Proyecto de Ley N°...8431 / 2023-CR

CONGRESO de la REPÚBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
19 JUL. 2024
RECIBIDO
Firma: Hora: 10:40

LADY MERCEDES CAMONES SORIANO

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PROYECTO DE LEY QUE CREA LA CUENTA DE RECURSOS DE ALTO COSTO EN SALUD (CURESALUD)

El Grupo Parlamentario **ALIANZA PARA EL PROGRESO** a iniciativa de la congresista **LADY MERCEDES CAMONES SORIANO**, en uso de las facultades conferidas por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y en el inciso c) del Artículo 22°, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE CREA Y REGULA LA CUENTA DE RECURSOS DE ALTO COSTO EN SALUD (CURESALUD)

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. – Objeto de la Ley
La presente ley tiene por objeto crear la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) y establecer el marco normativo que regula su naturaleza jurídica, funcionamiento y estructura orgánica con la finalidad de eliminar progresivamente los gastos catastróficos en salud derivados de diagnósticos y tratamientos de alto costo.

CAPÍTULO II
CREACIÓN, FINALIDAD, NATURALEZA Y FUNCIONES GENERALES DE LA CUENTA DE RECURSOS DE ALTO COSTO EN SALUD

Artículo 2. – Creación y finalidad
Créase la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) con la finalidad de concentrar y gestionar recursos para el financiamiento efectivo de bienes y servicios de salud de alto costo.

Artículo 3. – Naturaleza jurídica
3.1 La Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) es una persona jurídica de derecho público interno de ámbito nacional y cuenta con autonomía administrativa, económica y financiera. Se encuentra bajo la rectoría del Ministerio de Salud.
3.2 La CURESALUD no se constituye como entidad pública, sino que se rige por lo establecido en la presente norma y de manera subsidiaria por las normas del Código Civil y la Ley General de Sociedad. Las actividades comerciales, incluyendo las actividades de inversión, se rigen exclusivamente por el Código Civil y demás normas del sector privado.

Excepcionalmente, y para garantizar su adecuada defensa y control, la CURESALUD se rige por las normas del Sistema Administrativo de Defensa Jurídica del Estado y por las normas del Sistema Nacional de Control. El Ministerio de Salud emite los lineamientos necesarios para la buena defensa y control de la CURESALUD. Asimismo, la CURESALUD es supervisada por la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP dentro del marco de las competencias de ambas entidades.

Artículo 4. – Funciones generales

La Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) tiene las siguientes funciones generales:

a) Financiar bienes y servicios de salud de alto costo, para lo cual suscribe convenios de reaseguro con Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).
b) Administrar sus bienes y los que adquiera por cualquier título o modalidad, incluyendo invertir sus recursos en instrumentos, operaciones y contratos a efectos de obtener rentabilidad.
c) Proponer a los diferentes niveles de gobierno y a las distintas IAFAS proyectos relativos al financiamiento de bienes y servicios de alto costo en salud, para cuyo caso puede suscribir convenios y contratos.
d) Participar en procesos de adquisición de bienes y servicios a efectos de optimizar la gestión de recursos, incluyendo realizar adquisiciones a través de mecanismos diferenciados de adquisición.
e) Las demás funciones necesarias para el cumplimiento de su finalidad.

CAPÍTULO III
FUNCIONAMIENTO DE LA CUENTA DE RECURSOS DE ALTO COSO EN SALUD

Artículo 5. – Funcionamiento

5.1 La Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) suscribe convenios de reaseguro con Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) en función de los cuales cada IAFAS paga una prima a fin de acceder a la protección establecida en el Plan de Cobertura.

5.2 Las primas que recibe la CURESALUD se concentran en un fondo mancomunado e intangible. La CURESALUD transfiere a las IAFAS los montos correspondientes a los gastos en los que estas hayan incurrido para cubrir bienes y servicios de alto costo, según lo establecido en el Plan de Cobertura.

5.3 La suscripción de convenios de reaseguro es obligatoria para las IAFAS públicas en los términos establecidos por la CURESALUD. La suscripción de convenios de reaseguro es voluntaria para las demás IAFAS.

Artículo 6. – Plan de Cobertura

6.1 El Plan de Cobertura contiene los bienes y servicios cubiertos, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) donde aplicará la cobertura de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD). El Plan de Cobertura se actualizará cada 2 años.
6.2 Los bienes y servicios de alto costo cubiertos y las IPRESS y UGIPRESS donde se aplicará la cobertura son determinados por la CURESALUD en función al umbral de alto costo en salud que establecerá el Ministerio de Salud.
6.3 Los bienes y servicios de alto costo cubiertos deben ser de calidad. Para estos efectos, se priorizarán los bienes y servicios que cuenten con guías de prácticas clínicas o, en general, evidencia científica favorable, así como aquellos bienes y servicios que hayan pasado evaluación de tecnologías sanitarias multicriterio y transparentes.
6.4 Las IPRESS y las UGIPRESS donde se aplicará la cobertura deben garantizar un estándar mínimo de calidad. Excepcionalmente el Plan de Cobertura podrá ser aplicado en IPRESS y UGIPRESS no contempladas en el Plan de Cobertura, incluyendo establecimientos de salud ubicados fuera del país.
6.5 El umbral de alto costo en salud se aprueba por Resolución Ministerial del Ministerio de Salud previa opinión del Ministerio de Economía y Finanzas. El umbral se actualiza como mínimo cada 3 años o contiene una fórmula para su actualización.

CAPÍTULO IV
ORGANIZACIÓN DE LA CUENTA DE RECURSOS DE ALTO COSTO EN SALUD

Artículo 7. – Estructura orgánica
La estructura orgánica mínima necesaria de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) para el cumplimiento de su finalidad es la siguiente:
a) El Directorio.
b) La Gerencia General.
El Estatuto de la CURESALUD podrá establecer otros órganos.

Artículo 8. – Conformación del Directorio
8.1 El Directorio está integrado por 7 miembros:
a) Un miembro designado por el Ministerio de Salud, quien lo preside.
b) Un miembro designado por el Ministerio de Economía y Finanzas.
c) Un miembro designado por el Seguro Integral de Salud (SIS).
d) Un miembro designado por el Seguro Social de Salud - EsSalud.
e) Un miembro designado por las IAFAS de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú.
f) Dos representantes de organizaciones de pacientes.

8.2 La designación y remoción de los miembros del Directorio son de libre decisión. Ningún miembro del Directorio podrá serlo por más de 5 años. No podrán ser miembros del

Directorio los incapaces conforme al Código Civil, los que hubiesen sido condenados por delito doloso, los directores o gerentes de las instituciones del Sistema de Salud a quienes la Contraloría General de la República hubiese sancionado y los que participen, directa o indirectamente, en una proporción mayor al cinco por ciento, en el capital o el patrimonio de una institución financiera.

8.3 El procedimiento de designación y remoción correspondientes al Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Seguro Integral de Salud y el Seguro Social de Salud lo determinará cada institución. El procedimiento de designación y remoción correspondientes a las IAFAS de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú y los representantes de organizaciones de pacientes será determinado por el Ministerio de Salud a través de Resolución Ministerial.

8.4 El Directorio sesiona por lo menos dos veces al año. Los miembros del Directorio perciben dieta por cada sesión a la que asisten. Los pagos se realizan con los recursos de la CURESALUD. El monto lo determina el Ministerio de Salud a través de Resolución Ministerial.

8.5 El cuórum para las sesiones del Directorio es de 5 miembros. Los acuerdos se adoptan por mayoría simple del número de miembros asistentes, salvo disposición legal o estatutaria en contrario. En caso de empate el Presidente ejerce su voto dirimente.

Artículo 9. – Funciones del Directorio

El Directorio es el máximo órgano de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) y tiene las siguientes funciones:

a) Aprobar el Estatuto de la CURESALUD y cualquier modificación, para lo cual se requiere contar con el voto de 5 miembros.
b) Aprobar el Plan de Cobertura, incluyendo cuáles serán los bienes y servicios cubiertos, así como el listado de IPRESS y UGIPRESS donde se aplicará la cobertura, para lo cual se requiere contar con el voto de 5 miembros.
c) Aprobar la designación o remoción del Gerente General, así como designar o cesar a trabajadores en los puestos calificados de confianza, para lo cual se requiere contar con el voto de 5 miembros.
d) Aprobar los lineamientos para las transferencias, las cuales podrán ser prospectivas, retrospectivas, por capitación, por desempeño, entre otros.
e) Aprobar el presupuesto anual, el balance general, los estados financieros y la memoria anual de la CURESALUD.
f) Aprobar la realización de diagnósticos, estudios situacionales e investigaciones relacionadas con la finalidad de la CURESALUD.
g) Aprobar los planes, programas y demás documentos necesarios para la gestión de la institución.
h) Aprobar la política de inversiones.
i) Todas las demás funciones necesarias para el cumplimiento de los fines de la CURESALUD.

Artículo 10. – Funciones de la Gerencia General

10.1 La Gerencia General es el órgano ejecutor de los acuerdos y decisiones que adopta el Directorio de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD). Está a cargo de un Gerente General designado por el Directorio por un periodo de 4 años renovable según desempeño.

10.2 El Gerente General es el representante legal de la CURESALUD y máxima autoridad administrativa de la CURESALUD.

10.3 El Gerente General tiene las siguientes funciones:

a) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos del Directorio.
b) Proponer al Directorio los planes, programas y demás documentos necesarios para la gestión de la institución, incluyendo el Plan de Cobertura.
c) Participar en las sesiones del Directorio, con voz y sin voto.
d) Suscribir contratos y todo tipo de documentos de su competencia, necesarios para buena marcha de la institución.
e) Ejercer las demás funciones que le asigne el Directorio, así como la normativa vigente.

CAPÍTULO V
RÉGIMEN ECONÓMICO Y PATRIMONIAL

Artículo 11. – Recursos de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud

11.1 Los recursos de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) son intangibles, ninguna autoridad puede disponer medidas cautelares ni de ejecución sobre ellos.

11.2 Los recursos de la CURESALUD son los siguientes:

a) Las primas que pagan las IAFAS por el Plan de Cobertura, las cuales se calculan a efectos de cubrir el Plan de Cobertura de la CURESALUD de manera sostenible.
b) Los resultados de colocaciones e inversiones en mercados nacionales e internacionales.
c) Las subvenciones, donaciones y herencias a favor.
d) Las campañas de recaudación voluntaria en el ámbito local, regional o nacional.
e) Los saldos no ejecutados del presupuesto asignado para compra de tecnologías sanitarias.
f) Todo otro recurso que perciba legalmente.

11.3 Al finalizar el año fiscal, los recursos de la CURESALUD no retornan al Tesoro Público, son reinvertidos.

Artículo 12. – Uso de recursos

12.1 Los recursos de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) se utilizan para los fines establecidos para la CURESALUD y últimamente contribuyen a la protección financiera de las personas que requieren bienes y servicios de alto costo en salud.

12.2 La CURESALUD está expresamente facultada a destinar recursos para la prevención de enfermedades vinculadas a los bienes y servicios de alto costo en salud y para la adquisición directa de servicios sanitarios, dispositivos médicos y productos farmacéuticos, para lo cual la CURESALUD podrá usar mecanismos diferenciados de adquisición.
12.3 La CURESALUD destina un máximo de 25% de sus recursos para gastos administrativos.

Artículo 13. – Patrimonio
El patrimonio de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) está constituido por los bienes muebles e inmuebles bajo su dominio mediante cualquier medio, título o concepto legalmente válidos.

CAPÍTULO VI
DEFENSA JURÍDICA, ÓRGANO DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

Artículo 14. – Defensa Jurídica de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud
La defensa jurídica de los intereses de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) la ejerce la Procuraduría Pública del Ministerio de Salud, conforme a la normativa aplicable.

Artículo 15. – Órgano de Control Institucional
15.1 Las acciones de control de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) corresponde a su Órgano de Control Institucional, y se enmarca en la normativa emitida por la Contraloría General de la República.
15.2 Los estados financieros de la CURESALUD son auditados anualmente por auditores externos independientes designados por el Directorio, conforme lo dispone la Ley General de Sociedades, en base a concurso.

Artículo 16. – Régimen Disciplinario
16.1 El régimen disciplinario está orientado a velar por la observancia de los deberes y obligaciones de los miembros del Directorio, el Gerente General y los trabajadores de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD), quienes responden disciplinariamente por los actos y omisiones incurridos en ejercicio de sus funciones. El régimen disciplinario se aprueba por Decreto Supremo refrendado por el Ministerio de Salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. – Estatuto
Todo lo no previsto en la presente ley podrá ser desarrollado en el Estatuto.

Segunda. – Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta aquellas disposiciones que lo requieren en un plazo no mayor de 60 días contados a partir de la publicación de la ley.

Tercera. – Interoperabilidad de atenciones de salud
El Ministerio de Salud establece lineamientos para facilitar la interoperabilidad de las atenciones en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Perú (IPRESS) y las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Perú (UGIPRESS).

Cuarta. – Adecuación
El plazo para la adecuación interna a la presente norma por parte de las entidades involucradas es de 120 días calendario, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. La adecuación incluye la actualización de estados actuariales por parte de las IAFAS públicas.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera. – Comisión Estatutaria
1.1 Créase una Comisión Estatutaria a efectos de elaborar y aprobar el primer Estatuto de la CURESALUD. La Comisión Estatutaria estará conformada por 14 miembros:
a) Tres representantes del Ministerio de Salud.
b) Dos representantes del Ministerio de Economía y Finanzas.
c) Dos representantes del Seguro Integral de Salud.
d) Dos representantes de EsSalud.
e) Un representante de SALUDPOL.
f) Un representante de IAFAS FOSMAR.
g) Un representante de IAFAS EP.
h) Un representante de IAFAS FAP.
i) Un representante de la Federación Peruana de Enfermedades Raras y Huérfanas – FEPER.
1.2 El Ministerio de Salud se encargará de la gestión administrativa y secretaría técnica de la Comisión Estatutaria.
1.3 La Comisión Estatutaria se instala dentro de los 30 días de la entrada en vigencia de la presente ley y aprueba el primer Estatuto de la CURESALUD en un plazo no mayor de 180 días calendario contados a partir de su instalación.
1.4 La Comisión Estatutaria está facultada para aprobar otras disposiciones tendientes a garantizar el inicio de operaciones fluido de la CURESALUD a efectos de evitar un impacto negativo en los afiliados de las IAFAS reaseguradas.

Segunda. – Desactivación del Fondo Intangible Solidario de Salud
2.1 La Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) inicia sus operaciones con los recursos correspondientes al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Para

estos efectos, el FISSAL cesará sus operaciones y quedará desactivado una vez que la CURESALUD inicie sus operaciones.

2.2 El Ministerio de Salud elaborará y aprobará los términos del cese del FISSAL y subsecuente inicio de CURESALUD.

2.3 Mientras la CURESALUD no inicie sus operaciones, el FISSAL deberá cubrir a sus afiliados regularmente. Todas las prestaciones cubiertas por el FISSAL que no serán cubiertas por la CURESALUD serán asumidas por la IAFAS de primer piso. En ningún caso una prestación cubierta por el FISSAL que no es cubierta por la CURESALUD quedará desatendida.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única. – Derogación

Deróguense los artículos 10, 11, 12, 13 y 14 de la Ley 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, así como el artículo 2.3 y 11 del Decreto Legislativo 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, así como sus normas reglamentarias y complementarias que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: JULON IRIGOIN Elva Edhit FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/07/2024 16:28:25-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CAMONES SORIANO Lady Mercedes FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/07/2024 14:02:59-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: SALHUANA CAVIDES Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/07/2024 14:56:14-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: RUIZ RODRIGUEZ Magaly Rosmery FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/07/2024 16:51:35-0500

Firmado digitalmente por: SALHUANA CAVIDES Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/07/2024 14:56:29-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: SOTO REYES Alejandro FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/07/2024 14:57:08-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ACUÑA PERALTA Maria Grimaneza FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/07/2024 16:52:42-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GARCIA CORREA Idelso Manuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/07/2024 09:43:44-0500

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **19** de **JULIO** de **2024**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 8431/2023-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

1. **ECONOMÍA, BANCA, FINANZAS E INTELIGENCIA FINANCIERA; Y**
2. **SALUD Y POBLACIÓN.**

GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

El sistema de salud peruano se ha desarrollado sin una planificación adecuada que le haya permitido minimizar las deficiencias y optimizar los recursos humanos y presupuestales. Por el contrario, existe un desorden tal que se requerirá de un gran esfuerzo y voluntad política para que se pueda reformar y reencausar técnicamente. Actualmente, no se aprecia ningún esfuerzo orientado a corregir las deficiencias estructurales en nuestro sistema de salud, lo que nos lleva a inferir que, al menos en el corto y mediano plazo no será posible observar cambios.

Uno de los grandes problemas de nuestro sistema de salud es la fragmentación y la segmentación. Esta problemática ha sido analizada en sus diversas aristas, identificándose sus características principales.[1] Se dice que el sistema de salud en el Perú es segmentado porque existen varios sectores que financian y son responsables de la gestión y operación; en este caso, el Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Trabajo y los operadores privados.

Esta situación genera múltiples problemas con incidencia en diferentes aspectos de la prestación del servicio de salud en las instituciones encargadas de brindarlo conocidas como IPRESS. A causa de esto, por ejemplo, existe duplicidad de esfuerzos, no existe una visión unificada de lo que se debe hacer para resolver los problemas; o dicho de otra manera, cada sector resuelve de forma diferente problemas comunes. De otro lado, tenemos también que nuestro sistema es fragmentado, es decir, que existen gestiones, acciones y estrategias incomunicadas y sin retroalimentación, que funcionan de forma paralela y evidentemente con objetivos distintos. La atención no articulada entre las unidades operativas del mismo sector es una de las características de la fragmentación.

En esta realidad de por si compleja, problemática y deficiente, surge otra necesidad apremiante y que a la fecha no ha sido posible dar una respuesta satisfactoria. Nos estamos refiriendo a la respuesta que debe dar el Estado en el campo de la salud, al tratamiento de las enfermedades de alto costo que actualmente, en un número muy alto, están siendo desatendidas por nuestro sistema de salud.

---

1 https://saluddesdelaotraorillas.com/2020/07/30/la-segmentacion-y-la-fragmentacion-de-los-servicios-de-salud/#:~:text=Los%20sistemas%20fragmentados%20de%20atenci%C3%B3n,atenci%C3%B3n%20continuada%20a%20la%20poblaci%C3%B3n.

En el año 2002 a través de la Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, se crea un fondo para favorecer el acceso a prestaciones de salud de calidad a la población que no recibe este servicio, conocido como FISSAL. En su norma de creación se establece que sus recursos son intangibles y no pueden ser utilizados más que para brindar prestaciones de salud de calidad a la población excluida. En relación a sus recursos se indica que están compuestos por las i) donaciones y otras contribuciones no reembolsables de los gobiernos, organismos internacionales fundaciones y otros, ii) aportes de instituciones públicas y privadas, iii) aportes de personas naturales, y, iv) ingresos financieros que genere la administración de sus propios recursos.

El año 2011 se promulga la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, en cuyo artículo 10 se dispone la creación de la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL, cuyo fin es financiar la atención de enfermedades de alto costo de atención, así como la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas. Asimismo, se establece que el FISSAL se constituye en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS.

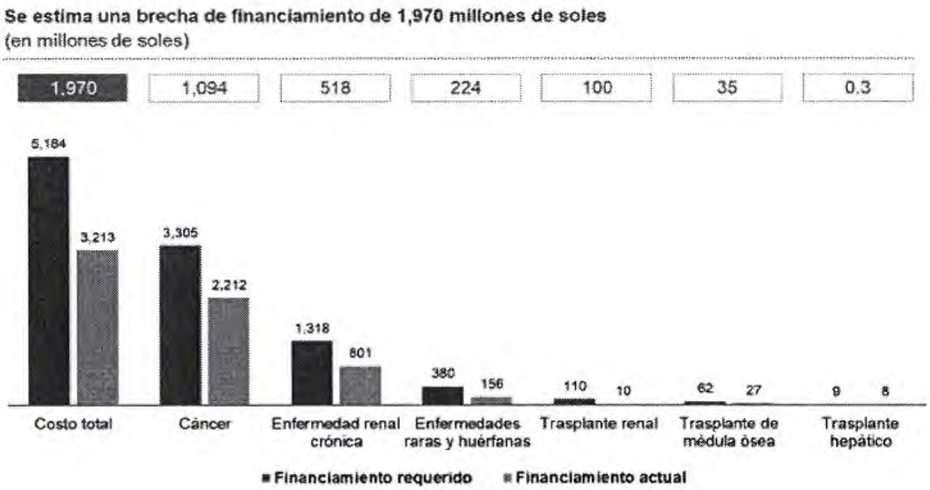
En esta Ley, se indica que son recursos del Fondo i) créditos presupuestarios destinados al FISSAL, ii) ingresos por venta de planes de aseguramiento de enfermedades de alto costo, iii) transferencias de recursos del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y gobiernos regionales, iv) donaciones, y, v) otros ingresos asignados por leyes. Estos recursos solo pueden ser utilizados en i) los gastos generados por la atención de las enfermedades de alto costo de los regímenes subsidiado y semicontributivo, y, ii) los planes de aseguramiento, con los ingresos que se perciban por su venta.

En 2013 el Ejecutivo promulga y publica el Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, mediante el cual se precisa como facultad del FISSAL, financiar las atenciones de las enfermedades alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas; asimismo, establecer convenios con otras IAFAS públicas a cargo de sus propios presupuestos, para gestionar el uso de recursos dirigidos a brindar prestaciones de alto costo a los asegurados de dichas IAFAS públicas.

La creación de un Fondo y luego convertirlo en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS para cubrir exclusivamente el costo de las enfermedades de alto costo y luego las enfermedades raras y huérfanas, fue acertada como punto de partida; con el paso del tiempo han surgido problemas que impiden que tenga un funcionamiento eficaz, además de replicarse en este campo los viejos problemas que padece nuestro sistema de salud en general.

Como tenía que ocurrir, tal como pasa con todo nuestro sistema de salud, el financiamiento de la atención de las enfermedades de alto costo y de las raras y huérfanas en el Perú está altamente segmentado y fragmentado. Por el lado del Seguro Integral de Salud – SIS, el financiamiento se ve a través del Fondo Intangible Solidario de Salud -FISSAL. Por el lado de EsSalud y las demás IAFAS públicas (SALUDPOL, IAFAS-FOSMAR, IAFAS EP y IAFAS FAP), las enfermedades de alto costo y las raras y huérfanas se atienden dentro del esquema general de cada una de las IAFAS. Esto última genera, en los hechos, que la cobertura de la atención de este tipo de enfermedades sea muy deficiente y, en otros casos, probablemente no se brinde.

Esta problemática, al igual que en el sistema de salud en general, genera ineficiencia y falta de cobertura y, en el caso del FISSAL, se ve exacerbado por la falta de autonomía orgánica y económica. Parte del problema del desfinanciamiento se explica por esta situación. A continuación se puede apreciar información sobre la brecha para las atenciones de las enfermedades de alto costo la cual ha sido calculada en alrededor de S/ 2 mil millones:



Elaboración: Videnza Consultores[2]

Como se puede advertir, no solo existe una atención deficiente, sino que gran parte de los recursos necesarios para brindar atención a estas necesidades no están financiados. En este marco, el modelo actual no solo no cerrará la brecha de financiamiento, sino que ocasionará que esta siga incrementándose con el paso del tiempo en el mediano plazo.

Por ello, se requiere que (i) el financiamiento de enfermedades de alto costo esté concentrado en una entidad (esto sería más eficiente respecto de la cobertura, la distribución del riesgo y la adquisición de productos necesarios); (ii) la entidad sea institucionalmente autónoma; y, (iii) los recursos de la entidad deben ser intangibles (y sostenibles en el tiempo). Eso implica de un modelo de reaseguro (una IAFAS de segundo piso).

ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

En relación a las enfermedades de alto costo, raras y huérfanas, se podría decir que se su atención se ha convertido en un problema de salud pública. De acuerdo a los datos recogidos por Videnza Consultores, en 2018 las enfermedades neoplásicas constituyeron la principal causa de muerte prematura y esta se presenta con una tendencia al alza. De otro lado, actualmente se reportan 70 mil casos nuevos y 35 mil defunciones por cáncer cada año, que afectan en mayor porcentaje a las mujeres (53%). En el caso de las enfermedades raras y huérfanas (ERH), existe una población no registrada. No obstante, se estima que 16,500 personas padecen enfermedades raras y huérfanas en el Perú y solo 1,086 pacientes se encuentran en el Registro Nacional de Personas con ERH[3].

La problemática relacionada a esta materia es realmente preocupante, por un lado tenemos una oferta limitada para atención con una concentración fundamentalmente en el INEN y pacientes que en casi la mitad proviene de provincias, aun cuando tanto en Trujillo y Arequipa se cuenta con el IREN Norte e IREN Sur, respectivamente. El efecto que tiene en las familias cubrir la atención de estas enfermedades es realmente catastrófico.

En relación a la enfermedades raras o huérfanas - ERH, en la actualidad, en nuestro país solo se gasta S/ 156 millones, aproximadamente, en el tratamiento, gasto que

[2,3] https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTQwOTA0/pdf
[3] Nota de Prensa n.° 113/OCII/DP/2023, Defensoría del Pueblo, 28 de enero de 2023.

es inferior al que realizan por ejemplo en Uruguay en donde se destina un poco más de $ 8,000 anuales por persona afectada por una ERH, y en nuestro país solo es de $ 2,400 anuales.

Aunado a ello, como se ha indicado antes, la fragmentación y segmentación del sistema de salud representa una dificultad para la cobertura del alto costo. El FISSAL atiende a los afiliados del SIS, EsSalud lo incluye en su cobertura con algunas exclusiones, Saludpol a los miembros de la Policía Nacional, IAFAS FOSMAR a la Marina de Guerra, IAFAS EP al Ejército del Perú y IAFAS FAP, a la Fuerza Aérea, todas esta últimas cubren la atención de enfermedades como el cáncer, no obstante, no existe claridad respecto a los límites de la cobertura lo que probablemente genera espacios para que no todos puedan tener acceso a esta[4]. Como se puede apreciar tenemos un sistema que, en relación con la cobertura de las enfermedades de alto costo y las raras y huérfanas, es muy dispar lo que nos lleva a plantear soluciones que permitan un servicio de salud que responda a las necesidades de la población.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

El Proyecto de Ley propone la creación de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) como solución. Esta entidad será una persona jurídica de derecho público interno con autonomía administrativa, económica y financiera bajo la rectoría del Ministerio de Salud. En este sentido, se respeta la rectoría del Ministerio de Salud, al mismo tiempo que se crea una entidad con la suficiente autonomía para priorizar el financiamiento de las enfermedades de alto costo y con un marco legal más flexible que permita más eficiencia.

En lo que respecta a su funcionamiento, la CURESALUD suscribe convenios de reaseguro con las distintas IAFAS (SIS, EsSalud, SALUDPOL, etc.)[5]. En función de estos convenios, las IAFAS pagan una prima a fin de acceder a la cobertura de las enfermedades de alto costo recogida en el Plan de Cobertura. Este Plan de Cobertura es aprobado por el CURESALUD en función a un umbral de alto costo aprobado por el Ministerio de Salud. De esta manera CURESALUD se encargaría de financiar la atención de las enfermedades de alto costo, raras y huérfanas de todas las IPRESS a través de la suscripción de convenios con todas las IAFAS y con el pago de una prima.

---

[4] https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTQwOTA0/pdf

[5] En el caso de las IAFAS públicas, la suscripción de los convenios es obligatoria, mientras que en el caso de las demás IAFAS la suscripción es voluntaria.

En el caso de las IAFAS públicas, la suscripción de los convenios con la CURESALUD es obligatoria, mientras que en el caso de las demás IAFAS la suscripción es voluntaria. En este sentido, cuanto menos se llegará al 90% de la población[6]. Se propiciará que la mayor cantidad de IAFAS posible suscriban los convenios a efectos de distribuir más el riesgo.

En lo que respecta a su estructura, el máximo órgano de la CURESALUD es un Directorio, cuyas decisiones son ejecutadas por un Gerente General. En cuanto al Directorio, este es presidido por un miembro del Ministerio de Salud, y también participan miembros de otras entidades, incluyendo las principales IAFAS. En este sentido, las IAFAS están involucradas en la toma de decisiones. Finalmente, de manera innovadora se incluye a representantes de pacientes en el Directorio. Esto contribuye hacia la transparencia y le da voz y voto a los pacientes sin que el Estado pierda el control.

En cuanto a su régimen económico, una de las lecciones de las experiencias regionales es que se debe buscar que la entidad sea sostenible. En este sentido, la creación de la CURESALUD no solo es más eficiente porque permite actuar en una mayor escala, sino que expresamente se le permite invertir sus recursos a efectos de obtener rentabilidad. Es importante anotar que esta rentabilidad no regresa al tesoro público, sino que se reinvierte en la CURESALUD.

El modelo que se propone pretende corregir las deficiencias actuales de la atención en esta materia. Es una propuesta que corrige la alta segmentación y fragmentación del sistema de salud en este aspecto a fin de optimizar los recursos que cada año se destinan sin obtener resultados óptimos.

EXPERIENCIAS REGIONALES

- **Uruguay[7]**
  - La estrategia en Uruguay se basa en el financiamiento a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Este fondo se creó en 1980, aunque en su forma actual existe desde 1993 (Ley 16343).
  - *Funcionamiento*. El FNR opera como seguro para determinados procedimientos y medicamentos. En el caso de los procedimientos, estos

6 https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5623292/4595872-boletin-estadistico-2023-3er-trimestre-pdf.pdf?v=1703888498

7 https://www.fnr.gub.uy/

deben realizarse en los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE). En el caso de los medicamentos, el FNR negocia y compra los medicamentos directamente.

- *Administración*. El FNR es una persona pública no estatal administrada por una Comisión Honoraria Administradora, integrada por nueve miembros: tres representantes del Ministerio de Salud Pública, un representante del Instituto de Seguridad Social, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, tres representantes de los prestadores integrales y un representante de los establecimientos de salud autorizados (IMAE).

- **Colombia**[8]
  - La estrategia en Colombia se basa el ajuste de riesgo a través de la Cuenta de Alto Costo (CAC). Esta cuenta se creó en 2007, a través del Decreto 2699, con el fin de garantizar la cobertura de enfermedades de alto costo.
  - *Funcionamiento*. Los recursos de la CAC se distribuyen entre las EPS y EOC considerando las tasas de prevalencia de cada EPS y EOC, las tasas de incidencia de cada EPS y EOC, el costo de atención en cada EPS y EOC y la población de cada EPS y EOC. La CAC opera como un ajuste de riesgo.

- **Chile**[9]
  - La estrategia en Chile se basa en el financiamiento a través del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (FDTAC). Esta entidad se creó en 2015 a través de la Ley 20850 (Ley Ricarte Soto).
  - *Funcionamiento*. Las aseguradoras (públicas y privadas) financian los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades de alto costo realizados en la red de establecimientos autorizados con cargo a los recursos del FDTAC.
  - *Administración*. El FDTAC es administrado por la Dirección de Presupuestos, el cual depende del Ministerio de Hacienda.

La Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) representa un esfuerzo que va en sentido contrario a lo que viene ocurriendo en nuestro sistema de salud, cuyos graves problemas se han descrito. Es un mecanismo que por primera vez aspira a resolver el problema como sistema y no de forma aislada o segmentada. Esperamos que este sea el primer paso en serio para ir poco a poco resolviendo los problemas y deficiencias de nuestro intrincado sistema de salud.

---

8 https://cuentadealtocosto.org/
9 https://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-23625.html

II. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

El Proyecto de Ley implicaría la derogación de los artículos 10, 11, 12, 13 y 14 de la Ley 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiados y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, el artículo 2.3 y 11 del Decreto Legislativo 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, así como sus normas reglamentarias.

Las normas citadas están referidas al FISSAL. En esta línea, es importante anotar que igualmente las Disposiciones Complementarias Transitorias del Proyecto de Ley le otorgan al Ministerio de Salud amplias facultades para controlar la transición entre la desactivación del FISSAL y la posterior activación de la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD).

III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIOS

La aprobación del Proyecto de Ley presentará grandes beneficios a la ciudadanía que requiere acceder a prestaciones que podrían ser catastróficas. Esto debido a que CURESALUD concentrará los recursos para el financiamiento de salud de alto costo, siento esta una forma más eficiente de distribuir el riesgo, conforme lo recomienda la Organización Panamericana de la Salud.[10]

Por otro lado, el presente Proyecto de Ley no irrogará gasto adicional a los recursos públicos en la medida que la Segunda Disposición Complementaria Transitoria establece que la Cuenta de Recursos de Alto Costo en Salud (CURESALUD) iniciará sus operaciones con los recursos correspondientes al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), para lo cual el FISSAL quedará desactivado luego de la activación de CURESALUD.

IV. RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL Y LA AGENDA LEGISLATIVA DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

El Proyecto de Ley se relaciona estrechamente con la Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional sobre el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. Esta política recoge el compromiso de "asegurar las condiciones para un

10 https://www.paho.org/es/noticias/27-9-2022-paises-americas-buscan-reducir-fragmentacion-sistemas-salud-para-asegurar

acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables".

Al respecto, el Proyecto de Ley busca precisamente lo mismo: pasar de una cobertura nominal a un acceso a la salud real para que las personas no deban recurrir a gastos de bolsillo. Más aún, por cuanto las enfermedades de alto costo tienden a ser catastróficas, el Proyecto de Ley estaría priorizando a las poblaciones más vulnerables. En estos términos, el Proyecto de Ley se relaciona con la Política de Estado 10 del Acuerdo Nacional sobre la reducción de la pobreza.

Respecto a la Agenda Legislativa del Congreso de la Republica aprobada mediante Resolución Legislativa del Congreso N° 002-2023-2024-CR, la iniciativa legislativa se relaciona con la Política *13. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL* y los Temas/Proyectos de Ley:
51. ACCESO, REFORMA, MODERNIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD.
53. MEDIDAS REFERIDAS AL CÁNCER.
54. MEJORAS EN EL SERVICIO DE SALUD Y EN EL CUIDADO DE LA MISMA.

Lima, julio de 2024.