

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Evaluación de dos propuestas legislativas referidas a la
implementación de un Fondo de alto costo en el Perú

Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de Licenciada en
Economía presentado por:

Gonzales Medina, Ana Stephani

Asesora:

Leyva Zegarra, Janneth Zonia


Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, Leyva Zegarra, Janneth Zonia, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación Evaluación de dos propuestas legislativas referidas a la implementación de un Fondo de alto costo en el Perú. del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Gonzales Medina, Ana Stephani dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 11%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 25/09/25.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

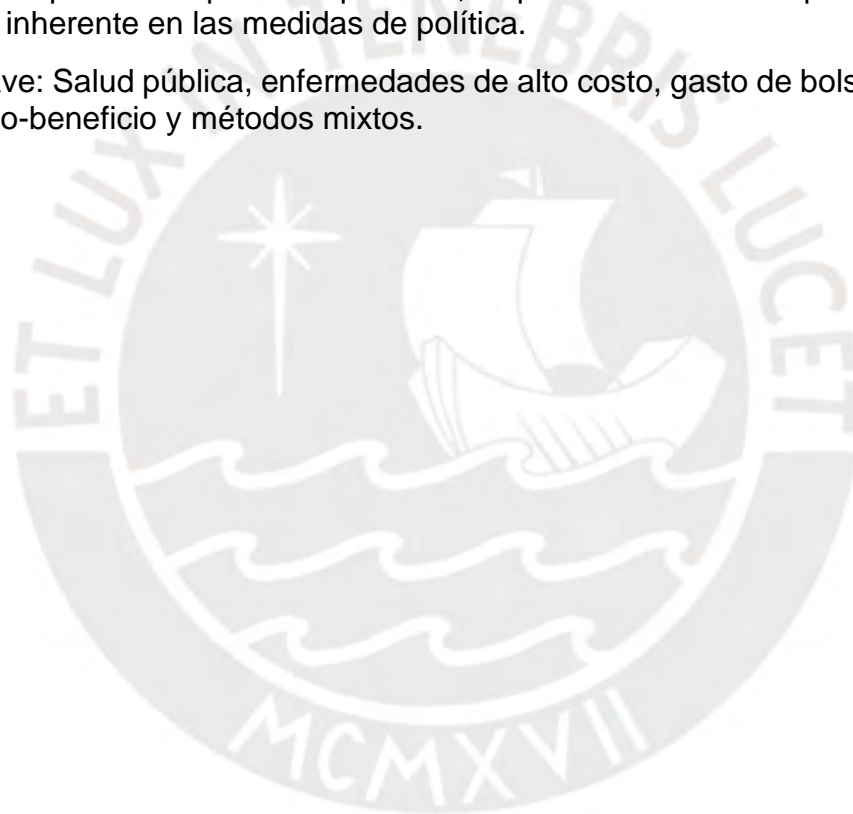
Lugar y fecha: Lima, 19 de noviembre del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Leyva Zegarra, Janneth Zonia</u>	
DNI: 45045389	Firma 
ORCID: 0000-0002-1480-4558	

Resumen

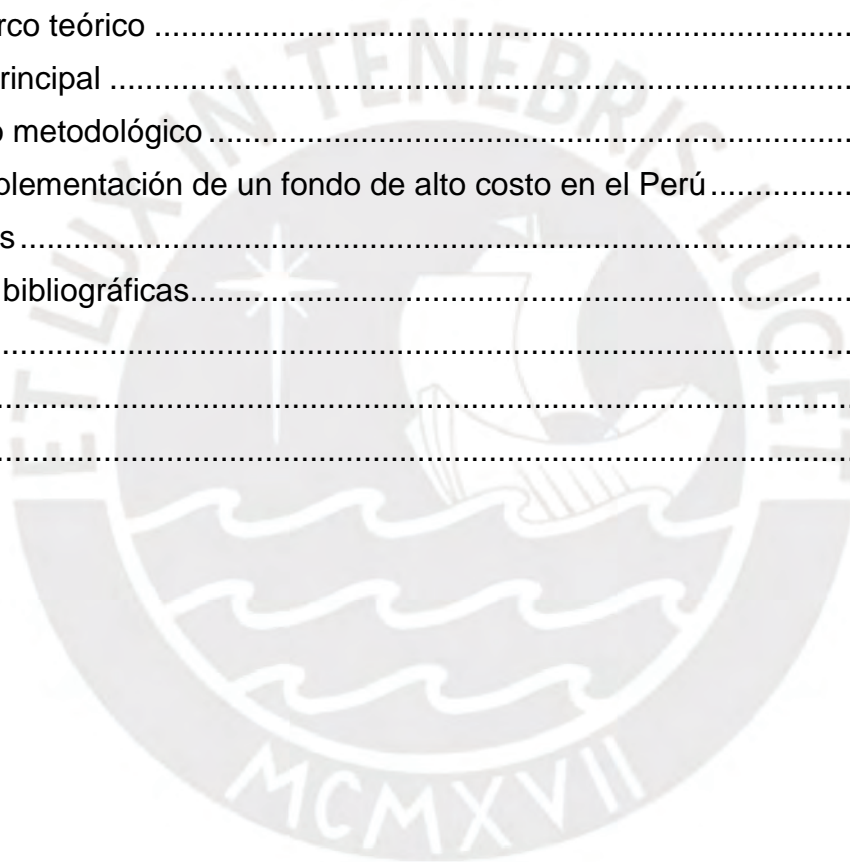
La presente sistematización aborda la experiencia profesional vinculada al proceso de evaluación de dos propuestas legislativas (PL 1378/2021 y PL 3407/2022). Ambas iniciativas plantean la implementación de un fondo como estrategia de financiamiento para los tratamientos de alto valor económico en el Perú. Esta experiencia se enmarca en el campo de políticas públicas con enfoque en salud y fue desarrollada como parte del equipo de estudios económicos de una consultora. La evaluación se basó en la recopilación y sistematización de datos provenientes de fuentes cuantitativas como cualitativas, incluyendo reportes estadísticos de instituciones que conforman el sistema de salud peruano y entrevistas con los actores del sector. La relevancia de esta experiencia para la especialidad de Economía radica en la aplicación práctica de estas herramientas en un contexto de toma de decisión. Asimismo, demuestra la integración de los economistas en equipos multidisciplinarios, en este caso, en conjunto con profesionales de otras disciplinas como médicos, abogados y expertos en políticas públicas, aspecto fundamental para abordar la complejidad inherente en las medidas de política.

Palabras clave: Salud pública, enfermedades de alto costo, gasto de bolsillo en salud, análisis costo-beneficio y métodos mixtos.



Índice

Introducción.....	1
1. Marco de referencia	3
1.1 Marco contextual.....	3
1.1.1. Cobertura financiera actual de las enfermedades de alto costo en el Perú	3
1.1.2. La urgencia de priorizar las enfermedades de alto costo en la agenda pública del Perú	3
1.1.3. Propuestas legislativas para la creación de un Fondo de Alto Costo.....	4
1.2. Descripción del contexto profesional.....	5
1.3. Marco teórico	6
2. Sección principal	8
2.1. Marco metodológico	8
2.2. La implementación de un fondo de alto costo en el Perú.....	13
Conclusiones.....	17
Referencias bibliográficas.....	18
Anexos	20
Anexos A.....	20
Anexos B.....	20



Índice de tablas

Tabla 1 Fuentes de información empleadas para la descripción e identificación del problema de alto costo	8
Tabla 2 Estimación anual del FUAC para Perú (en soles)	11



Índice de gráficos

Gráfico 1 Estructura del sistema de salud peruano 20



Introducción

Para fines de la investigación sistematizaré mi experiencia como Analista junior del equipo de Estudios económicos de Videnza Consultores. La consultora orienta su labor en la aplicación de herramientas analíticas para la toma de decisiones en materia de políticas públicas. Su trabajo se centra en alguna o algunas fases del ciclo de políticas, como la identificación del problema, diseño o recomendaciones de política, implementación, seguimiento o evaluación. Brinda esta asistencia técnica a entidades públicas, privadas, agencias multilaterales y la cooperación internacional.

Durante mi periodo en el equipo, me enfoqué en temas de salud pública. En este documento, presentaré el proceso de evaluación de dos propuestas legislativas orientadas a la implementación de un Fondo de alto costo (FAC) para el Perú. El análisis se desarrolló a partir de un enfoque mixto que combinó herramientas cuantitativas y cualitativas.

El proceso implicó la recolección y el cálculo de indicadores económicos, los cuales fueron complementados con entrevistas a actores del sistema sanitario peruano. Este enfoque metodológico permitió identificar los efectos Inter temporales de la propuesta, en términos de costos como de beneficios, considerando una perspectiva participativa y de enfoque en la equidad en el acceso a los servicios de salud de la mano con la sostenibilidad fiscal.

Considero esta experiencia relevante porque me permitió aplicar en el contexto peruano, los conocimientos teóricos y las herramientas cuantitativas adquiridas durante mi formación de pregrado. Asimismo, la utilización de estos conceptos e insumos fueron fundamentales para desarrollar una evaluación integral en un sector como lo es el de salud, clave para la población y las finanzas públicas, que representa, según un informe actual del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (2024), una de las primeras prioridades del presupuesto público.

Asimismo, para la especialidad, el análisis contribuye a la identificación y discusión técnica de los riesgos y las oportunidades económicas que conlleva la implementación de un fondo de este tipo en el país, definidos en un trabajo conjunto con los actores del sistema de salud. Además, muestra las ventajas de la conformación de un equipo multidisciplinario en la evaluación de iniciativas legislativas con alto potencial redistributivo o fiscal.

La sistematización de esta experiencia se compone de tres secciones. En primer lugar, el marco de referencia presenta el marco contextual, describe el contexto

profesional y el marco teórico, que establecen el enfoque en el que se desarrolla el análisis. La segunda sección corresponde a la sección principal que profundiza en la estrategia metodológica empleada para abordar la complejidad del caso peruano. En esta sección también se realiza una reflexión de cómo se desarrolló la evaluación de las propuestas legislativas en cuestión y las consideraciones adicionales a la perspectiva económica que se deberían aplicar para un fondo de este tipo. Por último, se presentan las conclusiones del análisis.



1. Marco de referencia

1.1 Marco contextual

1.1.1. Cobertura financiera actual de las enfermedades de alto costo en el Perú

En el Perú, la cobertura financiera de la atención en salud está a cargo de las Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), las cuales pueden ser de naturaleza pública o privada. A nivel público, la principal IAFAS es el Seguro Integral de Salud (SIS), que en el año 2022 creó el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) con el objetivo de financiar el tratamiento de las enfermedades de alto costo (EAC) (Congreso de la República del Perú, 2002).

El FISSAL está destinado a cubrir la atención de personas diagnosticadas con alguna enfermedad de alto costo como los siete tipos de cáncer¹ de mayor incidencia en el país, insuficiencia renal crónica (IRC), enfermedades raras o huérfanas (ERH) y otros procedimientos de alto costo (Ministerio de Salud, 2012). En este modelo, el SIS cubre las atenciones regulares de salud y en caso, la persona afiliada es diagnosticada con una de las enfermedades previamente descritas, el FISSAL asume el financiamiento del tratamiento correspondiente en su totalidad.

Además del SIS, el sistema público incluye la IAFAS del Seguro Social de Salud (EsSalud). En este caso, el plan de salud ofrece cobertura para el tratamiento de alto costo solamente a los trabajadores formales y sus derechohabientes, aunque con ciertas exclusiones. Asimismo, el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (Saludpol) y las IAFAS de las Fuerzas Armadas son de naturaleza pública, y brindan cobertura sin topes prestacionales ni financieros predefinidos. Mientras que, del lado de los fondos privados, se encuentra a los seguros privados de salud, cuya cobertura se encuentra alineada a un contrato de seguro.

1.1.2. La urgencia de priorizar las enfermedades de alto costo en la agenda pública del Perú

Las cifras de casos nuevos de cáncer o ERH y mortalidad en el país son alarmantes. En el año 2022, se estimaron alrededor de 70,000 casos nuevos y se proyectan 35,000 fallecimientos anuales por esta causa, cifra que afectaría en mayor porcentaje a las mujeres, con una probabilidad del 53% (Ferlay et al, (2024). Asimismo, a nivel de las regiones, el Ministerio de Salud (Minsa) (2018), ha identificado que

¹ Cáncer de cuello uterino, mama, colon, estómago, próstata, leucemias y linfomas

Loreto, Amazonas, Cajamarca, Huánuco, Pasco y Ayacucho son altamente vulnerables a nuevos casos.

Respecto a la oferta de alto costo, se encuentra una alta concentración de recursos humanos y tecnológicos especializados en Lima, que limita la capacidad de respuesta en otras regiones. Según el Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS) (2021), Lima y Callao concentran el mayor porcentaje de médicos especialistas (55% del total) y oncólogos clínicos (73% del total) del país. Además, el número total de estos profesionales resulta insuficiente en relación con el tamaño de la población nacional.

Por su parte, el FISSAL, creado para financiar el tratamiento de enfermedades de alto costo, enfrenta múltiples limitaciones desde su creación. Se identifican críticas a su alcance operativo, la escasa disponibilidad de centros especializados y de tecnologías adecuadas, así como la débil articulación entre los distintos niveles y establecimientos del sistema de salud. A ello se suman restricciones presupuestarias y una distribución poco equitativa de los recursos, que ha dificultado una cobertura efectiva y oportuna a nivel nacional (Gutiérrez, 2024).

En conjunto, la alta incidencia y mortalidad del cáncer, y la desigualdad en la cobertura financiera y prestacional, evidencian un sistema de salud con serias deficiencias para atender el alto costo. Este panorama exige un enfoque de política pública en salud que priorice estas enfermedades, e incorpore criterios tanto de sostenibilidad fiscal y equidad para la atención del alto costo en todo el país.

1.1.3. Propuestas legislativas para la creación de un Fondo de Alto Costo

El Congreso de la República presentó en los años 2021 y 2022 dos proyectos de ley (PL N° 1378/2021 y PL N° 3407/2022-CR) orientados a la atención de las enfermedades de alto costo en el Perú. Estas iniciativas buscan corregir las limitaciones del sistema vigente, actualmente financiado por el FISSAL con una cobertura restringida a ciertos diagnósticos y bajo un esquema fragmentado entre las distintas IAFAS públicas, cada una con sus propios criterios y presupuestos.

Ambas propuestas coinciden en centralizar la gestión de las EAC mediante la creación de un fondo nacional mancomunado que concentre los recursos de las IAFAS públicas. Esto implica que, en lugar de que cada IAFAS pública - como EsSalud o el SIS- administre de manera independiente su presupuesto para la atención de las EAC, aportarían a un único fondo común.

El fondo financiaría la atención de estos casos, sin importar a qué seguro pertenezca el paciente. Asimismo, plantean el uso de un factor universal de alto costo (FUAC) como umbral económico para determinar qué enfermedades califican como de alto costo, siguiendo experiencias de países de la región como Chile y Uruguay.

Sin embargo, existen diferencias en su diseño. El PL N.º1378/2021 establece la actualización de procedimientos y tecnologías cada dos años, así como, la implementación de un mecanismo diferenciado de adquisición para la compra de productos farmacéuticos, buscando garantizar la disponibilidad oportuna de medicamentos y dispositivos médicos para los pacientes. Estos elementos, no se incluyen en el PL N.º 3407/2022, que en cambio otorga al fondo autonomía administrativa, económica y financiera, y establece que los recursos no utilizados al cierre del año fiscal no retornarán al Tesoro Público, sino que se reinvertirán en su propio funcionamiento.

La aprobación de uno de estos PL significaría la desaparición del FISSAL, cuyas funciones serían absorbidas por el nuevo esquema. En la práctica, el FISSAL se convertiría en una estructura centralizada que manejaría de forma unificada los recursos destinados a la atención de enfermedades de alto costo, con el objetivo de optimizar la eficiencia y ampliar la cobertura a todos los asegurados de las IAFAS públicas.

1.2. Descripción del contexto profesional

Esta experiencia se enmarca en el ámbito de la salud pública. Básicamente el análisis se desarrolla dentro del equipo de salud del área de Estudios Económicos de Videnza Consultores, liderado por una economista senior y un químico farmacéutico. En la consultora participé en proyectos estratégicos para el país como el análisis de la viabilidad de la implementación de un Fondo de alto costo, que es el caso sistematizado en este documento.

Como analista, utilicé estrategias cuantitativas y cualitativas para analizar de manera integral la demanda, los costos y el contexto relacionado con la atención de enfermedades de alto costo en el país. En el componente cuantitativo, fui responsable de recopilar, procesar y analizar la información proveniente de instituciones del sistema de salud. Desarrollé estas actividades para caracterizar aspectos claves para la evaluación como la demanda no atendida de pacientes con enfermedades de alto costo, estimar el umbral de alto costo y explorar la viabilidad económica del proyecto.

En el componente cualitativo, participé del diseño de la herramienta que se utilizó en las entrevistas con especialistas y actores del sistema sanitario peruano, así como, de su aplicación. El instrumento fue estructurado, de tal manera que, permitió capturar las perspectivas de cada uno de los agentes (rector, financiador, asegurador, proveedor y usuario) respecto a los costos, beneficios, gestión y pertinencia de implementar un fondo nacional que concentre los recursos de las IAFAS públicas para la atención de EAC en el contexto peruano.

Esta experiencia me permitió comprender la compleja dinámica del sector sanitario público en el país, y la importancia de haber integrado en el proceso la aproximación cuantitativa y cualitativa. Este enfoque resaltó que no solo se trata de reportar cifras y datos estadísticos, sino también otros factores institucionales e incluso técnicos, que influyen para la efectividad de las políticas públicas.

1.3. Marco teórico

Los métodos mixtos se definen como un enfoque de evaluación que integra la estrategia cuantitativa y cualitativa a lo largo de las etapas de construcción teórica, recolección, análisis e interpretación de datos (Bamberger, 2012). Según Greene (2015), dicho enfoque no solo fortalece la solidez de los hallazgos, sino también garantiza la incorporación de las perspectivas de los actores involucrados en estas etapas.

De acuerdo con Johnson y Onwuegbuzie (2004), uno de los propósitos de los métodos mixtos es la triangulación, entendida como la búsqueda de convergencia y corroboración de resultados a partir de ambos métodos, con el fin de fortalecer la validez y confiabilidad de las conclusiones. Dahler-Larsen (2022) destaca la utilidad de las evaluaciones que emplean métodos mixtos en comparación con aquellas que se basan en un enfoque. El autor señala que los resultados derivados de este tipo de evaluaciones presentan una probabilidad más alta de ser incorporados en los procesos de toma de decisiones.

Esta mayor aplicabilidad se explica porque los métodos mixtos integran formas de recolección y análisis de datos que permiten responder a la complejidad del mundo real y orientar la investigación (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Los métodos cuantitativos tienen limitaciones para explicar por qué ocurren ciertos resultados, especialmente cuando intervienen factores difíciles de cuantificar, como las dinámicas institucionales. En estos casos, son los métodos cualitativos los que permiten indagar en dichas explicaciones (Adato, 2011).

En suma, la aplicación de métodos mixtos en la evaluación favorece la integración de las fortalezas de los enfoques cualitativo y cuantitativo. Esta combinación metodológica articula las capacidades explicativas del primer enfoque con el rigor analítico del segundo, convirtiéndose en un instrumento robusto para el ámbito de las políticas públicas.



2. Sección principal

2.1. Marco metodológico

Para la evaluación de las dos propuestas legislativas referidas a la implementación de un Fondo de alto costo en el Perú se empleó la herramienta de análisis costo – beneficio (ACB). La determinación de la metodología estuvo a cargo del equipo que lideró el proceso de evaluación. Dicha elección estuvo sustentada en la flexibilidad del ACB para adaptarse a un enfoque mixto que complementara el análisis cuantitativo con el cualitativo. Esto permitió identificar los efectos -en términos de costos y beneficios- de la implementación del fondo, realizar el cálculo del umbral que define una enfermedad de alto costo y simular escenarios de financiamiento que garanticen la sostenibilidad en el largo plazo, considerando aspectos sociales, institucionales y técnicos que podrían influir en la viabilidad de la propuesta.

El proceso inició con la descripción e identificación del problema de alto costo. Se recurrió a informes de la Organización Panamericana de Salud (OPS), de la Organización Mundial de Salud (OMS) y de la Defensoría del Pueblo. También, a la recopilación y análisis de los datos extraídos de Consulta Amigable del MEF, Minsa, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) e INFORHUS.

Tabla 1

Fuentes de información empleadas para la descripción e identificación del problema de alto costo

Institución	Tipo de información
Organización Panamericana de Salud (OPS)	Informes situacionales y experiencias internacionales sobre enfermedades de alto costo
Organización Mundial de Salud (OMS)	Lineamientos metodológicos sobre enfermedades de alto costo
Defensoría del Pueblo	Reportes de cumplimiento del derecho a la salud en el Perú y acceso a tratamientos de alto costo
Consulta Amigable del MEF	Datos sobre presupuesto público, ejecución de gasto e inversión en salud
Minsa	Información sobre recursos de salud, establecimientos y estadísticas sanitarias nacionales
Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)	Datos sobre gastos de bolsillo en salud, ingresos de los hogares, además de variables sociodemográficas
INFORHUS	Datos sobre recursos humanos en salud

Fuente: Elaboración propia.

Para explorar los costos y beneficios asociados a la implementación de alguno de los PL, se partió de una aproximación institucional. Para ello, se identificaron las funciones que cada actor² del sistema de salud peruano debería asumir en este proceso según el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) o similar, de cada entidad. Posteriormente, dichos elementos fueron validados mediante entrevistas estructuradas con los propios actores involucrados.

El criterio de selección para las entrevistas fue asegurar la participación de al menos un representante por cada nivel o estructura del sistema sanitario. Bajo este enfoque, fueron entrevistados dos ministros de salud de gestiones pasadas, dos representantes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, un especialista del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de EsSalud, del SIS, de IAFAS de las FFAA, de Saludpol, un médico del Hospital Cayetano Heredia y un representante de una asociación de pacientes. A través de estas conversaciones se recogieron perspectivas sobre los costos y beneficios que derivarían de la adopción de estas propuestas. También fueron consultados sobre recomendaciones para su potencial gestión, considerando el contexto actual de operaciones del FISSAL.

Los actores entrevistados, reconocen sin excepción, la urgencia de financiar el tratamiento de enfermedades de alto costo en el país y valoran la necesidad de inclusión de criterios técnicos en la definición de enfermedades cubiertas. Pero también presentan diferencias en sus posiciones respecto a las nuevas propuestas de fondos. Algunos actores, sostienen que, en lugar de evaluar nuevas propuestas, se debe reforzar la función del fondo existente (FISSAL) para mejorar su autonomía y gestión. Otros consideran que la formulación de ambos proyectos de ley carece de rigurosidad técnica, y advierten riesgos en la asignación presupuestal, en las pocas capacidades en la gestión de un fondo de este tipo en el país, así como de la ausencia de mecanismos de supervisión y evaluación que garanticen que tendrá resultados.

Como parte del análisis se tuvo una mirada diferenciada por temporalidad (corto y largo plazo), por las características de la propuesta de los PL. El corto plazo corresponde al periodo inicial de implementación del FAC, caracterizado por la fase de puesta en marcha. En esta etapa se evaluaron los aspectos que podrían afectar la operatividad inmediata del fondo.

² La descripción de la estructura del sistema sanitario peruano y de los agentes que lo integran se detalla en el Anexo A.

Predominaron los costos en términos técnicos, económicos, e incluso, políticos. Estos procesos demandan recursos, y su falta de abordaje puede traducirse en dificultades operativas desde los primeros momentos de la implementación. El largo plazo, en cambio, menciona una etapa posterior y más consolidada, en la cual el fondo se encuentra en operaciones.

También, se estimó el costo de la cobertura mínima que garantizaría la implementación del FAC en el Perú. Se fundamentó en un enfoque de costos ascendentes, calculando el costo unitario asociado a cada variante clínica de las enfermedades consideradas, conforme a las guías clínicas nacionales e internacionales. Para ello, se incorporó el valor de los procedimientos médicos y medicamentos necesarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento durante un año. A partir de esta estimación anual, se proyectó el requerimiento financiero en el largo plazo, con el propósito de dimensionar la sostenibilidad económica del fondo. Dicho ejercicio implicó ajustar los costos unitarios considerando la variación acumulada de la inflación reportada por el INEI, así como la proyección del número de personas que requerirán la cobertura del FAC y los posibles incrementos en los precios de insumos médicos, medicamentos y tratamientos.

Asimismo, se propuso un umbral para el tratamiento integral (medicamentos y procedimientos médicos) de las EAC, ante la ausencia de una metodología preestablecida según la cual se pueda clasificar si una enfermedad es de alto costo en el Perú. Para definir el FUAC, se consideraron cuatro indicadores: (i) el método de cálculo catastrófico propuesto por la OPS (2021), (ii) el método teórico para evaluación económica según Pichon-Riviere, et al. (2021), (iii) la adaptación del umbral para los productos farmacéuticos oncológicos de alto costo establecido por el Minsa, y (iv) la adaptación del umbral de medicamentos de alto costo para las ERH establecido por la misma entidad.

El FUAC se estimó a partir de la mediana³ de los indicadores considerados. Este procedimiento fue validado por un equipo de expertos conformado por una economista con experiencia en el sector y un médico investigador.

³ Se emplea la mediana porque se busca calcular un valor central que presenta propiedades de robustez y sea menos influenciado por valores atípicos o extremos. De esta manera se logra obtener una estimación representativa de la metodología e información existente respecto al alto costo.

Como resultado, se definió un valor de S/40,263 anuales o S/3,355 mensuales, que equivale alrededor de 2,5 el ingreso real promedio per cápita mensual del 2022 en zonas urbanas (INEI, 2023)⁴. Esto significa que un diagnóstico se clasifica como de alto costo cuando el gasto de bolsillo en salud que un hogar debe asumir, debido a que uno de sus integrantes afiliados a una IAFA pública como SIS o EsSalud⁵ recibe dicho diagnóstico, supera el umbral de S/ 3,355 mensuales.

Tabla 2

Estimación anual del FUAC para Perú (en soles)

Indicador	Descripción del indicador	Límite inferior	Límite superior	Mediana	FUAC
OPS	GBS ⁶ > 25%Gasto total del hogar per cápita	7,425		7,425	
Pichón-Riviere et al (2021)	0,5PBI ⁷ _{pc} y 1PBI _{pc}	22,629	45,258	33,943	
Umbral de medicamentos oncológicos (9 UIT)	9UIT ⁸	48,706		48,706	40,263
Umbral de medicamentos ERH	8UIT	46,582		46,582	

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los costos y beneficios de los PL N.º 1378 y N.º 3407 partió del supuesto de que la implementación de un nuevo fondo constituye la única alternativa para responder a las limitaciones del sistema vigente. Por lo que no se consideró la opción de reformar o fortalecer el fondo existente. Asimismo, se asumió que el proceso de reemplazo del FISSAL por el nuevo fondo se desarrollará sin interrumpir la cobertura de los pacientes durante el periodo de transición.

En el corto plazo, se identificaron costos directos asociados principalmente a los esfuerzos técnicos, económicos y políticos que se requerirían para la implementación de la propuesta de nuevo fondo.

⁴ La descripción del cálculo del umbral para enfermedades de alto costo denominado Factor Universal de Alto Costo (FUAC) se presenta en el Anexo B.

⁵ El universo de la evaluación comprende a los hogares con miembros afiliados a las IAFAS públicas, dado que son la población objetivo del fondo.

⁶ GBS: Gasto de bolsillo en salud. La metodología establece que, si un integrante del hogar enfrenta un gasto catastrófico, se considera que todo el hogar resulta afectado, dado que el gasto de bolsillo en salud se asigna de manera equitativa entre sus miembros. En consecuencia, se utiliza este lineamiento como supuesto en la evaluación y el análisis se centra a nivel de hogares.

⁷ PBI_{pc}: Producto bruto interno (PBI) per cápita. El PBI per cápita de Perú en el año 2022 fue de 7,090 USD según el Fondo Monetario Internacional o considerando el tipo de cambio del mismo año, S/. 27,155.

⁸ UIT: Unidad impositiva tributaria. Valor de la UIT del año 2022 es 4,600 soles.

Así, por ejemplo, se identifica que el MEF enfrentaría costos como la formación de un equipo especializado que lleve a cabo el proceso de estructuración del fondo, en conjunto con el Minsa, y con negociaciones con otros actores como EsSalud. De manera similar, las IAFAS públicas asumirían costos indirectos relacionados a la gestión operativa y a la adaptación a nuevos mecanismos de financiamiento. En el caso del SIS, Saludpol y EsSalud asignarían recursos para la coordinación técnica durante el periodo de transición.

En cuanto a los beneficios en el corto plazo, se encuentran menos en comparación a los costos, pero estos apuntan a potenciales mejoras administrativas, que para este tipo de condiciones son un aspecto crítico. Por ejemplo, tanto el PL N° 1378 como el PL N° 3407 proponen la definición de lineamientos y una mayor autonomía para la aprobación de los planes de cobertura, desde el inicio de funcionamiento del fondo.

En el largo plazo, los costos se redireccionarían. Los recursos pasarían de destinarse a atender los retos identificados en el corto plazo, a financiar la gestión de una estructura que asegure la sostenibilidad del fondo⁹. Por ello, se identifican costos en equipos técnicos permanentes especializados en evaluación económica en salud, en gestión financiera del fondo, en comités centrados en la actualización de los lineamientos de cobertura, y en mecanismos de financiamiento complementario.

En cuanto a los beneficios, estos serían directos en diversos actores del sistema sanitario. Por ejemplo, en el largo plazo, los usuarios finales tendrían acceso a servicios especializados y una reducción en la carga financiera generada por las EAC. Las IAFAS, como EsSalud, se beneficiarían de una mayor predictibilidad en el gasto, que fortalecería sus capacidades de planificación financiera y de gestión de recursos. El fondo, según el diseño planteado en los PL, permitiría la administración coordinada de los recursos, reduciendo la incertidumbre y garantizando previsibilidad y sostenibilidad financiera.

Asimismo, las IAFAS de las FFAA y la PNP también podrán optimizar la cobertura para sus afiliados, reduciendo su vulnerabilidad financiera y operacional. En el caso del Minsa, se beneficiaría con un enfoque preventivo y especializado, señalado principalmente en el PL N.º 1378.

⁹ Para este análisis se asumió que el nuevo fondo de alto costo contará con una estructura normativa y técnica que garantice su sostenibilidad.

El proyecto de ley contempla la implementación de intervenciones preventivas articuladas a nivel nacional. También, resalta la incorporación de equipos técnicos en procesos clave como evaluación de tecnologías sanitarias para la atención de cáncer, que conlleva a una especialización en el sector.

Del análisis también se encontró que es poco probable señalar el PL que represente, en balance, mayores beneficios que el otro. El PL N.º 3407 presenta un mayor número de beneficiarios en actores como, el MEF, IAFAS y usuarios, especialmente por su enfoque en la colaboración con el sector privado y la descentralización. Por su parte, el PL N.º 1378 incorpora elementos de prevención y especialización, que pueden traducirse en beneficios a mediano y largo plazo para la gestión y la cobertura del fondo.

Ambos proyectos enfrentan costos similares en la fase inicial, relacionados con la implementación técnica, económica y política. Además, considerando el punto de vista de los actores y la evaluación del equipo técnico de expertos, se concluyó que estas nuevas propuestas de fondo presentarían pocos cambios a nivel técnico o de garantía de un efectivo acceso al tratamiento de una EAC, por el contrario, el cambio es nominal. Por lo que, como resultado de la evaluación se decidió proponer un proyecto de ley unificado que reúna las contribuciones de cada propuesta de ley y las sugerencias de los entrevistados.

2.2. La implementación de un fondo de alto costo en el Perú

Hacer uso del ACB permitió explorar los beneficios y costos, a corto y largo plazo, de implementar un fondo de esta naturaleza en el país. Este enfoque proporcionó evidencia sobre la viabilidad financiera, así como sobre las condiciones institucionales, capacidades de los actores involucrados, y los desafíos intersectoriales que podrían influir en los resultados de su gestión.

El análisis estuvo enriquecido por la inclusión de entrevistas de los actores que forman parte del sistema de salud, como ministros del sector y representantes de pacientes. Este abordaje facilitó la comprensión del efecto diferenciado que tendría el fondo en la estructura de financiamiento y acceso a tratamientos de alto costo según el rol que tienen en la estructura sanitaria. Incorporar el enfoque participativo permitió identificar aspectos prácticos y desafíos que los actores que se encuentran en esos espacios los conocen y que pocas veces son reflejados en los análisis técnicos.

Algunos ejemplos son los siguientes: la necesidad de reforzar capacidades técnicas para la gestión de un fondo de segundo piso, los retos en la coordinación

entre las IAFAS públicas, o la importancia de la autonomía en su gestión para reducir el riesgo de instrumentalización política.

Otro punto que destacar es, la revisión de los efectos, en términos de costos como beneficios, considerando una mirada de corto plazo y largo plazo. En principio, porque permite revisar la asignación de los recursos y posibles riesgos que pueden surgir desde el inicio de la implementación. Complementariamente, la mirada a largo plazo es clave para evaluar la sostenibilidad financiera, básico en un contexto como el peruano en el que se evidencia la reducción del financiamiento a programas esenciales sin una justificación técnica. Además, en sectores como salud se requieren inversiones de largo plazo para evidenciar los impactos de medidas como las de un FAC.

Sin embargo, el análisis a largo plazo impone ciertos desafíos como la incertidumbre y constantes cambios políticos y económicos, que se están evidenciando a nivel de gestión pública. Los cuales pueden afectar la continuidad y asignación presupuestaria a fondos como el FAC, dado que el financiamiento puede variar según el gobierno de turno. A esto se suman, los cambios demográficos, la evolución de las enfermedades de alto costo y la innovación en salud, factores que influyen en el análisis de la sostenibilidad del fondo.

En el estudio también se formuló un umbral, conocido como FUAC, para definir qué tratamientos deben ser financiados por el FAC. Este es un punto clave cuando se aborda el alto costo porque permite tener un criterio numérico específico para identificar qué enfermedad o tratamiento es de alto costo o no, y es un factor que otros países de la región como Chile fue pionero en reglamentar.

La propuesta de “FUAC peruano” representa un umbral que determinará cuándo el gasto en salud puede generar empobrecimiento en el grupo familiar. Esta propuesta se diferencia de los umbrales de alto costo promulgados por el Minsa. El planteamiento del gobierno se centra principalmente en la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) y, hasta la fecha, carece de una explicación. Definir el FUAC según la UIT resulta limitado para evaluar la capacidad de las familias para absorber gastos elevados en salud sin comprometer su bienestar. El principal riesgo de ello es que se subestime el impacto financiero que los gastos en salud pueden tener sobre los hogares y, en consecuencia, la protección financiera y el acceso a tratamientos para EAC estarían poco garantizados.

Por otro lado, al tratarse de medicamentos para enfermedades de baja prevalencia, se evidencia una dinámica propia de un mercado monopólico, debido al régimen de patente que protege a estos productos. Los laboratorios poseen los derechos de las patentes y, por ende, tienen la facultad para definir el precio y la disponibilidad de los medicamentos. Ese monopolio se traduce, frecuentemente, en precios que superan a los que se darían bajo condiciones de un mercado con competencia. Frente a esta situación, si bien el gobierno tiene la posibilidad de negociar precios más favorables al agrupar la demanda nacional, o a través de mecanismos multilaterales y alianzas regionales para compras conjuntas, el éxito de estas estrategias depende de la voluntad política, la cual hasta ahora no se ha manifestado (Salud con Lupa, 2024).

Asimismo, este panorama genera el riesgo de que los sistemas de salud pública prioricen otros medicamentos para enfermedades más comunes y de mayor prevalencia, descuidando la atención de los pacientes con enfermedades menos frecuentes. Paralelamente, las farmacéuticas podrían optar por desarrollar medicamentos para enfermedades de alto costo a precios rentables, aun cuando estos no ofrezcan beneficios clínicos para los pacientes (Terlizzi, 2015). Es decir, los sistemas de salud podrían estar incentivados a destinar recursos a tratamientos que benefician a un mayor número de personas, dado que tienen un costo más bajo por paciente, o, por el lado de la oferta, a esta industria le resultaría atractivo producir y comercializar medicamentos de alto costo a menor valor, pero sin los resultados clínicos que un medicamento del valor establecido los tendría. Estos riesgos ponen en evidencia las limitaciones de fundamentar las decisiones en salud únicamente en criterios económicos. Por tanto, resulta crucial reconocer que esta perspectiva plantea serias cuestiones en materia de acceso equitativo a la salud, en particular en países de bajos y medianos ingresos como el Perú.

Otro aspecto que debe ser evaluado para entender la implementación del fondo es la sensibilidad de la demanda de medicamentos de alto costo. En este caso, dado que las enfermedades son críticas y requieren atención inmediata, la demanda de estos medicamentos tiende a ser inelástica frente a variaciones en el precio, incluso cuando este sea elevado, ya que los pacientes y sus familias no disponen de otra alternativa. Esta dinámica refuerza el poder de mercado de las compañías farmacéuticas. Por lo que, dentro del análisis de cada PL también se debe examinar el aspecto regulatorio sobre propiedad intelectual y patentes.

Por último, considero que, como parte de las recomendaciones finales, se deben explorar mecanismos de negociación estratégica o de cooperación internacional. En el sector existen iniciativas exitosas como BeNeLuxA, un acuerdo de colaboración conformado por Bélgica, Holanda, Austria, Luxemburgo e Irlanda, que negocia en conjunto las terapias de las enfermedades raras con la industria farmacéutica. Aunque se trata de países europeos, según el Banco Interamericano de Desarrollo (2023), en América Latina, lo que hace falta es que un conjunto de países asuma el liderazgo con determinación para concretar este tipo de alianzas.



Conclusiones

Para concluir, consideré valiosa esta experiencia para ser sistematizada por el análisis integral que implicó realizar la evaluación de un fondo de este tipo. A través de cada sección se pudo evidenciar la suma de aspectos que resaltan la complejidad de una medida centrada en enfermedades de alto costo y la pertinencia de un análisis que incorpore más allá de la mirada económica. Las decisiones basadas solo en aspectos económicos podrían conllevar a perpetuar las inequidades en la atención de la salud que aquejan actualmente a millones de peruanos.

Destaco la propuesta de un FUAC para el contexto peruano. Este umbral que determina si un diagnóstico y tratamiento es de alto costo, definido en /. 40,263 soles anuales, correspondiente a 10,825 USD anuales, y que equivale a S/. 3,355 soles mensuales, significa un aporte metodológico para el campo de la Economía de la salud. La formulación de este factor proporciona una base cuantitativa que puede ser usado para el debate de la planificación financiera y la gestión de casos en las instituciones de salud.

Finalmente, el trabajo realizado aporta evidencia para la toma de decisiones en materia de política pública del sector salud. Ejercicio necesario considerando que para el posible funcionamiento del fondo se requiere una significativa inversión y la sostenibilidad de esta en el largo plazo, el involucramiento de los actores del sistema de salud desde el ente rector (Minsa) hasta los pacientes y, voluntad política.

Así, se podrían mitigar las desigualdades preexistentes en el acceso a un tratamiento de alto costo oportuno y la reducción de gastos que empobrecerían a las familias, dado los elevados precios que implican enfermedades como el cáncer o las enfermedades raras y huérfanas. Lo que, a su vez, fomenta, tanto en el corto como en el largo plazo, un capital humano más robusto. Dado que menos gasto de bolsillo en salud, puede conducir a una mayor inversión en educación, vivienda u otros activos.

Referencias bibliográficas

- Adato, M. (2011). *Combining quantitative and qualitative methods for program monitoring and evaluation : why are mixed- method designs best?* Washington, DC: World Bank. Obtenido de <http://documents.worldbank.org/curated/en/633721468349812987>
- Bamberger, M. (2012). *Introduction to mixed methods in impact evaluation* (Vol. 3).
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *5 países se agrupan para negociar los precios de medicamentos de alto costo. ¿Qué podemos aprender?* (U. Giedion, & L. Bettati, Editores) Recuperado el 22 de 05 de 2025, de <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-paises-se-agrupan-para-negociar-los-precios-de-medicamentos-de-alto-costo-que-podemos-aprender/>
- Congreso de la República del Perú. (2002). Ley N° 27656 - Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Diario Oficial El Peruano.
- Dahler-Larsen, P. (2022). The practical utility of mixed methods: An empirical study. *Journal of Mixed Methods Research*, 7(2), 187-208. doi:<https://doi.org/10.1177/15586898211057359>
- Ferlay, E., Lam, L., Colombet, M., Piñeros, Z., & Soerjomataram, B. F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Obtenido de <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf>
- Greene, J. (2015). The Emergence of Mixing Methods in the. *Qualitative Health Research*, 1-5.
- Gutiérrez, F. (10 de noviembre de 2024). *Congreso: Pacientes con enfermedades raras exigen mayor presupuesto y una mejor distribución en el Perú*. Obtenido de Infobae: <https://www.infobae.com/peru/2024/11/19/congreso-pacientes-con-enfermedades-raras-exigen-mayor-presupuesto-y-una-mejor-distribucion-en-el-peru/>
- INEI. (2023). *Evolución de la Pobreza Monetaria 2011 - 2022*. Informe Técnico, Lima.
- INFORHUS. (2021). *Dirección General de Personal de la Salud*. Recuperado el 5 de Marzo de 2023, de <http://digep.minsa.gob.pe/bdatos.html>
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. doi:<https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>
- Londoño, J., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2024). Presupuesto 2025. Recuperado el 24 de Marzo de 2025, de https://www.mef.gob.pe/pl-guia-presupuesto-publico-2025/presentacion_guia2025.pdf
- Ministerio de Salud. (2012). Cobertura del FISSAL. Ministerio de Salud del Perú.

- Ministerio de Salud. (2022a). *Resolución Ministerial N° 109-2022-MINSA*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2771953-109-2022-minsa>
- Ministerio de Salud. (2022b). *Resolución Ministerial N° 964-2022-MINSA*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3690221-964-2022-minsa>
- Minsa. (2018). *Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer 2020-2024*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Métodos para medir el gasto catastrófico y empobrecedor*. Washington, D.C. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275323823>
- Pichon-Riviere, A., Drummond, M., García, S., & Augustovski, F. (2021). *Aplicación de la evidencia económica en la evaluación de tecnologías sanitarias y la toma de decisiones sobre asignación de recursos sanitarios en América Latina*. Washington DC: BID.
- Salud con Lupa. (01 de julio de 2024). *La escasez de medicinas revela la peor crisis en la central de compras del Minsa*. Recuperado el 20 de agosto de 2025, de <https://saludconlupa.com/noticias/la-escasez-de-medicinas-revela-la-peor-crisis-en-la-central-de-compras-del-minsa/>
- Terlizzi, M. S. (2015). Propiedad intelectual y acceso a medicamentos de alto costo. *Revista de Bioética*, 6(2), 121-138. Obtenido de <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art9-Terlizzi-Revista12.pdf>

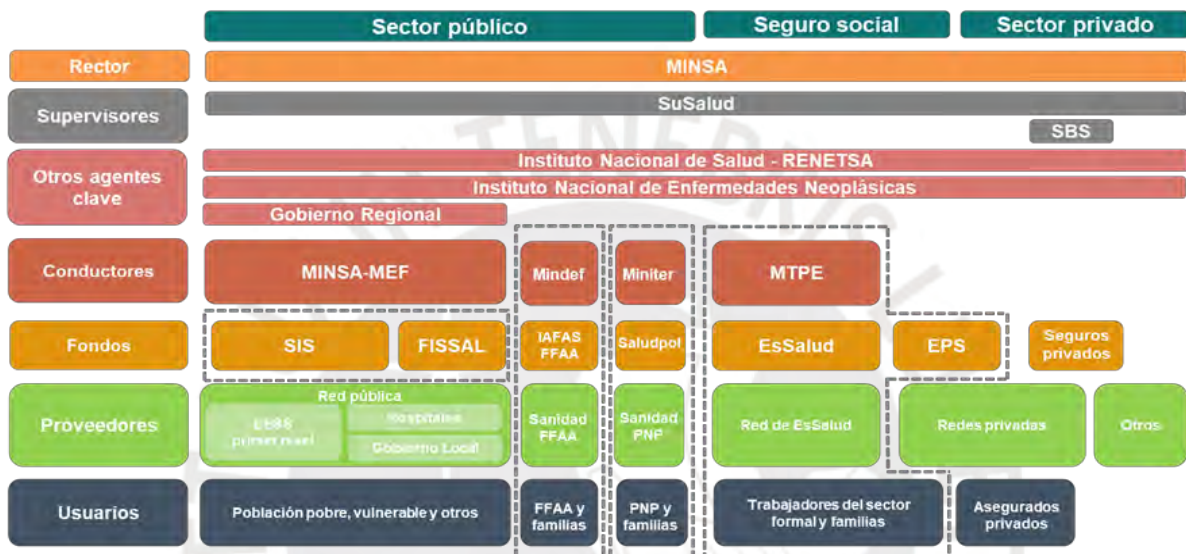
Anexos

Anexo A: Definición de la estructura del sistema de salud peruano

En el equipo de salud de Videnza Consultores se identificó la siguiente estructura para el sistema de salud del Perú. Este análisis se basa en Londoño y Frenk (1997), quienes sostienen que los agentes del sistema de salud se pueden clasificar según sus respectivos roles.

Gráfico 1

Estructura del sistema de salud peruano



Fuente: Videnza Consultores, sf.

Anexo B: Definición del Factor Universal de Alto Costo (FUAC) para el Perú

En el caso peruano no se encuentra una metodología preestablecida según la cual se pueda clasificar si una enfermedad es de alto costo. Sin embargo, se han publicado dos resoluciones ministeriales que definen un umbral para las medicinas de alto costo.

La Resolución Ministerial N° 109-2022/Minsa aprueba la Directiva que determina el umbral de medicamentos de alto costo para las enfermedades raras o huérfanas (ERH) en 8 Unidades Impositivas Tributarias (UIT)¹⁰, es decir, 36,800 soles anuales (9,608 USD¹¹). Monto que será actualizado cada dos años (Ministerio de Salud, 2022a).

¹⁰ Valor de la UIT del año 2022 es 4,600 soles.

¹¹ Para el cálculo se utilizará el tipo de cambio correspondiente al año 2022, el cual fue equivalente a S/. 3,83 según el reporte del Banco Central de Reserva del Perú.

Asimismo, la Resolución Ministerial N° 964-2022/Minsa establece en 9 UIT el umbral para los productos farmacéuticos oncológicos de alto costo, que equivale a 41,400 soles anuales (10,809 USD). Este monto ha sido fijado según el gasto anual que enfrenta un paciente con este diagnóstico y deberá ser actualizado, como máximo, cada 2 años, a propuesta de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, previa conformidad del Despacho Viceministerial de Salud Pública (Ministerio de Salud, 2022b).

En base a lo mencionado anteriormente, se estima un umbral para el tratamiento integral (medicamentos y procedimientos médicos) de las EAC. Para llevar a cabo esta estimación, se toman en consideración cuatro indicadores.

El primer indicador, se refiere al método del cálculo catastrófico de la OPS. Define el gasto catastrófico en salud como el gasto de bolsillo en salud igual o superior a 25% del gasto total del hogar per cápita. Además, esta metodología precisa que, si un integrante de hogar incurre en este tipo de gasto, se considera que todo el hogar lo hace, dado que el gasto de bolsillo en salud se asigna de manera equitativa entre ellos. Es así como siguiendo estos lineamientos, se utiliza el valor de gasto real promedio per cápita mensual para el año 2022 calculado por el INEI (2023), que asciende a 825 soles, en términos anuales 9,900 y cuyo 25%, se establece como monto de gasto catastrófico para un hogar peruano 7,425 soles anuales (1,939 USD).

El segundo indicador es el método teórico para una evaluación económica en salud según Pichon-Riviere, et al. (2021), que define un umbral entre 0,5 y 1 Producto bruto interno (PBI) per cápita¹², en base al costo de oportunidad de las tecnologías desplazadas. Luego, se aplica un factor de ajuste dividiendo entre 0.6, dado que las tecnologías sanitarias representan alrededor del 60% del costo total del tratamiento. De esta manera, el límite inferior es S/ 22,629 anuales y S/ 45,258 anuales como límite superior.

El tercer indicador es el umbral que se obtiene a partir del umbral para los productos farmacéuticos oncológicos de alto costo establecido en 9 UIT¹³, equivalente a S/41,400 anuales y se aplicó el factor de ajuste escalable a costo integral de tratamiento¹⁴. Por último, el cuarto indicador se obtiene del umbral de medicamentos

¹² El PBI per cápita de Perú en el año 2022 fue de 7,090 USD según el Fondo Monetario Internacional o considerando el tipo de cambio S/. 27,155.

¹³ RM N° 964-2022-Minsa (Ministerio de Salud, 2022b).

¹⁴ De acuerdo con las estimaciones del requerimiento financiero, los productos farmacéuticos representan el 85% del costo de tratamiento de cáncer. Este es el factor de ajuste para escalar

de alto costo para las ERH definido en 8 UIT, es decir, S/ 36,800 anuales, el cual también se escaló a costo integral mediante un factor de ajuste¹⁵.



el umbral establecido a tratamiento integral.

¹⁵ De acuerdo con las estimaciones del requerimiento financiero, los productos farmacéuticos representan el 79% del costo de tratamiento de ERH. Este es el factor de ajuste para escalar el umbral establecido a tratamiento integral.