Proyecto de Ley N° 3407/2022-CR

La Congresista de la República que suscribe, **NORMA YARROW LUMBRERAS**, integrante del Grupo Parlamentario Avanza País, ejerciendo el derecho que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, en concordancia con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de ley:

LEY QUE CREA LA CUENTA NACIONAL DE ALTO COSTO EN SALUD (CUNASA)

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
25 OCT. 2022
RECIBIDO
Firma _____ Hora 10:38 am

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto de la Ley
La presente ley tiene por objeto crear la Cuenta Nacional de Alto Costo en Salud (CUNASA), así como regular su naturaleza, funcionamiento, funciones, estructura orgánica y régimen económico con la finalidad de eliminar progresivamente los gastos catastróficos en salud derivados de los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo.

Artículo 2.- Definiciones
Para efectos de la presente ley, se entiende como:

2.1 Diagnósticos de Enfermedades de Alto Costo (DEAC). – Las atenciones de salud, incluyendo los servicios de salud, procedimientos médicos y sanitarios, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias asociadas, que se requieran para diagnosticar una enfermedad que superen el Factor Universal de Alto Costo y estén en los planes de cobertura de la CUNASA.
2.2 Tratamientos de Enfermedades de Alto Costo (TEAC). – Las atenciones de salud, incluyendo los servicios de salud, procedimientos médicos y sanitarios, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias asociadas, que se requieran para tratar y/o rehabilitar una enfermedad que superen el Factor Universal de Alto Costo y estén en los planes de cobertura de la CUNASA.

CAPÍTULO II
CREACIÓN, FINALIDAD, NATURALEZA, FUNCIONAMIENTO Y FUNCIONES DEL FONSALUD

Artículo 3.- Creación y finalidad
Créase la Cuenta Nacional de Alto Costo en Salud (CUNASA), con la finalidad de garantizar la cobertura financiera universal de diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo a la población en general a través de la administración de fondos de aseguramiento en salud.

Artículo 4. – Naturaleza
4.1 La CUNASA es una institución autónoma no estatal de derecho público interno con calidad de administradora pública de fondos intangibles de salud (IAFAS). Es de duración indeterminada y sin fines de lucro.

4.2 La CUNASA tiene autonomía administrativa, económica y financiera y se rige por lo establecido en la presente norma, su Estatuto y, de manera supletoria, por las normas de la Ley General de Sociedades y el Código Civil.

4.3 Las actividades de la CUNASA se rigen exclusivamente por las normas del sector privado, salvo disposición contraria en la presente ley.

4.4 La CUNASA se rige por las normas del Sistema Administrativo de Defensa Jurídica del Estado y el Sistema Nacional de Control, conforme con el capítulo V de la presente ley, así como la Ley N° 27806.

Artículo 5. – Funcionamiento
5.1 La CUNASA gestiona y administra un fondo intangible y mancomunado para garantizar la cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo de todos los asegurados de las IAFAS registradas en el Registro de IAFAS.

5.2 Para estos efectos, la CUNASA opera como IAFAS de segundo piso respecto de las demás IAFAS. En este sentido, en función a los planes de cobertura aprobados conforme al artículo 7 de la presente ley, la CUNASA transfiere a las IAFAS los montos correspondientes a los gastos en los que estas hayan incurrido para cubrir diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo de sus asegurados, siempre y cuando estos diagnósticos y tratamientos se hayan realizado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y/o Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) pertenecientes a la Red de Alto Costo.

5.3 La relación con la CUNASA es obligatoria respecto a las IAFAS públicas registradas en el Registro de IAFAS. En el caso de las demás IAFAS registradas en el Registro de IAFAS, la CUNASA podrá garantizar la cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo de sus asegurados a través de la suscripción de convenios con dichas instituciones. La CUNASA buscará, dentro de lo posible, suscribir convenios con las demás IAFAS registradas a efectos de que su cobertura alcance a la población en general.

Artículo 6. – Funciones generales
La CUNASA tiene las siguientes funciones generales:

a) Elaborar y aprobar los planes de cobertura para el diagnóstico y/o el tratamiento de enfermedades de alto costo en las IPRESS y/o UGIPRESS pertenecientes a la Red de Alto Costo.
b) Realizar la gestión financiera de sus recursos para cubrir los planes de cobertura promoviendo el establecimiento de indicadores trazadores para la sostenibilidad del fondo. Para estos efectos, CUNASA puede gestionar colocaciones en el mercado financiero o realizar otras inversiones financieras, de conformidad con

el artículo 15 de la presente ley, así como identificar eficiencias y definir procedimientos de adquisición de productos con la finalidad de generar mayor eficiencia de los recursos, conforme el artículo 18 de la presente ley.

c) Realizar la validación prestacional y financiera.
d) Realizar la auditoría prestacional y financiera.
e) Reportar mediante mecanismos transparentes las coberturas de diagnósticos y tratamientos de altos costos.

Artículo 7. – Planes de cobertura

7.1 Los planes de cobertura de la CUNASA a los que hacen referencia los artículos 5 y 6 de la presente ley contienen los diagnósticos y/o tratamientos de alto costo que cubrirá dicha CUNASA y se aprueban por Acuerdo de Directorio a propuesta de la Gerencia General, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Estatuto de la CUNASA.

7.2 Para la determinación de los planes de cobertura se consideran todos aquellos diagnósticos y tratamientos que cuenten con una evaluación de tecnología sanitaria. El Estatuto determinará la institución cuya evaluación usará la CUNASA y se priorizarán las instituciones con evaluaciones transparentes.

7.3 El procedimiento de la determinación final de los planes de cobertura debe tomar en cuenta los siguientes criterios:

a) El costo del diagnóstico de la enfermedad y/o el tratamiento debe ser igual o superior al determinado en el Factor Universal de Alto Costo del que trata el artículo 8 de la presente ley.
b) El diagnóstico y el tratamiento debe haber sido objeto de una favorable evaluación científica por parte de sociedades médicas, instituciones científicas y de la academia nacional e internacional.

7.4 El Estatuto podrá establecer otros criterios, considerando como lineamientos de priorización (i) la desviación del costo esperado, (ii) la cronicidad o persistencia de la enfermedad, (iii) la posibilidad de gestión clínica o gestión de los servicios de salud y (iv) la justicia distributiva entre las diferentes enfermedades reconocidas.

7.6 El Estatuto establecerá la periodicidad de la actualización de los planes de cobertura.

Artículo 8. – Determinación del Factor Universal de Alto Costo

8.1 Mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Salud y el Ministro de Economía y Finanzas se fija el Factor Universal de Alto Costo para determinar si un diagnóstico y/o el tratamiento de una enfermedad es de alto costo.

8.2 Para efectos de calcular el Factor Universal de Alto Costo, se valora el concepto de gasto catastrófico, entendido como el gasto económico que se produciría como consecuencia de un evento que impacta la salud de al menos uno de los miembros del grupo familiar que supondría el grave empobrecimiento del grupo familiar para gran parte de la población.

8.3 El decreto supremo puede contener una fórmula para la actualización permanente del Factor Universal de Alto Costo. En cualquier caso, el Factor Universal de Alto Costo y/o la fórmula se actualizan cada tres (3) años por decreto supremo.

Artículo 9. – Red de Alto Costo

9.1 Los planes de cobertura de la CUNASA se aplican en la Red de Alto Costo. Esta Red de Alto Costo está conformada por IPRESS y/o UGIPRESS con registro vigente ante la Superintendencia Nacional de Salud que contribuyan a un manejo especializado de los diagnósticos y/o tratamientos de enfermedades de alto costo contemplados en el plan de cobertura.

9.2 Para la cobertura de cada diagnóstico y/o tratamiento establecido en los planes de cobertura, se define una Red de IPRESS y/o UGIPRESS elegibles que tengan capacidad resolutiva de brindar diagnósticos y/o tratamientos de enfermedades de alto costo.

9.3 La Red de Alto Costo se aprueba por Acuerdo de Directorio con no menos de seis (6) votos y se integra a las Redes Integradas de Salud en los términos de dicho acuerdo u otro Acuerdo de Directorio.

9.4 Por Acuerdo de Directorio los planes de cobertura podrán aplicarse con cargo al financiamiento de la CUNASA en instituciones prestadoras de servicios de salud fuera del país.

9.5 La CUNASA debe establecer lineamientos y realizar acciones consecuentes a que las IAFAS públicas, privadas y mixtas puedan suscribir convenios entre ellas a efectos de que los diagnósticos y/o tratamientos de los planes de cobertura se realicen en IPRESS y/o UGIPRESS pertenecientes a diferentes redes prestacionales de manera indistinta, siempre y cuando dichas IPRESS y/o UGIPRESS pertenezcan a la Red de Alto Costo.

CAPÍTULO III
ORGANIZACIÓN DE LA CUNASA

Artículo 10.- Estructura orgánica

10.1 La estructura orgánica mínima de la CUNASA es la siguiente:

a) El Directorio.
b) La Gerencia General.

9.2 El Estatuto podrá contemplar otros órganos.

Artículo 11.- Del Directorio

11.1 El Directorio es el órgano de mayor nivel de la CUNASA y está integrado por:

a) Una (1) persona designada por el Ministerio de Salud.
b) Una (1) persona designada por el Ministerio de Economía y Finanzas.
c) Tres (3) personas designadas por las IAFAS públicas registradas.
d) Dos (2) representantes de la sociedad civil que representen a pacientes con enfermedades de Alto Costo.

e) Dos (2) directores independientes.

11.2 La presidencia del Directorio es rotatoria. El Estatuto establece las condiciones de la rotación.

11.3 La designación y remoción de los miembros del Directorio por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud son de libre decisión y se formalizan a través de la respectiva resolución emitida por el titular de cada una de las entidades señaladas. Tratándose de remoción basada en mérito a la confianza no requiere invocación de causal alguna, ni de procedimiento disciplinario.

La modalidad de designación y remoción de los miembros del Directorio por las IAFAS públicas registradas será determinado por el Estatuto. El procedimiento de designación priorizará la adecuada representación de las distintas IAFAS públicas en función a sus números de asegurados.

La modalidad de designación y remoción de los miembros del Directorio representantes de la sociedad que representen a pacientes con enfermedades de alto costo serán determinados por el Estatuto. El procedimiento de designación priorizará la adecuada representación de los distintos actores civiles.

La modalidad de designación y remoción de los directores independientes será determinada por el Estatuto.

11.4 Para ser nombrado director se requiere ser ciudadano peruano, gozar del pleno ejercicio de los derechos civiles, así como contar con reconocida solvencia e idoneidad moral.

11.5 Los directores ejercen el cargo por un período de 5 años, no renovable para el período inmediato, y percibirán dieta. El director que concluya su período puede continuar en el ejercicio del cargo mientras no se designe a su sucesor.

11.6 El quórum para las sesiones del Directorio de CUNASA es de seis (6) miembros. Los acuerdos se adoptan por mayoría simple de los asistentes, salvo disposición contraria de la presente ley. El Estatuto podrá establecer un quórum y/o votación mayor respecto a determinados acuerdos.

Artículo 12.- Funciones y deberes del Directorio
El Directorio tiene las siguientes funciones:

a) Aprobar la política institucional de la CUNASA.
b) Establecer los lineamientos y criterios de funcionamiento, así como las operaciones de la CUNASA.
c) Elaborar e implementar un sistema de gestión de la CUNASA para la administración sostenida de los recursos obtenidos de las diversas fuentes.
d) Aprobar, a propuesta de la Gerencia General, los planes de cobertura del artículo 7 de la presente ley, para lo cual se requerirá el voto de no menos de seis (6) directores.
e) Modificar el Estatuto, para lo cual se requerirá el voto de no menos de seis (6) directores.

f) Aprobar la Red de Alto Costo del artículo 9 y su eventual integración a las Redes Integradas de Salud, para lo cual se requerirá el voto de no menos de seis (6) directores.
g) Aprobar, a propuesta de la Gerencia General, el Manual de Inversiones y las iniciativas de inversión de los recursos de la CUNASA.
h) Aprobar el presupuesto anual, el balance general, los estados financieros y la memoria anual de la CUNASA.
i) Designar al Gerente General y, de haber, a los funcionarios con cargo gerencial.
j) Definir la estructura organizativa encargada de ejecutar los acuerdos y decisiones adoptadas por el Directorio, bajo la dirección de la Gerencia General.
k) Suscribir convenios y contratos con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas, estableciendo los mecanismos de contraprestación o financiamiento que correspondan a los servicios de salud.
l) Aprobar las líneas de investigación científica, social y económica para evaluar el impacto de la CUNASA y garantizar la consecución de sus objetivos.
m) Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de los fines de la CUNASA.

Artículo 13.- De la Gerencia General

13.1 La Gerencia General es el órgano ejecutor de los acuerdos y decisiones que adopta el Directorio.

13.2 La Gerencia General está a cargo de un(a) Gerente General, quien asume la representación legal, comercial y administrativa de la CUNASA.

13.3 Las demás funciones, requisitos y atribuciones de la Gerencia General se establecen en el Estatuto de la CUNASA.

Artículo 14. – Conflictos de intereses

14.1 Los miembros del Directorio deben adoptar acuerdos que cautelen los intereses de CUNASA.

14.2 Las decisiones y acuerdos del Directorio o del Gerente General no deben favorecer sus propios intereses o los de terceros relacionados. Tampoco pueden beneficiarse directa o indirectamente de las inversiones de la CUNASA, salvo previa dispensa expresa por el Directorio, con el voto de no menos de seis (6) directores, o de la información que por razón de su cargo tengan conocimiento. Esta prohibición se extiende a sus familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

14.3 Los miembros del Directorio que tengan un conflicto de interés sobre un tema tratado en agenda de CUNASA deben manifestarlo y abstenerse de participar en su deliberación y resolución.

CAPÍTULO IV
RÉGIMEN ECONÓMICO

Artículo 15.- Recursos
15.1 Los recursos de la CUNASA están compuestos por los siguientes ingresos:

a) Las primas que paguen las IAFAS por los planes de cobertura que brinde la CUNASA, conforme al artículo 16 de la presente ley, las cuales se calculan a efectos de cubrir los planes de cobertura de la CUNASA.
b) El resultado de las colocaciones e inversiones de la CUNASA en los mercados nacionales e internacionales, deben procurar rentabilidad, seguridad, solidez patrimonial y equilibrio financiero.
c) Los saldos no ejecutados del presupuesto asignado para compra de tecnologías sanitarias del Ministerio de Salud, EsSalud, Seguro Integral de Salud y las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud correspondientes a las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú.
d) Impuestos directos, canon y otras contribuciones que fije la ley.
e) Lo recursos provenientes de campañas de recaudación voluntarias en el ámbito local, regional o nacional patrocinadas por la CUNASA.
f) Las subvenciones, donaciones, herencias y los legados que se instituyan a su favor.
g) Cualquier otro aporte o asignación proveniente de entidades públicas o privadas, nacionales o extranjeras, de cualquier título.
h) Todos los demás recursos que la CUNASA obtenga o perciba legalmente. CUNASA queda expresamente facultado para la búsqueda de mecanismos innovadores de financiamiento.

15.2 Al finalizar el ejercicio de cada año fiscal, los recursos de la CUNASA no retornan al Tesoro Público, debiendo ser reinvertidos o asignados a los servicios que constituyen su objeto y finalidad.

Artículo 16. – Las primas
16.1 Las IAFAS públicas obligadas al pago de las primas a las que hace referencia el literal a del artículo 15 son aprobadas por Acuerdo de Directorio de la CUNASA con el voto de no menos de seis (6) directores a propuesta de la Gerencia General. La exclusión del pago de las primas de cualquier IAFAS no podrá ser arbitraria y no podrá desconocer la pretensión universal de la CUNASA. El Estatuto establecerá la periodicidad de la revisión de los obligados.

16.2 Los montos de las primas son aprobados por Acuerdo de Directorio con el voto de no menos de seis (6) directores a propuesta de la Gerencia General. El Estatuto establecerá la periodicidad de la revisión de los montos.

16.3 Las formas de pago de las primas son determinadas Acuerdo de Directorio de la CUNASA con el voto de no menos de seis (6) directores a propuesta de la Gerencia General.

16.4 La Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Ministerio de Economía y Finanzas y/o el Ministerio de Salud pueden opinar sobre cualquiera de las determinaciones precedentes. La opinión deberá ser valorada, pero no es

vinculante para ninguno de los órganos de CUNASA. A través del Estatuto se podrá ampliar la lista de opinantes valorados.

Artículo 17.- Uso de los recursos
17.1 Los recursos de la CUNASA se utilizan para la finalidad señalado en el artículo 3 de la presente ley.

17.2 La CUNASA está expresamente facultado para identificar eficiencias dentro de la cartera de bienes y servicios que financia y establecer mecanismos de adquisición y contratación a efectos de promover un uso eficiente de sus recursos, de conformidad con el artículo 18 de la presente ley.

17.3 En caso esté dentro de las posibilidades financieras de la CUNASA, este queda expresamente facultado para realizar inversiones vinculadas a la prevención de enfermedades recurrentes en sus planes de cobertura.

17.4 El conjunto de diagnósticos y tratamientos que cubrirá la CUNASA deberá tener un costo anual esperado igual o inferior al ochenta por ciento (80%) de los recursos totales con que contará la CUNASA en dicho año.

Artículo 18. – Adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos y tecnologías sanitarios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de alto costo

18.1 A efectos de identificar eficiencias dentro de la cartera de bienes y servicios que financia la CUNASA, sin perjuicio que lo pueda hacer por su sola cuenta, las IPRESS y/o UGIPRESS quedan facultadas para identificar y requerir a la CUNASA la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos y tecnologías sanitarios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de alto costo.

18.2 La adquisición de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos y tecnologías sanitarios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de alto costo puede realizarse a través de compradores especializados, públicos y/o privados, para lo cual la Gerencia General de la CUNASA queda facultada para suscribir convenios a estos efectos.

18.3 El Estatuto establecerá los lineamientos para la aplicación de este artículo. En todo caso, la aplicación de este artículo exige que sea razonablemente demostrable que dicha adquisición contribuiría plausiblemente a una gestión eficiente de recursos atendiendo a la naturaleza de la CUNASA.

Artículo 19. – Intangibilidad de los recursos
Los recursos que forman parte de la CUNSASA son intangibles, ninguna autoridad puede disponer medidas cautelares ni de ejecución sobre ellos, y solo pueden ser empleados para la finalidad prevista en la presente ley, en la constitución de reservas técnicas y en las inversiones o colocaciones que sean necesarias para su adecuada rentabilidad, no pudiendo emplearse para financiar gastos de ninguna institución administradora de fondos de fondos de aseguramiento en salud, pública, privada o mixta que no correspondan a los planes de cobertura.

CAPÍTULO V
DEFENSA JURÍDICA, CONTROL Y SUPERVISIÓN

Artículo 20. – Defensa Jurídica de la CUNASA
La defensa jurídica de los intereses de la CUNASSA la ejerce la Procuraduría Pública del Ministerio de Salud, conforme a la normativa aplicable.

Artículo 21. – Órgano de Control Institucional
21.1 Las acciones de control de la CUNASA corresponden a su Órgano de Control Institucional, y se enmarca en la normativa emitida por la Contraloría General de la República.

21.2 Los estados financieros de la CUNASA son auditados por auditores externos independientes designados por el Directorio, conforme lo dispone la Ley General de Sociedades.

Artículo 21. – Supervisión de la CUNASA
Las acciones de supervisión de la CUNASA corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD y, en lo que corresponda, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, de conformidad con el artículo 7 de la Ley N° 29344.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIA FINALES

Primera. – Personal de la CUNASA
El régimen laboral del personal de la CUNASA corresponde al de la actividad privada.

Segunda. – Bienes esenciales
Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias que se requieren para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de enfermedades de alto costo son bienes esenciales, por lo que su adquisición y distribución es de utilidad, necesidad pública e interés nacional.

Tercera. – Inscripción en registros públicos
La presente Ley constituye título suficiente para la inscripción de la CUNASA en los Registro Públicos a cargo de la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera. – Conformación de la Comisión Organizadora
La Comisión Organizadora de la CUNASA que se encargará de aprobar el Estatuto de CUNASA está conformada por quince (15) miembros:

a) Tres representantes del Viceministerio de Hacienda del Ministerio de Economía y Finanzas, uno de los cuales presidirá la comisión y se encargará de su instalación.

b) Un/a representante del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud.
c) Dos representantes del Seguro Social de Salud - EsSalud.
d) Dos representantes del Seguro Integral de Salud.
e) Un/a representante de SALUDPOL.
f) Un/a representante de IAFAS FOSMAR.
g) Un/a representante de IAFAS EP.
h) Un/a representante de IAFAS FAP.
i) Un/a representante del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
j) Un/a representante de la Federación Peruana de Enfermedades Raras y Huérfanas –FEPER.
k) Un/a representante de Lazo Rosado, miembro de la Asociación para la Educación y el Desarrollo Social Educando Perú.

El desempeño del cargo de integrante de la Comisión Organizadora es *ad honorem.*

La Comisión Organizadora se instala dentro de los treinta (30) días de publicada la presente ley en el diario oficial El Peruano.

Una vez instalada la Comisión Organizadora de la CUNASA, este aprueba su Estatuto en un plazo no mayor de 180 días calendario.

Segunda. - Funcionamiento y desactivación del FISSAL
En tanto se implemente la CUNASA, se mantiene en funcionamiento la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) creada por Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semi contributivo del Aseguramiento Universal en Salud.

La CUNASA comunica al Ministerio de Salud y al Seguro Integral de Salud la culminación de su etapa de implementación, a fin de que se inicie el proceso de desactivación del FISSAL, incluido su funcionamiento como Unidad Ejecutora 002-1423 del Pliego 135: Seguro Integral de Salud.

El Ministerio de Salud asegura, bajo responsabilidad de sus funcionarios, que en el proceso de desactivación del FISSAL y consecuente activación de la CUNASA, ningún paciente deje de recibir acceso a sus tratamientos y a la cobertura de los mismos.

Las prestaciones que eran cubiertas por el FISSAL a los asegurados al SIS y que no sean incluidas en la cobertura de la CUNASA serán asumidas por el propio SIS.

Tercera. - Cobertura provisional del fondo
La CUNASA brinda cobertura financiera a las enfermedades y/o procedimientos previstos en la Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, la Resolución Ministerial N° 230-2020/MINSA y la Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS; en tanto se aprueben los planes de cobertura a los que hace referencia el artículo 7 de la presente ley, el cual añadirá enfermedades a las listas en las citadas normas.

Cuarta. - Cesión de posición contractual de los contratos de FISSAL
Dispóngase la cesión de posición contractual del Seguro Integral de Salud en los contratos que tiene suscritos el FISSAL para la prestación de bienes y servicios de salud en el marco de la Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, la Resolución Ministerial N° 151-2014/MINSA y la Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS.

Esta disposición tiene vigencia a partir de la desactivación a la que hace referencia la Segunda Disposición Complementaria Transitoria de la presente ley.

Quinta. – Adecuación del RENETSA
A efectos de garantizar su elegibilidad, las entidades que conforman la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA) adecúan sus normas para que, en adelante, las evaluaciones de tecnologías sanitarias sean procedimientos transparentes, atendiendo a las siguientes pautas:

a) Las evaluaciones de tecnologías sanitarias deben garantizar el derecho de participación del titular del registro sanitario de la tecnología materia de evaluación. En este sentido, dicho titular debe poder acceder a información relativa al procedimiento, así como se debe reconocer la posibilidad de que brinde información relevante sobre la tecnología materia de evaluación, la cual deberá ser valorada de manera escrita y expresa.
b) Las evaluaciones de tecnologías sanitarias deben garantizar el derecho de participación de asociaciones de pacientes o pacientes individuales o agrupados que acrediten razonablemente un interés legítimo en el procedimiento. En este sentido, se debe reconocer la posibilidad de que brinden información relevante sobre la tecnología materia de evaluación, la cual deberá ser valorada de manera escrita y expresa.
c) Los expedientes de la evaluación de tecnologías sanitarias son información pública, por lo que, de conformidad con la Ley N° 27806, toda persona tiene derecho a solicitarlos sin expresión de causa.

Las entidades obligadas a la adecuación deben hacerlo en un plazo no mayor a sesenta (60) días hábiles desde la entrada en vigencia de la presente ley.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS

Primera. - Modificación de Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

Modifíquese la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, incorporando el artículo 9-A en los términos siguientes:

> *"Artículo 9-A.- Prestaciones de salud para diagnóstico y/o tratamiento de alto costo*
>
> *Los diagnósticos y/o tratamientos de enfermedades de alto costo contemplados en los planes de cobertura del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) son cubiertos con cargo al FONSALUD."*

Segunda. - Modificación de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Modifíquese la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), incorporando el artículo 3-A en los términos siguientes:

> *"Artículo 3-A.- Prestaciones de salud para diagnósticos y/o tratamientos de enfermedades de alto costo*
>
> *Los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo contemplados en los planes de cobertura del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) son cubiertos con cargo al FONSALUD. Para estos efectos, EsSalud deberá pagar la prima correspondiente."*

Tercera. - Modificación del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud

Modifíquese el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en los términos siguientes:

> *"Artículo 2.- Facultades del Seguro Integral de Salud (SIS)*
> *El Seguro Integral de Salud (SIS) se encuentra facultado para lo siguiente:*
> *2.1 Administrar los fondos de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semi contributivo del aseguramiento universal en salud.*
> *2.2 Administrar los recursos para el financiamiento de las intervenciones de la cartera de salud pública bajo criterios determinados por el Ministerio de Salud.*
> *2.3 Financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo contempladas en los planes de cobertura del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) con cargo al FONSALUD. Para dicho efecto, se autoriza al SIS a efectuar el pago de la prima respectiva a favor del citado Fondo.*
> *Las facultades enumeradas no son limitativas de las indicadas en otras disposiciones legales."*

Cuarta. - Modificación del Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas

Modifíquese el artículo 10 del Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas, en los términos siguientes:

> *"Artículo 10.- Servicios y Prestaciones*
> *(...)*
> *Los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo contemplados en los planes de cobertura del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) son cubiertas con cargo al FONSALUD. Para dicho efecto, se autoriza a las IAFAS citadas en el artículo 2 del*

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BAZAN CALDERON Diego Alonso Fernando FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24/10/2022 21:41:07-0500

presente Decreto Legislativo a efectuar el pago de la prima respectiva a favor del citado Fondo."

Quinta. - Modificación del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú

Modifíquese el artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, en los términos siguientes:

> *"Artículo 8.- Convenios y Contratos*
> *(...)*
> *Los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo contemplados en los planes de cobertura del Fondo Nacional Universal en Salud de Alto Costo (FONSALUD) para los beneficiarios son cubiertas con cargo al FONSALUD. Para dicho efecto, se autoriza a SALUDPOL a efectuar el pago de la prima respectiva a favor del citado Fondo."*

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única. - Deróguense las siguientes normas:

a) El Capítulo IV de la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
b) El artículo 11 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
c) Las normas no adecuadas dentro de plazo a la Quinta Disposición Complementaria Transitoria.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: TUDELA GUTIERREZ Adriana Josefina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2022 12:13:49-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GONZALES DELGADO Diana Carolina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2022 12:58:14-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: TUDELA GUTIERREZ Adriana Josefina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2022 12:12:43-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHIRINOS VENEGAS Patricia Rosa FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2022 16:35:06-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YARROW LUMBRERAS Norma Martina FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2022 11:57:09-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CORDOVA LOBATON Maria Jessica FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24/10/2022 15:52:44-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PROBLEMA Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

El sistema de salud peruano enfrenta graves problemas. Entre ellos, puede resaltarse la fragmentación del aseguramiento de salud público (existen como IAFAS públicas el SIS, EsSalud, SALUDPOL, etc.).[1] Esta fragmentación encuentra un correlato en la diversidad de redes prestacionales públicas, lo que supone reducir el universo de centros de salud públicos donde determinado asegurado puede atenderse. Esta situación de fragmentación demanda altos recursos financieros y administrativos para poder funcionar y genera una heterogeneidad ineficiente e inequitativa en el sistema de salud.

En el caso de las enfermedades de alto costo los problemas del sistema de salud público se agudizan: la fragmentación se traduce en una heterogeneidad orgánica y operativa respecto a estas patologías, que puede llevar a que quienes requieran los servicios incurran en gastos catastróficos, afectando así la situación socioeconómica de sus hogares.

Por el lado del Seguro Integral de Salud (SIS), a través de la Ley 29761 se creó el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) como IAFAS pública, con el fin de financiar la atención de las enfermedades de alto costo, así como las enfermedades raras o huérfanas.[2] A pesar de ello, el FISSAL se creó como unidad ejecutora dentro del SIS. Esto presenta debilidades claras. En primer lugar, el FISSAL tiene una autonomía limitada al ser un órgano desconcentrado del SIS. Dicho de otra manera, está completamente subordinado a la gestión del SIS. En segundo lugar, su actuación está limitada a los asegurados del SIS. En consecuencia, alrededor del 40% de asegurados del Perú está fuera de la cobertura del FISSAL.[3]

Por el lado de otras IAFAS (como EsSalud, SALUDPOL y las IAFAS correspondientes a las Fuerzas Armadas), no existe un equivalente al FISSAL, sino que las enfermedades de alto costo se han abordado a través de lineamientos generales, como la reciente Directiva Administrativa 327-MINSA/DGIESP-2022 que establece pautas para la determinación de las enfermedades raras y huérfanas de alto costo[4]. En este sentido, en estas IAFAS no existe ningún órgano específico que lidie con el financiamiento de estas enfermedades, por lo que la debilidad

---

[1] Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud, artículo 7.

[2] Artículo 10. – Fondo de financiamiento para las enfermedades de alto costo.
Créase la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) sobre la base del fondo creado por la Ley 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, con el fin de financiar la atención de las enfermedades de alto costo de atención, así como la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas, establecida en la Ley 29698, Ley que Declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas.
El Fissal, por la presente Ley, se constituye en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

[3] ONG Esperantra.

[4] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2857762/Directiva%20Administrativa%20N%C2%BA%20327-MINSA/DGIESP-2022.pdf?v=1645878787

identificada relativa a la falta de autonomía es aún más grave. Además, la actuación de estas IAFAS también está limitada a sus asegurados, por lo que se replica la segunda debilidad identificada relativa a la cobertura parcial.

Más allá de esta fragmentación y subsecuente heterogeneidad, lo que resulta una constante es el problema del financiamiento de las enfermedades de alto costo. En el caso del FISSAL, sus fondos son reversibles: cualquier excedente a finales de año se devuelve al Ministerio de Economía y Finanzas. En el caso de las demás IAFAS este problema es aún más grave porque las enfermedades de alto costo se financian dentro del esquema general de las IAFAS, por lo que su presupuesto no es prioritario.

En línea con lo anterior, es un hecho que los recursos del sistema de salud público no suelen ser suficientes. Esto genera que las personas deban asumir parcialmente estos gastos por su cuenta; lo que se denomina como "gasto de bolsillo".

En atención a las cifras que recoge el Ministerio de Salud, en el Perú el gasto de bolsillo es del 29.15%.[5] En el caso de enfermedades de alto costo, por su propia naturaleza los montos de los gastos son aún más altos y pueden llegar a ser catastróficos para las familias. Si bien no contamos con información actualizada sobre el impacto real del gasto de bolsillo para el caso de las enfermedades de alto costo en el Perú, según un informe de la OPS, del año 2021, en países de la región como Argentina, Chile o Guatemala, el porcentaje de hogares afectados por este tipo de enfermedades llegó al 15%[6].

En este marco, este proyecto de ley pretende resolver las debilidades identificadas. En este sentido, se propone la creación de la CUNASA como una institución autónoma de derecho público orientada a una cobertura universal y con la capacidad de gestionar sus recursos. Además, el proyecto aborda cuestiones relevantes como la integración de las distintas redes prestacionales para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades de alto costo y la falta de transparencia en la evaluación de tecnologías sanitarias.

Es importante resaltar que este proyecto de ley se encuadra en la tendencia regional de abordar las enfermedades de alto costo de forma diferenciada. En esta tendencia resalta Uruguay, donde se creó el Fondo Nacional de Recursos como persona pública no estatal[7], Chile, donde se creó el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo[8], y Colombia, donde se aprobó un sistema de reaseguros para enfermedades de alto costo.

Eso dicho, enfatizamos que este proyecto de ley se elabora de cara a la realidad peruana. Así, la propuesta legislativa recoge análisis locales que han realizado especialistas, destacando el informe "Modelo de Reaseguro de Alto Costo: Diseño Preliminar basado en SIS-FISSAL" elaborado por David Debrott Sánchez, consultor

---

[5] Disponible en: https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/bitstream/handle/DIGEMID/191/GASTO%20DE%20BOLSILLO%20SALUD%20Y%20MEDICAMENTOS%20%202012-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[6] Gastos Directos de Bolsillo en Salud. La necesidad de un análisis de Género. Organización Panamericana de la Salud. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54668/9789275323540_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[7] Ley 16343 (1992) – Instalación y Funcionamiento de los Institutos de Medicina Altamente Especializada. Disponible en: http://www.impo.com.uy/bases/leyes/16343-1992

[8] Ley 20850 (2015) – Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley Ricarte Soto). Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078148

de la Organización Panamericana de la Salud, así como las propuestas elaboradas por Videnza Consultores sobre la creación de un Fondo de Alto Costo.

II. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN

A. Personalidad de la CUNASA

La CUNASA se plantea como una institución autónoma de derecho público. En este sentido, la CUNASA no sería parte del Estado. La razón por la que se ha optado por esta figura es para dotarla de mayor autonomía por cuanto no estaría adscrita a ninguna entidad. Eso dicho, como se expondrá luego, el Estado podría influir en (y controlar) la dirección de la CUNASA por cuanto tendría la capacidad de designar a la mayoría de sus directores.

Esta figura también abre la posibilidad de establecer que las actividades de la CUNASA se regirán por las normas del sector privado, salvo algunas excepciones. En este sentido, esta elección dota a la CUNASA de mayor flexibilidad.

B. Funcionamiento de la CUNASA

La CUNASA operaría una institución administradora de fondos intangibles de salud (IAFAS), con la particularidad de que sería una IAFAS de segundo piso respecto de las demás IAFAS.[9] En esta línea, la idea general de la CUNASA es que esta ofrecerá planes de coberturas respecto a determinados diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo en la Red de Alto Costo. Para acceder al financiamiento de los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo de los planes de cobertura las IAFAS pagarían primas.

Los beneficios de este funcionamiento son claros. La CUNASA homogeneizaría el sistema de salud respecto a las enfermedades de alto costo recogidas en los planes de cobertura. Esta uniformización no solo es más eficiente, sino que centralizaría la información dispersa, mitigando otra barrera de acceso para la población. Más beneficioso aún, al operar como un reaseguro, la CUNASA estaría distribuyendo el riesgo entre las distintas IAFAS, lo que mitigaría el problema del financiamiento de los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo.

B.1 Sobre los planes de cobertura

Para determinar cuáles enfermedades (y sus diagnósticos y tratamientos) podrían ser consideradas de alto costo, el proyecto de ley plantea la creación el Factor Universal de Alto Costo (FUAC) que se establecería mediante decreto supremo refrendado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas (artículo 8 del PL). En función a este FUAC y la situación financiera de la CUNASA, esta elabora los planes de cobertura, considerando además si los diagnósticos y

---

9 El proyecto de ley establece que las únicas IAFAS obligadas legalmente a vincularse con la CUNASA son las IAFAS públicas. Eso dicho, atendiendo a la pretensión totalmente universal de la CUNASA, esta está facultada para suscribir convenios y vincularse también con las IAFAS privadas (artículo 5.3 del PL). En este sentido, se espera que, eventualmente, la CUNASA pueda cubrir a toda la población, sin importar dónde esté asegurada. Esto contribuirá a homogeneizar el sistema de salud respecto a las enfermedades de alto costo.

tratamientos que cubrirá han contado con una evaluación de tecnología sanitaria transparente.[10]

B.2 Sobre la Red de Alto Costo

Los diagnósticos y tratamientos recogidos en los planes de cobertura serían cubiertos por la CUNASA si son realizados en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) y/o unidades de gestión de IPRESS (UGIPRESS) que puedan garantizar un estándar de calidad. Estas IPRESS y UGIPRESS conformarían la Red de Alto Costo (artículo 9.1 del PL). Excepcionalmente, se reconoce la posibilidad de que los planes de cobertura se apliquen en instituciones prestadoras de servicios de salud fuera del país con cargo al financiamiento de la CUNASA (artículo 9.4 del PL).

Es importante resaltar que, a pesar de que esta Red de Alto Costo no resuelve el problema de la fragmentación de las redes prestacionales, se establece la obligación de la CUNASA de formular lineamientos a efectos de que estas redes prestacionales eventualmente se integren a través de convenios, por lo que igual hay incidencia positiva en este aspecto (artículo 9.5 del PL).

B.3 Sobre las primas

El recurso principal de la CUNASA corresponde a las primas que deben pagar las IAFAS. El monto de estas primas las determina el Directorio de la CUNASA, luego de un periodo de negociación con las distintas IAFAS. En cualquier caso, el monto de las primas debiera orientarse hacia la sostenibilidad de la CUNASA (artículo 15).

Es importante señalar que las primas no serán el único ingreso de la CUNASA (ver la sección II.D para más detalles). A efectos de garantizar su sostenibilidad, la CUNASA estaría facultada para realizar colocaciones en el mercado u otras inversiones financieros. Asimismo, la CUNASA estaría facultada para identificar eficiencias y definir procedimiento de adquisición de productos con la finalidad de generar mayor eficiencia de los recursos (artículo 18 del PL).

C. La estructura orgánica de la CUNASA

El proyecto de ley únicamente prevé dos órganos en la CUNASA: (i) el Directorio; y, (ii) la Gerencia General. Eso dicho, se establece la posibilidad de que a través del Estatuto se contemplen otros órganos (artículo 10 del PL). En este sentido, se le otorgaría a la CUNASA suficiente discrecionalidad para adaptarse a sus circunstancias: en caso sea necesario, se podría crear una Gerencia de Administración de Fondos, encargada de las inversiones de la CUNASA, o una Gerencia de Riesgos, encargada de la gestión de siniestros, entre otros.

Respecto al Directorio, sería el órgano más importante de la CUNASA. Entre sus funciones, aparte de ser quien establece los lineamientos y criterios de funcionamiento, destaca que es el encargado de aprobar los planes de cobertura y la Red de Alto Costo, así como modificar el Estatuto (artículo 12 del PL).

[10] Es necesario señalar que la CUNASA podría considerar además criterios adicionales. En línea con ello, la regla es que el Directorio tiene suficiente flexibilidad para considerar diferentes particularidades al aprobar los planes de cobertura.

Teniendo en cuenta estas amplias facultades, resaltamos su conformación plural como contrapeso: (i) una persona designada por el Ministerio de Salud; (ii) una persona designada por el Ministerio de Economía y Finanzas, (iii) tres personas designadas por las IAFAS públicas registradas, (iv) dos representantes de la sociedad civil que representen a pacientes con enfermedades de alto costo, y, (v) dos directores independientes.

Esta conformación particular es importante por varias razones. Para empezar, es preciso señalar que se usa la palabra *designado* y no *representante* respecto a los directores vinculados al Estado. Esto es para enfatizar que la prioridad de estos directores deben ser los intereses de la CUNASA y no los intereses de las entidades que los han designado (artículo 14.1 del PL), existiendo suficientes incentivos (facilidad en la designación y remoción) para que estos directores busquen alinear estos distintos intereses, lo que resulta aceptable.

Por otro lado, esta conformación implica incorporar al Directorio diferentes puntos de vista: los de la sociedad civil, los de las aseguradoras públicas, los de los encargados de la hacienda pública y los del rector del sector salud. Esto incentiva un equilibrio sinérgico en la marcha de la CUNASA. Además, también se incorporan dos directores independientes quienes, de ser el caso, podrían mediar entre los diferentes puntos de vista.

En línea con lo anterior, se mitiga cualquier riesgo de captura porque la conformación obliga a que haya un consenso respecto a las decisiones importantes entre los representantes de los pacientes y los directores designados por el Estado. Bajo este esquema, las decisiones importantes (como la modificación del Estatuto, el cálculo de las primas, la aprobación de los planes de cobertura y la aprobación de la Red de Alto Costo) requieren ser aprobados por no menos de 6 votos. En este sentido, a pesar de que los directores designados por el Estado podrían ser una "mayoría" (porque son 5 en total), igual siempre requerirán del apoyo de los representantes de los pacientes o los directores independientes.

Más allá de las decisiones importantes que requieren una votación calificada, para el resto de las decisiones igual se requiere que haya un quórum de por lo menos seis (6) directores (artículo 11.6 del PL). En este sentido, se reconoce un derecho de veto indirecto para los distintos grupos de directores.

D. El régimen económico de la CUNASA

Los recursos que administra la CUNASA son intangibles y mancomunados y el proyecto de ley está orientado a que la CUNASA sea autosostenible.

Tal como se ha señalado anteriormente, el recurso principal corresponde a las primas que deben pagar las IAFAS. El monto de estas primas las determina el Directorio de la CUNASA, luego de un periodo de negociación con las distintas IAFAS.

Más allá de estas primas, a efectos de garantizar su sostenibilidad, la CUNASA también podrá realizar colocaciones e inversiones en los mercados nacionales e internacionales (artículo 15), así como identificar eficiencias dentro de la cartera de bienes y servicios y, de ser el caso, adquirir bienes, siempre y cuando sea

razonablemente demostrable que dicha adquisición contribuiría plausiblemente a una gestión eficiente de recursos (artículo 18).

Por otro lado, se establece la posibilidad de que ingresen como recursos impuestos, como eventualmente podría ser un monto derivado del Impuesto Selectivo al Consumo a productos vinculados con enfermedades de alto costo (como el tabaco), así como canon, como eventualmente podría ser un monto derivado del canon minero si hay enfermedades de alto costo vinculadas a la actividad minera, u otras contribuciones (artículo 15.d del PL). Asimismo, se establece como recurso los saldos no ejecutados del presupuesto asignado para compra de tecnologías sanitarias de distintas entidades (artículo 15.c del PL).

Estos recursos que administra la CUNASA deberán usarse principalmente para financiar los planes de cobertura. Ello siempre y cuando esté dentro de sus posibilidades financieras, la CUNASA está facultada para realizar inversiones vinculadas a la prevención de enfermedades (artículo 17.3).

E. El control y la supervisión de la CUNASA

Tal como se ha señalado, entre las características más importantes de la CUNASA están su autonomía, flexibilidad y amplia discrecionalidad. Para mitigar el riesgo de cualquier exceso el proyecto de ley plantea una serie de mecanismos de control y supervisión directos e indirectos.

Entre los mecanismos directos, el proyecto de ley establece que la CUNASA estaría dentro del ámbito de la Contraloría General de la República (artículos 4 y 21 del PL). Asimismo, la CUNASA estaría dentro del ámbito de supervisión de SUSALUD dada su condición de IAFAS (artículos 3 y 22 del PL). Finalmente, el proyecto de ley establece que los estados financieros de la CUNASA deben ser auditados por auditores independientes conforme a la Ley General de Sociedades (artículo 21 del PL).

Entre los mecanismos indirectos, la conformación plural del Directorio incentiva una fiscalización mutua, así como exige consensos entre la sociedad civil y el Estado (artículo 11 del PL). Asimismo, la CUNASA estaría dentro del ámbito de aplicación de la Ley 27806, por lo que se le otorga a la ciudadanía en general un rol fiscalizador (artículo 4 del PL).

En este sentido, hay bastantes incentivos para que la CUNASA haga un uso adecuado de su flexibilidad y discrecionalidad. En caso no lo haga, hay un sistema de control previsto en el proyecto de ley.

III. ANÁLISIS DE LEGALIDAD Y CONSTITUCIONALIDAD

A. Análisis de la importancia de la CUNASA

A nivel internacional, tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos[11], el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[12] y el Protocolo de San Salvador[13] reconocen el derecho a la salud. A nivel constitucional, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política de 1993 lo reconocen. Finalmente, a nivel infraconstitucional distintos instrumentos normativos, incluyendo la Ley General de Salud (artículo 1 y otros), reconocen este derecho.

Visto ello, es claro que hay una obligación estatal de garantizar el derecho a la salud. Esto implica adoptar medidas que maximicen el acceso a los servicios de salud y su calidad. Teniendo en cuenta esta obligación, la situación actual, en la que el mismo Estado ha reconocido que varios ciudadanos deben recurrir a gastos de bolsillos que, en el caso de las enfermedades de alto costo, pueden ser catastróficos, es subóptima.

En este marco, la creación de la CUNASA maximiza el derecho a la salud porque está orientada a eliminar los gastos catastróficos. Enfatizamos que esto no se pretende a través de un incremento irreflexivo de presupuesto, que reconocemos que en el Perú es limitado, sino a través de una gestión eficiente de recursos. En el caso de la CUNASA, esta gestión eficiente se basa en la homogeneización de los subsistemas de salud respecto a las enfermedades de alto costo y la distribución de riesgos entre las distintas aseguradoras.

---

[11] Artículo 25
1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

[12] Artículo 12
1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

[13] Artículo 10 Derecho a la Salud
1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

B. Análisis sobre la personalidad de la CUNASA

La CUNASA se propone como institución autónoma no estatal, figura reconocida por el Tribunal Constitucional en distintas sentencias. Para su creación se requiere una ley, por lo que este instrumento normativo es el adecuado. Resaltamos que, al no ser una entidad estatal, no es de aplicación la Ley 26889, ni el Decreto Legislativo 1440.

C. Análisis de constitucionalidad sobre los recursos de la CUNASA y la prohibición de la iniciativa de gasto

El artículo 79 de la Constitución Política de 1993 establece como regla que los representantes del Congreso de la República no tienen iniciativa para crear ni aumentar gastos públicos. Esto implica, de conformidad con lo resuelto por el Tribunal Constitucional en el expediente 00016-2020-PI, que si una iniciativa legislativa compromete un gasto no contemplado dentro del presupuesto entonces se estará creando o aumento gasto público e incurriendo en la prohibición constitucional.

En este caso, el proyecto de ley establece que la CUNASA será financiada inicialmente con los recursos que ya se vienen destinando al FISSAL. En este sentido, no constituye un nuevo gasto o un aumento de gasto público. Asimismo, respecto a las primas, estas provienen de aportes de los asegurados, por lo que no son propiamente recursos que van a ser erogados de las arcas del Estado. Es decir, no se trata de un fondo que tenga la naturaleza de régimen subsidiado que requiere que el Estado asuma directamente los costos que pueda suponer su operativización. En conclusión, el proyecto de ley no vulnera el artículo 79 de la Constitución Política de 1993.

IV. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

El problema resaltado en la sección I de esta exposición de motivos ya ha sido identificado en los últimos años por miembros del Congreso de la República:

- A través del Proyecto de Ley 7203/2020-CR[14], el entonces congresista César Augusto Combina Salvatierra (Alianza Para el Progreso) propuso la creación del Fondo para el Tratamiento de Enfermedades de Alto Costo (FALCO) para brindar cobertura financiera a los tratamientos de enfermedades de alto costo (artículo 1 del PL) siendo IAFAS de segundo piso respecto de las demás IAFAS del sistema de salud (artículo 2 del PL). El proyecto de ley no se llegó a dictaminar antes de la conclusión del periodo legislativo.

- A través del Proyecto de Ley 7708/2020-CR[15], los entonces congresistas Mónica Elizabeth Saavedra Ocharán (Acción Popular) y Alberto de Belaunde

[14] Disponible en: https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL07203-20210224.pdf

[15] Disponible en: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL07708-20210514.pdf

de Cárdenas (Partido Morado) propusieron la creación del Fondo Universal de Alto Costo en Salud (Fondo Salud) para brindar cobertura financiera a los tratamientos de enfermedades de alto costo (artículo 1 del PL) siendo IAFAS de segundo piso respecto de las demás IAFAS del sistema de salud (artículo 3 del PL). El proyecto de ley no se llegó a dictaminar antes de la conclusión del periodo legislativo.

- A través del Proyecto de Ley 1378/2021-CR[16], la congresista Hilda Marleny Portero López (Acción Popular) propuso la creación Fondo Nacional Universal en Salud del Alto Costo (FONSALUD) para brindar cobertura financiera a los tratamientos de enfermedades de alto costo (artículo 1 del PL) siendo IAFAS de segundo piso respecto de las demás IAFAS del sistema de salud (artículo 6 del PL). El proyecto de ley aún no ha sido dictaminado.

Teniendo ello en consideración, más allá de la identificación común del problema, es claro que las premisas de la solución son compartidas por distintas agrupaciones del espectro político.

EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

Este proyecto de ley no implica ningún cambio constitucional ni modificación a ley orgánica alguna, sino que se encuadra en los artículos 7 y 9 de la Constitución Política de 1993.

En cuanto a leyes ordinarias, el proyecto de ley incluye cinco Disposiciones Complementarias Modificatorias a través de las cuales se modifican la Ley 26790, la Ley 27056, el Decreto Legislativo 1163, el Decreto Legislativo 1173 y el Decreto Legislativo 1174, a efectos de establecer la obligación de las IAFAS públicas respecto a CUNASA. Asimismo, el proyecto de ley incluye una Disposición Derogatoria a través de la cual se deroga el Capítulo IV de la Ley 29761 y el artículo 11 del Decreto Legislativo 1163, relativas al FISSAL, y las normas no adecuadas dentro de plazo 60 días a la Quinta Disposición Complementaria Transitoria.

Finalmente, la Quinta Disposición Complementaria Transitoria establece la obligación de las instituciones que conforman la RENETSA de adecuar sus normas para que, en adelante, las evaluaciones de tecnologías sanitarias sean procedimientos transparentes. Por lo general, dicha adecuación exige la modificación de normas infra legales.

[16] Disponible en :
https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTUwMDQ=/pdf/PL0137828022022

ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

A. Identificación del problema

El problema que se pretende resolver concierne al financiamiento de los diagnósticos y los tratamientos de enfermedades de alto costo. En suma, dichos servicios y bienes suponen un gasto que puede llegar a ser catastrófico para muchos que los requieren. En el caso del SIS, este problema se ha abordado principalmente a través de la creación del FISSAL, pero dicha solución no ha sido satisfactoria, en gran parte por cuestiones que responden a su propia naturaleza como unidad ejecutora dentro del SIS. En el caso de las otras IAFAS públicas, a pesar de que no existe un equivalente al FISSAL, también se han identificado debilidades similares derivadas de la falta de autonomía y límites financieros.

B. Propuesta de solución

Para solucionar este problema, se propone la creación de una institución autónoma de derecho público que operara como IAFAS de segundo piso respecto a las demás IAFAS previstas en la Ley 29344. Esta naturaleza y rol dotaría a la CUNASA de autonomía, flexibilidad y discrecionalidad. Estos atributos le permitirían ser, eventualmente, sostenible al obtener recursos de las IAFAS de primer piso (que pagarían primas), así como de los resultados de inversiones que pueda hacer, entre otros (artículo 15 y ss. del PL).

Por otro lado, la CUNASA tendría la capacidad de establecer lineamientos a efectos de integrar las distintas redes prestacionales de alto costo (artículo 9 del PL). En caso se logren integrar estas redes a través de convenios entre las distintas IAFAS de primer piso, el acceso a la salud para los pacientes de enfermedades de alto costo sería mucho más amplio.

Asimismo, la CUNASA tiene libertad en materia de evaluación de tecnologías sanitarias lo que le permitiría adaptarse con más facilidad a la evolución de las tecnologías sanitarias (artículo 7 del PL). Finalmente, la CUNASA podría identificar eficiencias y definir procedimientos de adquisición de productos a efectos de evitar gastos innecesarios (artículo 18 del PL).

Ahora bien, más allá de lo que el proyecto de ley estrictamente establezca, la especialización de la CUNASA en enfermedades de alto costo y su capacidad para realizar estudios (artículo 12 del PL) hacen esperable que en el mediano y el largo plazo la CUNASA pueda impactar positivamente el ecosistema salud de manera más general.

C. Ausencia de alternativas

La razón por la que esta creación se propone a través de un proyecto de ley es porque solo a través de una ley (o reforma constitucional) se podría crear una institución autónoma de derecho público. Toda otra opción normativa (decretos supremos, resoluciones supremas, resoluciones ministeriales, etc.) sería incapaz de dotar a la CUNASA con la autonomía que se requiere para que opere con la flexibilidad y discrecionalidad que se le atribuye en el proyecto. En este marco,

siendo la autonomía un imperativo, se han descartado otras alternativas (como el incremento de presupuesto para el FISSAL) para hacer frente al problema descrito.

D. Identificación de beneficiarios y afectados

Los beneficiarios directos son las IAFAS de primer piso dentro de la cobertura de la CUNASA, por cuanto dada su naturaleza reaseguradora se distribuye el riesgo entre dichas IAFAS. Asimismo, las personas con enfermedades de alto costo son beneficiarias en última instancia por cuanto la CUNASA cubriría el financiamiento de dichos diagnósticos y/o tratamientos. Finalmente, las personas e instituciones pertenecientes al ecosistema salud se ven beneficiadas en tanto la existencia de la CUNASA homogeneiza los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo, contribuyendo además a la predictibilidad.

Los principales afectados son las IAFAS públicas de primer piso en tanto deberán adecuarse a las disposiciones de la ley. En este sentido, las IAFAS deberán actualizar sus estados actuariales, deberán establecer un enlace con la CUNASA, eventualmente pagar las primas, entre otros. A efectos de mitigar este problema, este proyecto de ley prevé que los intereses de estas IAFAS estén representados en el Directorio, quien tiene suficiente flexibilidad para negociar con las IAFAS asumiendo las particularidades de cada una.

Asimismo, la propuesta es que la CUNASA inicie sus operaciones con el presupuesto asignado al FISSAL. En este sentido, no se irrogaría ningún gasto sustancial al Estado que afecte su presupuesto.

E. Conclusiones

Teniendo en cuenta la precariedad en el sistema de salud público es una prioridad encontrar soluciones a sus distintos problemas. En tal sentido, la creación de la CUNASA es una solución sostenible y eficiente para el problema del financiamiento de diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo. En el marco de esta prioridad social, los beneficios derivados de la creación de la CUNASA superan largamente sus costos.

VINCULACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La presente propuesta legislativa se enmarca con la Décimo Tercera Política de Estado del Acuerdo Nacional relativa al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.[17] Específicamente, está vinculado, directa o indirectamente, con los literales a., d., e., g. e., i. de dicho acuerdo.

[17] Disponible en: https://www.acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/?print=pdf