la base imponible será el equivalente al 55% de la UIT vigente en el ejercicio por cada asegurado.

(...)”

Artículo 3.- Sobre la finalidad de los recursos recaudados

3.1 Los recursos recaudados en aplicación de las modificaciones dispuestas por el presente Decreto de Urgencia se destinan exclusivamente, bajo responsabilidad, a lo siguiente:

- a) Ejecutar las inversiones para nuevos establecimientos de salud y equiparlos.
- b) Concluir los proyectos en ejecución.
- c) Realizar mejoras, ampliación, rehabilitación y reforzamiento de la infraestructura asistencial existente.
- d) Garantizar el mantenimiento y operación de la nueva oferta asistencial, conforme a los literales a), b) y c) del presente artículo.
- e) Reposición de equipamiento estratégico y asistencial.

3.2 Lo dispuesto en el numeral 3.1. debe estar comprendido en el Programa Multianual de Inversiones del Seguro Social de Salud – EsSalud, o aquellos a los que se refieren en el Decreto Legislativo N° 1355.

Artículo 4.- Del control

4.1 La Contraloría General de la República, en el marco del Sistema Nacional de Control, verifica el cumplimiento de lo establecido en el presente Decreto de Urgencia.

4.2 La Controlaría General de la República desarrolla el control concurrente en todas las obras públicas que se ejecuten como consecuencia del presente Decreto de Urgencia.

Artículo 5.- Refrendo

El Decreto de Urgencia es refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros, la Ministra de Economía y Finanzas, y la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- Plan para la optimización e incremento de la oferta institucional

En un plazo de sesenta (60) días hábiles, contados desde la vigencia del presente Decreto de Urgencia, el Seguro Social de Salud – EsSalud, a través de su Consejo Directivo, aprueba un plan para la optimización

de incremento de la oferta institucional que incorpora estrategias de cierre de brechas y otras para incrementar la oportunidad, acceso y calidad de los servicios a los asegurados.

Segunda.- Sobre la progresividad por los aportes del CAS, Magisterio y Profesionales de la Salud

El porcentaje del incremento en la base imponible a la que se refiere el artículo 2 del presente Decreto de Urgencia, así como para los trabajadores sujetos al Decreto Legislativo N° 1153 y la Ley N° 30002, 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.

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.

Tercera.- Ampliación del plazo del Decreto Legislativo N° 1355

Ampliase a dos (2) años adicionales el plazo establecido en el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1355, Decreto Legislativo que autoriza al Seguro Social de Salud – EsSalud a utilizar el procedimiento de adjudicación simplificada establecido en la Ley N° 30225, sin tope presupuestal, para la consultoría y ejecución de obras de infraestructura calificada de alto riesgo hospitalario.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dieciocho días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.

MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO
Presidente de la República

VICENTE ANTONIO ZEBALLOS SALINAS
Presidente del Consejo de Ministros

MARÍA ANTONIETA ALVA LUPERDI
Ministra de Economía y Finanzas

SYLVIA E. CÁCERES PIZARRO
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

1838601-1

PRESIDENCIA DEL CONSEJO
DE MINISTROS

Decreto Supremo que declara el Estado de Emergencia por peligro inminente ante deslizamiento de masas, en la localidad de Sillapata, del distrito de Sillapata, de la provincia de Dos de Mayo, del departamento de Huánuco

DECRETO SUPREMO
N° 192-2019-PCM

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 68.1 del artículo 68 del Reglamento de la Ley N° 29664 que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), aprobado por el Decreto Supremo N° 048-2011-PCM, en concordancia con el numeral 9.1 del artículo 9 de la "Norma Complementaria sobre la