

16 MAR 2009

RECIBIDO

Firma: _____ Hora: 16:20

TEXTO SUSTITUTORIO**LEY MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD****CAPITULO I
DISPOSICIONES GENERALES****Artículo 1 °.- Objeto de la Ley.-**

La presente Ley tiene por objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud; así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

Artículo 2°.- Ámbito de aplicación

La presente Ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud y comprendidas en el capítulo II, en todo el territorio nacional.

Artículo 3°.- Del aseguramiento universal en salud

El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional, disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.

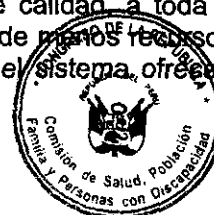
Artículo 4°.- Principios.

Son principios del aseguramiento universal en salud:

1. **Universalidad.-** La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado y demás documentos y convenios suscritos por el Estado Peruano y otras leyes de menor jerarquía. Por ello, el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

Solidaridad.- Conjunto de actos y normas orientadas a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.

3. **Unidad.-** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley.
4. **Integralidad.-** Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud
5. **Equidad.-** El Sistema de Salud proveerá servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de mayores riesgos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá



financiamiento subsidiado para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

6. **Irreversibilidad.**- Los derechos adquiridos previamente al proceso del aseguramiento universal y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.
7. **Participativo.**- Se define como el ejercicio de la ciudadanía, en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal.

Artículo 5°.- Características.

El Aseguramiento Universal en Salud tiene las siguientes características:

1. **Obligatorio.**- La afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente.
2. **Progresivo.**- El proceso de aseguramiento universal en salud es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema y la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento.
3. **Garantizado.**- El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal un sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones.
4. **Regulado.**- Las reglas que regirán a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud serán definidas por las instancias competentes, según lo establecido en la presente Ley.
5. **Descentralizado.**- El proceso se organiza de manera progresiva y descentralizada en los niveles nacional, regional y local, en concordancia con las políticas del Gobierno Nacional.
6. **Portable.**- La condición de asegurado, una vez incluido en el sistema lo acompaña en todo el territorio nacional.

Transparente.- El proceso de aseguramiento universal en salud contará con mecanismos de gestión que aseguren la rendición de cuentas a la ciudadanía.



CAPITULO II

DE LOS AGENTES VINCULADOS AL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 6°.- Del Órgano Rector

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa, las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal.



Artículo 7.- De las instituciones administradoras de los fondos del aseguramiento universal en salud

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud sujetas a la presente Ley son aquellas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados:

1. Seguro Integral de Salud.
2. Seguro Social de Salud (EsSalud).
3. Sanidades de las Fuerzas Armadas.
4. Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
5. Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
6. Compañías de Seguros Privados de salud.
7. Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagadas.
8. Autoseguros y fondos de salud.
9. Otras modalidades de aseguramiento públicos, privados o mixtos distintas a las señaladas anteriormente.

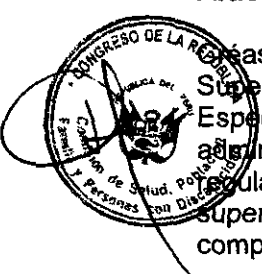
Artículo 8.- De las instituciones prestadoras de servicios de salud

Son los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados a brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención.

Artículo 9.- De la instancia Supervisora.

Se crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como Organismo Público Técnico Especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y encargada de registrar, autorizar, supervisar, y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia, a fin de velar por:

1. El aseguramiento universal en salud y su promoción
2. El uso eficiente y oportuno de los fondos destinados a dicho proceso,
3. La calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones.
4. La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal.
5. Establecer mecanismos de conciliación y arbitraje entre los afiliados y las instituciones prestadoras y financiadoras vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud.



6. La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados.
7. Otras que se le asigne por Ley, para el mejor cumplimiento de la supervisión del proceso de aseguramiento universal de salud.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, además registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud, y a todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas, que ofrecen servicios en la modalidad de pago regular y anticipado.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud supervisa que el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios proteja los intereses de los asegurados.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento de Salud, para el ejercicio de sus funciones goza de facultades sancionadoras dentro del marco de la presente Ley y su Reglamento. Las infracciones y sanciones son tipificadas en el Reglamento de la presente Ley.

La presente disposición no afecta la competencia de supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP sobre las empresas de seguros reguladas por la Ley 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

Artículo 10°.- De la conformación del Directorio de la Superintendencia Nacional de Salud

El Directorio de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud está integrada por los siguientes miembros:

1. Dos representantes del Ministerio de Salud, uno de los cuales lo preside.
2. Un representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
3. Un representante del Ministerio de la Mujer y Desarrollo social.
- Un representante del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.



El Presidente y los miembros del Directorio son nombrados por Resolución Suprema.

CAPITULO III PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 11°.- Definiciones básicas

Para efecto de la presente Ley se entiende por:

Condiciones asegurables.- Son los estados de salud que se buscan mantener, en caso de la población sana, o recuperar, en caso de la población enferma, que son susceptibles de ser financiados mediante esquemas de aseguramiento.

Intervenciones.- Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento en Salud.

Prestación.- Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los usuarios.

Artículo 12º.- Planes de aseguramiento en salud

Los planes de aseguramiento en salud son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento y se clasifican en los siguientes grupos:

1. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
2. Planes complementarios.
3. Planes específicos.

Artículo 13.- El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

El Plan Esencial de Aseguramiento en salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento sean éstas públicas, privadas o mixtas y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

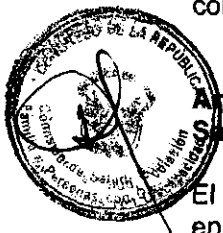
Artículo 14º.- De la Obligatoriedad

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente.

Artículo 15º.- Del proceso de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

El Ministerio de Salud es el ente encargado de elaborar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) el mismo que se aprueba por Decreto Supremo y se elabora sobre la base de:

1. Estudios de carga de enfermedad y otros estudios epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población del país, tomando en cuenta las prioridades regionales.
2. Planes de beneficios, compatibles con las prioridades sanitarias del sector salud.
3. Manejo integral de la persona, que incluya las intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud.
4. Prestaciones de atención a la población sana en sus diferentes ciclos de vida como parte de sus actividades de promoción y prevención.
5. Análisis de diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en los planes de aseguramiento existentes públicos, privados y mixtos.



6. Procedimientos efectivos basados en evidencias y análisis de costo-efectividad, siempre y cuando esta información esté disponible.
7. La capacidad de oferta del sistema de salud peruano.
8. Análisis actuariales y estimaciones financieras.

Artículo 16°.- De la evaluación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

La composición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se evalúa cada dos años pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios.

Artículo 17°.- De los Planes Complementarios

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud podrán ofrecer planes que complementan al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. La regulación de estos planes así como la fiscalización del cumplimiento estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Artículo 18°.- Planes de aseguramiento específicos y derechos adquiridos.

Los planes de aseguramiento en salud **específicos** del Seguro Social de Salud – EsSalud y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú que posean mejores condiciones que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se mantendrán vigentes para los nuevos afiliados a dichas instituciones de acuerdo a la normatividad aplicable a cada caso.

Ninguna entidad pública, privada o mixta que brinde servicios de aseguramiento en salud puede invocar las normas de la presente Ley para afectar los derechos adquiridos contenidos en los planes contratados, reduciendo las intervenciones o prestaciones contenidas en ellos.



CAPITULO IV FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 19°.- De los regímenes de financiamiento

A partir de la vigencia de la presente Ley, todos los peruanos serán beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en su condición de afiliados a los siguientes regímenes:

1. El régimen contributivo: Comprende a las personas que se vinculan a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal en Salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.
2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal en Salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.

3. **El régimen semi contributivo:** Comprende a las personas que están afiliadas a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal en Salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y **empleadores, según corresponda.**

El Poder Ejecutivo establecerá los mecanismos de regulación que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente Ley.

Artículo 20°.- De las fuentes de financiamiento de los regímenes subsidiado y semi contributivo

Los fondos intangibles destinados exclusivamente a cubrir las prestaciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud para los afiliados al régimen subsidiado y semi contributivo son los siguientes:

1. Los recursos asignados por el Estado a la vigencia de la presente Ley al Seguro Integral de Salud y los demás que se asignen posteriormente.
2. Los aportes y contribuciones que realicen los afiliados al Seguro Integral de Salud, de acuerdo al régimen de financiamiento.
3. Los fondos que los gobiernos regionales y locales les asignen en base a la adecuación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
4. Otros que la Ley les asigne.

El Estado debe incrementar progresivamente y anualmente de manera obligatoria los fondos destinados al financiamiento del régimen subsidiado y semi contributivo.

Artículo 21°.- Del financiamiento de la lista de enfermedades de Alto Costo de Atención

Las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el PEAS podrán ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semi contributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud- FISSAL. El listado de las enfermedades que serán aseguradas deberán ser definidas previamente por el Ministerio de Salud.

CAPITULO V DE LA ARTICULACION DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD

Artículo 22°.- Criterios para la articulación de las instituciones prestadoras de salud

Las instituciones prestadoras de salud, bajo la orientación del Ministerio de Salud, articularán sus servicios de acuerdo a los siguientes **criterios:**

1. Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores.
2. Aplicación de Guías de Práctica Clínica estandarizadas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

3. Sistema de identificación, **sobre la base del Documento Nacional de Identidad** que permita reconocer la condición de asegurado .
4. Criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiaridad.
5. Mecanismos de pago e intercambio de servicios que registrará las transacciones de compra-venta de servicios entre las instituciones prestadoras y la provisión de las prestaciones contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en la que intervenga al menos una institución pública.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS, COMPLEMENTARIAS Y FINALES

Primera.- Plazo de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

El Ministerio de Salud, elaborará el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el plazo de 60 días posteriores a la vigencia de la presente Ley.

Segunda.- Del inicio del proceso de Aseguramiento en Salud

El Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento en salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS en regiones pilotos priorizando las zonas de pobreza y extrema pobreza

Tercera.- Del financiamiento de los pilotos

El Ministerio de Economía y Finanzas transferirá los fondos necesarios para el financiamiento de los pilotos de implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS, en las regiones seleccionadas por el Ministerio de Salud.

Cuarta.- Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

Toda mención a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud en los dispositivos legales, normas administrativas, registros administrativos, así como en los actos y contratos en general, se entenderá referida a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

El Ministerio de Salud reglamentará el proceso de cambio de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud en Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Quinta.- Del organismo implementador

El Ministerio de Salud, mediante Decreto Supremo y en un plazo de treinta días contados a partir de la vigencia de la presente Ley, establecerá el organismo implementador de carácter multisectorial responsable de la conducción del proceso de aseguramiento en salud. El mencionado organismo tendrá un plazo máximo de funcionamiento de 02 años.



Sexta.- Información al Congreso de la República

EL Ministerio de Salud da cuenta al Congreso de la República anualmente sobre el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Sétima.- Disposiciones reglamentarias

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley, en el plazo de 90 días.

Octava.- Disposiciones derogatorias

Derógase o modifíquese las normas que se opongan a la presente Ley.

Salvo distinto parecer

Dése cuenta

Lima, marzo del 2009.

LUIS WILSON UGARTE
Presidente
Comisión de Salud, Población, Familia
y Personas con discapacidad

