

**TEXTO COMENTADO LEY N° 29344  
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 de 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.*

**COMENTARIO:**

La Ley tiene por objeto el marco normativo del aseguramiento universal y normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. La finalidad del aseguramiento de la ley sería el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. El objeto de la ley maneja 3 conceptos que la ley no hace ni tiene:

- a) No es aseguramiento universal, porque no asegura a todas las personas de todas las enfermedades, sino solo un grupo de enfermedades.
- b) No norma el acceso sino las exclusiones. Es decir, instaura el plan esencial de prestaciones que significa que excluye de la atención médica en las enfermedades que no están incluidas en el plan.
- c) Aleja a las personas de la seguridad social. El aseguramiento universal no asegura personas, sino enfermedades. Viola el principio elemental de la medicina que dice que existen enfermos y no enfermedades. Despersonaliza la medicina y peor aun, al no dirigirse a la persona sino solo a algunas de las enfermedades, deja al azar o a la condición económica de las personas la salud; aspecto central de la seguridad social. Ni que hablar de pensiones, riesgos profesionales y cesantía.

Las normas que promueven la seguridad social universal, es decir, un sistema que brinda protección integral de la salud, pensiones, riesgos profesionales y cesantía son normas progresivas, pero aquellas que las alejan y dejan desprotegidos a los seres humanos son regresivas. Esta es una norma regresiva.

**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.*

**COMENTARIO:**

El ámbito de la norma son las instituciones públicas, privadas y mixtas y no las personas beneficiadas. En esta ley la prioridad la tienen las instituciones, las empresas. Los seres humanos son los ausentes de esta norma.

**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.*

**COMENTARIO:**

Este artículo encierra una contradicción. Señala que “aseguramiento universal” es disponer de un seguro de salud que permita acceder a un “conjunto de prestaciones” y no de todas las prestaciones de salud. Esta es precisamente la contradicción: un seguro que excluye prestaciones no puede ser universal. Además agrega equivocadamente que

el seguro incluye actividades de promoción y prevención que son inherentes a la función del estado y por lo tanto del gobierno. No existe un interés privado en las actividades de promoción y prevención sino un interés colectivo. No existe un incentivo para comprar un seguro para esas actividades, son actividades no asegurables. El gobierno a través de esta ley traspassa al ciudadano actividades que son de interés colectivo y que deberían ser realizadas con los dineros de todos los peruanos vía los impuestos. La preocupación de la norma es en la eficiencia, es decir en ahorrar dinero, sin considerar la eficacia. Pero la pregunta sería, ¿dinero de quien se preocupa en ahorrar la norma? Obviamente el de las instituciones o empresas. Hay que señalar que la eficacia le interesa al ciudadano, al paciente, porque le interesa curarse sin importarle el costo. Lo más importante para el paciente es la eficacia terapéutica luego es obvio que le interesaría la eficiencia. Nunca al revés. Primero piensa en salvarse y luego en ahorrar.

**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.*

*2. 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, regimenes, 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 menos recursos 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.*

**COMENTARIO:**

Este artículo adecua las definiciones para encubrir el carácter regresivo de la norma. Cada uno de los 7 principios es entendido al margen de la doctrina conocida de la seguridad social y de su uso corriente en salud pública. La norma abusa del uso relativo del lenguaje. Genera confusión en los estudiosos de la ciencia médica, la política y la población en general. Por ejemplo:

1) Universalidad. Según la norma significa que todos tengan un seguro, aunque sea de algunas enfermedades y excluya otras enfermedades, sin embargo, según la doctrina de seguridad social, según su uso en salud pública y el sentido común, universal es todo, es decir, todas las personas y todas las enfermedades. Además, la norma remarca “de todas las etapas de vida y sin discriminación”, pero en realidad se refiere a tener derecho a la atención de una enfermedad que esta incluida dentro del “conjunto de prestaciones” a cualquier edad y sin discriminación, pero hay que remarcar, solo de esa enfermedad y no se refiere como realmente se debería entender de todas la enfermedades y a cualquier edad y sin discriminación alguna.

2) Solidaridad. La norma se refiere a la contribución que hace el estado o los propios ciudadanos para que un grupo poblacional pueda acceder a la atención del conjunto de prestaciones del plan esencial de salud. Es decir, los que más

pagan y los que pagan poco, mezclan sus riesgos y reciben una misma atención, además el gobierno contribuye con el subsidio de los que no pueden pagar o pagan poco. Pero, eso no es solidaridad. El plan esencial de aseguramiento en salud no cubre todas las atenciones posibles y necesarias, por ello, la gente que no tiene dinero o no lo tiene en modo suficiente simplemente sobrevive con la enfermedad o muere. La solidaridad en la doctrina de la seguridad social, y del sentido común se refiere a toda la sociedad y frente a todos los daños.

3) **Unidad.** La norma define unidad como la articulación. Articular políticas, instituciones, etc no es unidad. La unidad se refiere a un solo ente que pueda fijar el norte, establecer lineamientos, normar, etc. Esta definición esta tan vacía de contenido, que la Ley en una disposición transitoria, habla de crear por decreto, un ente impulsador del “aseguramiento universal”. Esta norma crea un sistema con múltiples cabezas autónomas que ahondaran la fragmentación, la ineficacia e ineficiencia del sistema de salud peruano.

4) **Integralidad.** Se refiere a la atención de una enfermedad incluida dentro del conjunto de prestaciones del plan esencial de aseguramiento en salud, desde el inicio hasta el final, en cualquier periodo de la enfermedad asegurada. Las enfermedades no incluidas en el conjunto de prestaciones no se atienden. Esta definición de integralidad es increíble. Una atención integral significa atender al ser humano en su totalidad, en su integralidad. Todas la enfermedades y en cualquier periodo de cualquier enfermedad, sin exclusiones.

5) **Equidad.** Se refiere la definición solo a darle subsidio parcial o total a la población que necesita para tener derecho al plan esencial de aseguramiento universal. Es un concepto ajeno a la seguridad social y a las nociones más elementales de salud pública ya que la equidad se refiere al total de la población y además al total de los eventos de la salud. La equidad se refiere a una discriminación positiva para los sectores excluidos o marginados de la sociedad. El concepto de equidad de la norma garantiza y legaliza la exclusión social y se transforma en una discriminación negativa de los más pobres y vulnerables de los peruanos.

6) **Irreversibilidad.** La frase que define irreversibilidad confirma precisamente que esta norma es regresiva, es decir, aleja a los peruanos de la seguridad social, por ello señala que “los derechos adquiridos previamente al proceso del aseguramiento universal y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior”. Este reparo se coloca precisamente porque habrá retroceso, pérdida de derechos. Esta llamada irreversibilidad intenta enmascarar esa pérdida, además la semántica es pobre al decir “que no deben sufrir ningún menoscabo, cuando debió haber sido enfático, o sea, remarcar que no sufrirán ningún menoscabo. Pero, la norma señala que a lo que están obligadas las instituciones es a brindar el conjunto de prestaciones del plan esencial de aseguramiento en salud, aunque le reconozcan al asegurado que tiene más derechos le dirán que no tienen financiamiento para ello, le reconocerán su derecho, pero lamentaran no brindárselo por falta de disponibilidad presupuestal. La pérdida real de los derechos adquiridos quedará enmascarada por la vigencia nominal de esos derechos.

7) **Participativo.** A pesar que la norma señala “el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de las políticas de aseguramiento universal”, ocurre lo contrario. La norma impide la participación y el ejercicio de ciudadanía. Por ejemplo el directorio de la Superintendencia de Aseguramiento en Salud es designado por los ministerios de Salud (2), Economía y finanzas (1), de la Mujer y Desarrollo Social (1) y Trabajo (1) por Resolución Suprema, es decir, por el Presidente de la Republica. No participa nadie ajeno al gobierno. En la Ley no existe ningún mecanismo de participación social. No participan los asegurados, los consumidores, la sociedad civil, los gremios profesionales, los colegios profesionales, los jubilados tampoco. La participación social y los mecanismos de fiscalización del sistema están ausentes en la Ley.

**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.*

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

#### **COMENTARIOS:**

Este artículo de la norma obliga la compra de un seguro de salud a todos los peruanos, lo que promoverá y dinamizará la economía de las empresas aseguradoras privadas, públicas y mixtas. La experiencia del SOAT vehicular es el espejo que hay que mirar para hacerse una idea de lo que podría ocurrir con la salud en el Perú. Sin embargo, la norma no señala cuál será el mecanismo legal para obligar a los ciudadanos a comprar las pólizas de seguros. La norma no plantea procedimientos de multa, sanción, retención de la planilla, retención en las compras, como por ejemplo de los combustibles, etc que asegure en modo compulsivo la posesión de una póliza de seguros. No hay que olvidar que la contribución a las AFPs y a Essalud es obligatoria, el mecanismo es la planilla y las sanciones a los evasores es drástica.

1. Obligatorio.- La característica de ser un seguro con afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud obligatorio para toda la población residente es un deseo, es inviable sino se crean los mecanismos que conminen la compra o el subsidio de las pólizas. No hay que olvidar que uno de los principales evasores de la seguridad social actualmente es la administración estatal, sea nacional, regional o local.

2. Progresivo.- Este proceso diseñado como progresivo tiende en el tiempo, en el largo plazo, a afiliar a todas las personas residentes en el Perú al Plan Esencial de Aseguramiento, pero tampoco diseña cuál será el procedimiento y el mecanismo para lograr que la caja fiscal suelte el dinero necesario, peor aún sin existir metas, cálculos actuariales ni montos dinerarios que deberían presupuestarse en los próximos años. Más dramático es el panorama si se desea también la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento, es decir, ir enriqueciendo con más enfermedades el Plan Esencial de Aseguramiento. La norma adolece del costo por persona de la póliza del Plan Esencial de Aseguramiento. Es increíble que se haya aprobado violando las propias normas congresales que obligan al estudio de costos. La opinión del Ministerio de Economía y Finanzas en este acápite tampoco ha sido técnica.

3. Garantizado.- “El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal un sistema de protección social en salud” Esta frase diluye la responsabilidad, primero por la confusión que existe entre el término Estado y gobierno y luego por la falta de identificación del componente de gobierno que se encargará de tan sacrificada misión, es decir, como no la tienen aún se la endosan al Estado, a todos. Peor ocurre cuando se agrega que se “incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones” sin siquiera mencionar cuánto de la caja presupuestal se destinará para ese fin, quien elaborará los reglamentos y en cuánto tiempo y quien será el encargado de la fiscalización y cumplimiento. La norma peca de “voluntarismo” y falta de mecanismos eficaces que aseguren su cumplimiento. El interés privado de las empresas aseguradoras por si solo no puede conducir y garantizar todo el proceso de aseguramiento, pues trastocaría a la medicina en una “actividad mercachifle” con graves consecuencias negativas para la salud humana.

4. Regulado.- Es muy ambigua esta característica. No está claro si regulado se refiere al mercado de la salud, es decir, a un sistema económico en salud limitado por normas que impiden el accionar de la “mano invisible”, o al intervencionismo gubernamental para favorecer progresivamente a las empresas aseguradoras, es decir, a un grupo de los actores involucrados en el mercado de la salud, al más puro estilo mercantilista. Aunque también puede interpretarse como un mercado de la salud totalmente desregulado, pero una administración de las prestaciones totalmente reguladas, es decir, el ideal de las grandes corporaciones financieras, totalmente predecible y controlable en el gasto pero sin ningún control a

los ingresos financieros y a las ganancias. Finalmente, es poco probable que se pueda regular el mercado de la salud con reglamentos de menor jerarquía, puesto que las empresas de seguros y financieras gozan de garantías del más alto rango legal. Por ello señalar que “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” significa la dación de normas administrativas necesarias para la contención del gasto y de las prestaciones en salud.

5. Descentralizado.- La norma es centralista. Solo crea un ente nacional. El Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud es designado solo en Lima por Resolución Suprema. El ente impulsador por crearse también. El Sistema de Aseguramiento Universal en Salud es uno solo, centralizado y financieramente manejado desde Lima, por las instituciones limeñas. Sin embargo, no debe confundir el hecho que señale que “el proceso se organiza de manera progresiva y descentralizada en los niveles nacional, regional y local, en concordancia con las políticas del Gobierno Nacional”, pues no se refiere al sistema sino a la forma como se irá implementando. Hablamos entonces de la descentralización del proceso de centralizar la salud en el Perú.

6. Portable.- La portabilidad significa que si yo estoy afiliado a una compañía aseguradora, sea privada, mixta o pública, yo puedo traspasarme de una a otra conservando mis derechos, con la finalidad de obtener mayores beneficios sin perder mis beneficios adquiridos. El mecanismo perverso de los seguros llamado selección adversa, hace que expulsen bajo cualquier pretexto o subterfugio a sus afiliados pacientes que inducen reembolsos o gastos que ellos consideran excesivos, sea por una enfermedad crónica, por la edad o por personas que asumen riesgos excesivos contra su salud. La portabilidad debería asegurar competencia entre los operadores financieros, impedir la selección adversa y finalmente que el estado no termine afiliando solo el hueso, es decir, solo a los afiliados de alto gasto y las empresas privadas se lleven la carne. Por ello plantear que el aseguramiento es portable porque “la condición de asegurado, una vez incluido en el sistema lo acompaña en todo el territorio nacional”, es una forma de remarcar que la empresa aseguradora correrá con los gastos del afiliado, según su plan, en cualquier parte del territorio del país. Ese es el funcionamiento de los seguros, eso es obvio, pero de ninguna manera significa portabilidad. Es lamentable que la norma confunda a la opinión pública y eluda la aplicación de la portabilidad de las pólizas de seguros en el Perú.

7. Transparente.- La transparencia es muy difícil en un sistema financiero y bancario que funciona con el secreto con rango constitucional. El secreto bancario hará que los niveles de transparencia solo alcancen a las instituciones que prestan el servicio, no a las aseguradoras que participan en el proceso de aseguramiento universal. Por ello señalar que “el proceso de aseguramiento universal en salud contara con mecanismos de gestión que aseguren la rendición de cuentas a la ciudadanía” va dirigido a las prestadoras de servicios de salud y a los propios pacientes. El secreto bancario será inviolable pero la intimidad de los pacientes serán violados en aras de la transparencia de los cálculos financieros de las aseguradoras.

**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.*

**COMENTARIO**

El rol rector del Ministerio de Salud sólo se entiende como ente normativo y de establecimiento de las políticas relacionadas con la promoción, implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal. Remarcamos la palabra sólo por lo siguiente:

- a) Es ente normativo solo para lo relacionado con el aseguramiento universal. Es decir, se desliga de las obligaciones normativas en materia de salud, las mismas que corren traslado a la Superintendencia del Aseguramiento Universal.
- b) La palabra política siguiendo a la terminología sajona se refiere a tareas administrativas. Es así como se interpreta por el contexto de la frase, porque si se referiría al sentido de políticas públicas, la palabra política debería estar antes que su rol normativo. El hecho que remarca nuestra apreciación es que se refiere sólo a promover, implementar y fortalecer el aseguramiento universal. La política de salud es también transferida a los propios seguros sean privados, mixtos o publicas y a la superintendencia de aseguramiento en salud.

El rol rector del Ministerio de Salud, esta totalmente debilitado por no decir, que es inexistente. El libre mercado y las empresas que compiten en el, son las que ponen las reglas de juego. El gobierno en salud esta ausente.

**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.

**COMENTARIO**

Este artículo es el golpe de gracia a la seguridad social en el Perú. Es el abandono de la concepción de seguridad social para asumir la concepción privada, de seguros en salud. Los subsistemas de seguridad social como Essalud, sanidades militares y policiales por obra de este artículo pierden su autonomía y unidad, se transforman en entidades financiadoras tal como lo son los seguros privados, las EPS, el SIS. El agravante a ello, es que ya por ley de presupuesto del año 2009 en la práctica la autonomía había sido perdida. Dividir Essalud en 2, Essalud prestador y Essalud financiador es la forma necesaria para trasvasar el dinero de los asegurados al sector privado. Igual suerte corren los demás subsistemas de seguridad social como las sanidades militares y policiales. A través del financiamiento se impondrán las reglas de juego en salud en nuestro país según el modelo y las necesidades de las instituciones financieras privadas de salud que actualmente sólo intermedian financieramente la atención médica al 1% de la población peruana. La llamada tercerización que tantas críticas ha recibido ahora es una bicoca. Este es el verdadero objetivo de la norma.

**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.*

**COMENTARIO**

Partidos Essalud, sanidades militares y policiales en entes financiadores por un lado y prestadores por el otro, obliga a la parte prestadora a competir con el sector privado para hacerse del financiamiento de su propia institución, es decir, del propio Essalud, sanidades militares y policiales. "Competir" es una palabra bondadosa para graficar el trasvaso de los dineros de Essalud al sector privado. El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud será lo que pagarán las financiadoras con el consecuente abandono de las otras enfermedades que todo asegurado de Essalud y de las sanidades militares y policiales tiene derecho. La precariedad prestacional será moneda corriente mientras que el sector privado se ira fortaleciendo progresivamente a medida que la exclusión de la atención médica de los asegurados se agrave. No es posible darle grandes ganancias a las empresas de seguros privados sin mayor inyección de dinero salvo que sea disminuyendo los servicios a los pacientes de Essalud y sanidades militares y policiales.

**Artículo 9.- De la instancia Supervisora.**

*Créase 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 usuarios 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 publicas, 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.*

**COMENTARIO**

La creación de la superintendencia de Aseguramiento en Salud con la finalidad de regular a las entidades financieras en salud (con sumo cuidado para no interferir con la Superintendencia de Banca y seguros) es una tarea casi imposible. Nadie pone cortapisas a la libertad de la banca y los seguros, debido a que tienen protección del más alto rango constitucional. En realidad la tarea es sumamente modesta ya que se refieren a normas de carácter administrativo en relación sobre todo a la forma de pago de las prestaciones. La finalidad de supervisión de las entidades prestadoras es el real cometido de la creación de la Superintendencia de Aseguramiento universal. En realidad se plasmara aquí la supremacía de los financiadores frente a los prestadores, de los bancos y seguros frente a las clínicas, hospitales, médicos y pacientes. Quizá el hecho finalmente más resaltante es que el agraviado será el paciente. ¿Qué significa la supervisión de los prestadores? Significa la estandarización de la atención médica, la exclusión de los pacientes por tipo de enfermedades, al diferenciarlas en cubiertas y no cubiertas, protocolos de atención a base de medicamentos, técnicas y procedimientos médicos baratos. Es decir, toda la estrategia administrativa con la finalidad de abaratar o contener los costos de atención médica con la finalidad de evitar los desembolsos de las compañías aseguradoras. Para la realización de este proceso se necesita que los médicos y los prestadores de salud abandonen la ética médica y asuman la bioética como guía de comportamiento profesional y empresarial. Que la auditoria medica hecha solo por médicos y con carácter de mejoramiento de calidad se convierta en punitiva y la realicen todos los profesionales sean médicos, profesionales de salud e inclusive de otras ramas. Instauración de la auditoria financiera y contable en salud, llamada auditoria en salud. La instauración de la cultura del protocolo en las atenciones médicas.

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

*El Directorio de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud esta 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.*
- 4. Un representante del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.*

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

**COMENTARIO**

La conformación del directorio refleja una paradoja. Por un lado una norma con un titulo rimbombante, inclusivo y por otro una norma parcializada hacia la utilidad financiera y excluyente. La participación social es otra paradoja. La norma declara la participación social pero la excluye del directorio. El directorio es un directorio de militantes del partido de gobierno, pues son los representantes de los ministerios designados por resolución suprema. Este artículo genera una terrible suspicacia. Las funciones de la Superintendencia de Aseguramiento en Salud son muy poderosas, pues regula la entrada al mercado de los establecimientos de salud, su funcionamiento, los derechos de los pacientes (incluye la intimidad de los peruanos) y los planes de aseguramiento y el subsidio estatal, la calidad del acto médico y el rol financiero en salud de los seguros. Los planes de aseguramiento, la intimidad de los peruanos y el subsidio estatal son aspectos claves en un periodo electoral. La ausencia en el directorio de los trabajadores, pensionistas, pacientes, prestadores de salud, y un largo etcétera, genera un sesgo antidemocrático, elitista y excluyente.



**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.*

**COMENTARIO:**

Condiciones asegurables, intervenciones y prestación reemplazan al ser humano íntegro. No interesa el ser humano sino una condición de él que es asegurable, es decir, capaz de ser cuantificada, valorizada y pagada. Esa condición asegurable es un daño potencial o real. Ya no hay pacientes, hay daños. Las intervenciones son las prestaciones o conjunto de prestaciones priorizadas por los políticos, no son las necesarias para un ser humano. Si las necesarias para el paciente no están priorizadas, el paciente no es atendido, porque esa prestación no está valorizada y por lo tanto no será pagada. El médico contrario a toda su formación científica y humanística será el que aplicará esta novísima forma de negocio en salud en el Perú. ¿Importa algo el comportamiento médico? En esta circunstancia sí. Sin la intervención médica la norma es inaplicable.

**Artículo 12°.- 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.*

**COMENTARIO:**

Una vez que el ser humano ha sido despedazado y convertido en daños, se enlista algunos daños, llamados condiciones asegurables e intervenciones, luego se forman planes, el que cubre menos daños es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, el que cubre un poco más son los planes complementarios, y curiosamente los ciudadanos que actualmente gozan de una protección integral como persona humana, se le reconoce como derecho adquirido y la ley los llama planes específicos. El paciente que es cubierto íntegramente goza de un plan específico. Como se ha analizado estos planes específicos son letra muerta porque las administradoras de fondos están obligadas a pagar sólo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, por lo tanto los planes específicos desaparecerán por falta de presupuesto.

**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 estas públicas, privadas o mixtas y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.*

**COMENTARIO**

Lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones, significa que existe otra lista de condiciones asegurables e intervenciones que no serán cubiertas, subsidiadas o contributivas. Esta lista no cubierta significa un recorte a los derechos de los asegurados de Essalud, Sanidades Militares y Policial, pero además significa un recorte del derecho a la salud de los ciudadanos. No será posible exigir la atención al Estado de un indigente salvo si estuviere en el Plan Esencial. Este artículo tiene una figura legal inconstitucional y repercusiones penales, por las situaciones de abandono que podrían generarse. Lo peor para la profesión médica, es que el médico será visto por la población como el encargado de realizar el triaje, de quienes se atienden y quienes no. Actualmente no existe atención médica para el 25% de la población, pero queda legítimo el derecho al reclamo, con esta norma inclusive la protesta queda eliminada.

**Artículo 14°.\* 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.*

**COMENTARIO:**

La obligatoriedad del Plan Esencial de Aseguramiento Universal es precisamente el mecanismo que utilizará Essalud, las sanidades militares y policiales para realizar el recorte derechos. Como veremos luego, el derecho a una atención integral sigue vigente, pero no su obligatoriedad. Los sistemas contributivos públicos antes señalados, pueden aducir el incumplimiento de la atención integral de un paciente por motivo presupuestal.

**Artículo 15°.- 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 este disponible.*
- 7. La capacidad de oferta del sistema de salud peruano.*
- 8. Análisis actuariales y estimaciones financieras.*

**COMENTARIO.**

Todo sistema de protección de la salud, se crea por una decisión política, no técnica. El sistema político del país decide cuanto desea gastar y cuanta importancia le otorga al cuidado de la salud. La enumeración de 8 items para la elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento demuestra esa aseveración. La variabilidad que se origina de la combinación de 8 items abiertos es infinita, es decir, se puede incluir o excluir “técnicamente” lo que desea el poder político. Las estimaciones financieras y los análisis actuariales son lo menos necesarios, como no lo ha sido para la promulgación de la Ley. Sin embargo es el más recordado al de impedir la inclusión de nuevas condiciones asegurables e intervenciones.

**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 mas condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios.*

**COMENTARIO:**

La evaluación cada dos años del Plan Esencial de Aseguramiento es un artilugio político, que intenta evitar el reclamo permanente de los pacientes excluidos por la ampliación del Plan Esencial de Aseguramiento. Algo similar a lo que ocurre con el pliego de reclamos anual de los sindicatos. Es un respiro para la patronal para evitar el conflicto permanente.

**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.*

**COMENTARIO:**

Este artículo precisamente garantiza el incumplimiento de los derechos adquiridos por motivo presupuestal, porque la norma no tiene un carácter obligatorio. Reconoce el derecho aunque no existe ninguna obligatoriedad ni sanción legal.



**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 esta orientado principalmente a las poblaciones mas 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 publico 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.*

**COMENTARIO:**

La Ley General de Salud 26842 y la Ley de Modernización de la Seguridad Social y su Reglamento promulgados por el gobierno de Fujimori, señalan exactamente ese sistema de financiamiento y desde esa década se ha ideado una serie de mecanismos para implementarlo, sin embargo el fracaso ha sido estrepitoso. El mayor alcance fue el subsidiado a través del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y luego El seguro Integral de Salud (SIS), pero el régimen semicontributivo no ha dado resultado y la ampliación de la cobertura de Essalud tampoco ha logrado ese cometido. Peor aún ha ocurrido con los mecanismos para evitar las filtraciones, es decir, la atención de pacientes que no debería recibir subsidio y lo han hecho y al revés. Ha sido enorme la filtración detectada por los estudiosos. La ley insiste en el mismo mecanismo sin corregir las ineficacias.

**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.*

**COMENTARIO:**

La norma no establece ningún mecanismo compulsivo para el cumplimiento del financiamiento. La referencia es sólo dirigida al Seguro Integral de salud. La posibilidad de los fondos adicionales del gobierno central, regional y local es declarativo. Ahora bien, es conocido por todos, el estado de crisis financiera (o quiebra) por la que atraviesa el Seguro Integral de Salud y la cuantiosa deuda que mantiene con los hospitales. Los ingresos propios de los hospitales públicos contribuyen y financian las atenciones del SIS.

**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.*

**COMENTARIO:**

Las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el Plan Esencial serán financiadas a través del Fisco, siempre y cuando se encuentren también priorizadas. Es decir, existe un listado de enfermedades catastróficas que han quedado excluidas de atención. Peor aún, el Fissal es un fondo virtual, inexistente. No existe dinero en el FISSAL.



**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, articularan sus servicios de acuerdo a los siguientes criterios:*

1. *Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por las prestadoras.*
2. *Aplicación de Guías de Prácticas Clínicas 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 regirá 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.*

**COMENTARIO:**

La articulación de las instituciones prestadoras de salud, significa como hacer para que los servicios sean intercambiables, similares, predecibles y licitables.

La estandarización de las intervenciones, manuales y procedimientos, con la confección de los protocolos, llamados eufemísticamente, guías clínicas estandarizadas, viola dramáticamente la libertad de conciencia del médico en su ejercicio profesional, convirtiéndolo en un autómatas. Expone al médico a terribles y nuevos desafíos médico- legales.

La instrumentalización del DNI (documento nacional de identificación) como único documento de identificación genera una abierta violación de la intimidad de los pacientes. A través del DNI conocerán la historia clínica y como es normal la vida médica de cada uno de los peruanos. La norma es sumamente permisiva en la violación de la intimidad de los pacientes. No se ha considerado en la norma a pesar que se realiza la ínter cambiabilidad de los servicios el manejo de la historia clínica ni de la información confidencia y secreta que esta contiene.

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS, COMPLEMENTARIAS Y FINALES**

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

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

**COMENTARIO:**

60 días de plazo para elaborar el Plan Esencial de aseguramiento es muy corto, sin embargo todo parase indicar es lo menos importante porque la decisión política tomada es al margen de los problemas de salud en una contención o reducción del gasto en salud. Los planes piloto será el laboratorio de experimentación para una decisión política ya tomada.

**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.*

**COMENTARIO.**

En salud existe un rechazo ético y moral a los planes piloto. ¿Quien decide a quien se incluye y a quien se excluye?, si la

inclusión beneficia a la gente, como justificamos el daño producido en la población perjudicada. ¿El dinero de todos puede utilizarse para mantener en la marginación posdecisión del plan piloto? Además, los planes piloto se realizan antes de la dación de una ley, por que la ley tiene la característica de universal, sin embargo ahora es al revés.

**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.*

**COMENTARIO**

La transferencia de los fondos para las regiones priorizadas en el plan piloto genera un mayor conflicto ético y moral.

**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.*

**COMENTARIO:**

El proceso de cambio de nombre es un cambio profundo y radical. Es la transferencia del sistema público al sector privado.

**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.*

**COMENTARIO:**

El Organismo Implementador que será reglamentado por Decreto Supremo y en plazo de 30 días y que funcionará por 2 años, es el encargado de romper la rectoría inicialmente del ministerio de salud. Esta disposición transitoria viola la propia ley que comentamos.

**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.*

**COMENTARIO:**

El Consejo de Ministros da cuenta al congreso cada 28 de julio sobre la marcha del país, por ello, remarcar este aspecto es simplemente remarcar aquello que esta obligado.

**Sétima.- Disposiciones reglamentarias**

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

**COMENTARIO:**

El reglamento de la ley en 90 días, apresurado, para una norma que cambiará los destinos de la salud pública en el Perú.

**Octava.- Disposiciones derogatorias**

*Derogase o modifícase las normas que se opongan a la presente Ley.*