

Proyecto de Ley por el que se fortalece el derecho a la salud a través del acceso a los servicios de salud en atención de emergencias y partos, en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas

Los Congresistas de la República, integrantes del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, que suscriben el presente proyecto de ley, a iniciativa del congresista CARLOS ERNESTO BUSTAMANTE DONAYRE, en ejercicio de su derecho de iniciativa legislativa, según lo establecido en los artículos 102°, inciso 1) y 107° de la Constitución Política del Perú y conforme a los artículos 2° y 76° numeral 2) del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente proyecto de ley:

LEY QUE FORTALECE EL DERECHO A LA SALUD A TRAVÉS DEL ACCESO A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y PARTOS, EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene como objeto fortalecer el ejercicio del derecho a la salud de la persona, de ser atendido en situación de emergencia y el derecho de toda mujer de ser atendida en parto, que incluye la atención al concebido o al niño por nacer, en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), Pública, Privada o Mixta, independientemente de su condición de asegurado o pertenencia a una Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS).

Artículo 2. Principios básicos que rigen la presente ley

- a. **Universalidad:** La atención de la salud en situación de emergencia es un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda persona dentro del territorio nacional sin discriminación alguna y en todas las etapas de la vida.
- b. **Equidad:** El principio de equidad para el logro de la universalidad de la atención de la salud en situación de emergencia, evita la distinción por falta de recursos económicos para el pago de los servicios. El Estado asume el rol principal en defensa de la integridad de la salud física y mental de la persona en situación de emergencia.
- c. **Integralidad:** La persona tiene derecho a recibir todas las prestaciones de salud necesarias para revertir la situación de emergencia que ha puesto en riesgo su vida, o integridad física y/o mental.
- d. **Transparencia:** Los actos administrativos derivados de la aplicación de la presente ley se rigen por el principio de transparencia y veracidad.

Artículo 3. Definición de la situación de emergencia

La condición de emergencia de la salud de una persona es definida como la alteración de su salud de forma repentina, originada por enfermedad, lesión o accidente y que pone en grave riesgo su vida o integridad física y/o mental, si es que no se le brinda atención por profesionales de la salud en forma inmediata y oportuna.

La situación de emergencia la define el médico tratante en el servicio de emergencia de la institución prestadora de servicios de salud según su capacidad resolutive. El diagnóstico de emergencia que determina la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) debe cumplir con lo establecido en la normatividad vigente: Prioridad I o II, gravedad súbita externa o urgencia mayor, respectivamente, o la definida por el médico de emergencia bajo responsabilidad.

Artículo 4. Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) tienen las siguientes obligaciones:

- a. Prestar asistencia médica a la persona que acude a la emergencia del establecimiento de salud, garantizando la oportunidad de la intervención para revertir la situación de riesgo para su vida e integridad.
- b. Prestar la atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos sin establecer condicionamientos económicos, contractuales u otras exigencias que posterguen la atención de la salud de la persona en grave riesgo.
- c. Informar dentro de las primeras 6 horas de iniciada la atención, en el caso que, el paciente se encuentre cubierto por alguna IAFAS, con el fin de coordinar la mejor atención del paciente en situación de emergencia.
- d. Mantener al paciente en los servicios de emergencia, mientras subsista el riesgo para la vida o integridad física o mental de la persona.
- e. Brindar las atenciones, medicamentos esenciales y exámenes auxiliares necesarios para el restablecimiento de la salud del paciente.
- f. Dejar constancia de los detalles de la atención de emergencia brindada en la historia clínica registrada para el caso.
- g. Informar a los familiares de la situación de gravedad del paciente.
- h. Ingresar información sobre la atención de emergencia en la plataforma de transferencia de datos estandarizados de facturación de la Superintendencia Nacional de Salud.
- i. Informar diariamente sobre la capacidad de camas para hospitalización, camas UCI con ventilador o sin ventilador, a la autoridad sanitaria.

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Artículo 5. Obligaciones de las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS)

Las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS) tienen las siguientes obligaciones:

- a. Efectuar el pago de la atención de emergencia en un plazo máximo de 60 días calendario desde la presentación del comprobante de pago por parte de la IPRESS.
- b. Garantizar el traslado de su asegurado a un establecimiento de salud de acuerdo a la condición médica del paciente, una vez que éste se haya estabilizado clínicamente.

Artículo 6. Eliminación de trabas burocráticas administrativas para la atención a la persona en situación de emergencia

No es necesaria la suscripción de contrato, carta de garantía o similar entre la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS) y la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRESS), Privada o Mixta, para proceder a la atención de emergencia o parto, y posterior pago de la prestación de salud.

Artículo 7. Auditorías por parte de las SUSALUD

Toda prestación de emergencia o parto es susceptible de ser auditada por SUSALUD, hasta en un plazo máximo de 45 días calendario de recibido el expediente para evaluación. Transcurrido dicho plazo, la prestación no podrá ser observada.

Artículo 8. Supervisión por la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud se encarga de exigir el cumplimiento de las condiciones de oportunidad y calidad de las prestaciones brindadas por la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRESS), Privada o Mixta, a nivel nacional, debiendo supervisar y controlar que los cobros de dichas prestaciones sean acordes a los valores del promedio del mercado, y sancionando a aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que incurran en excesos en sus tarifas y/o que nieguen o condicionen la atención de salud en situación de emergencia, hasta por 500 Unidades Impositivas Tributarias (UIT), según el Reglamento de infracciones y sanciones de SUSALUD.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA

PRIMERA. Red integrada de los servicios de emergencia en el ámbito nacional de carácter funcional

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Se crea la Red Integrada de los Servicios de Emergencia en el ámbito nacional, en el marco de la Red Integrada de Salud (RIS), que es de carácter funcional y está conformada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), sean públicas, privadas o mixtas. La red articula y unifica la prestación de los servicios de salud de emergencia en los establecimientos del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, EsSalud, Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, clínicas privadas e instituciones público – privadas.

La Red Integrada de los Servicios de Emergencia tiene como objetivo el fortalecimiento de la organización y administración de los servicios de emergencia para la atención de los pacientes, con criterios de calidad y oportunidad.

SEGUNDA. Dispóngase que el Poder Ejecutivo, en el marco de los artículos 35 y 36 inciso 2 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, mediante Resolución Suprema, cree una Comisión multisectorial de carácter permanente, entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS), cuyo fin específico es realizar las coordinaciones que permitan la prestación oportuna de la atención en salud a personas en situación de emergencia o parto. Dicha comisión presenta un informe trimestral ante la autoridad sanitaria nacional sobre la situación de la oferta total de servicios de emergencias y la demanda de dichas atenciones en el ámbito nacional.

La comisión deberá estar conformada por:

- Un representante del Ministerio de Salud, quien presidirá la comisión.
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud de EsSalud.
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud del Sistema Integral de Salud (SIS).
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud de la Sanidad de las Fuerzas Policiales.
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud de la Sanidad de las Fuerzas Armadas
- Un representante de las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud privadas, definidas por la Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud (APEPS) y la Asociación Peruana de Seguros (APESEG)
- Un representante de la Asociación de Clínicas Privadas y Hospitales Particulares.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única. Se deroga el artículo 2° del Decreto Legislativo 1346.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **18** de **noviembre** del **2021**
Según la consulta realizada, de conformidad con
el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de
la República: pase la Proposición **N° 723** para
su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. SALUD Y POBLACIÓN.

.....
HUGO ROVIRÁ ZAGAL
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PRESENTACIÓN DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

En la propuesta del Plan de gobierno de Fuerza Popular se consideró la reforma del sistema de salud como un pilar estratégico para el ejercicio del derecho fundamental a la salud de todas las personas, y sus diversas manifestaciones y derechos relacionados, establecidos en el artículo 2 numeral 1, y artículos 7 y 10 de la Constitución Política del Perú:

Artículo 2. Toda persona tiene derecho:

2.1 A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto lo favorece.

Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Artículo 10. El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

En ese contexto, es fundamental legislar para dar solución tangible a problemas importantes que limitan el ejercicio del derecho a la salud, tales como la fragmentación y no articulación del sistema de salud, el déficit de infraestructura, equipamientos e insumos estratégicos y el financiamiento desordenado e inadecuado del sector salud¹.

No sólo los planes de gobierno presentados por los partidos políticos identifican el problema al acceso de la salud como fundamental. El Acuerdo Nacional, la Defensoría del Pueblo y el Tribunal Constitucional siempre han coincidido en la necesidad de realizar las reformas del sistema de salud necesarias para lograr el aseguramiento universal de la población, terminar con la fragmentación, articular el sistema de salud a nivel público, privado y mixto, y acortar las brechas en recursos humanos, infraestructura y equipamiento. Sólo allí, se podrá aseverar que el ejercicio al derecho constitucional establecido en la Constitución Política de 1993 está siendo respetado.

¹ Plan de gobierno Fuerza Popular pág. 37, 38 y 39

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

La atención de la salud para las personas en situación de emergencia o mujeres que presentan trabajo de parto no programado, según informe de la Defensoría del Pueblo, es obligación del Estado, debiendo crearse las condiciones que aseguren que todas las personas tengan acceso a asistencia médica oportuna, aceptable y de calidad para restablecer la salud resquebrajada por la condición de emergencia (Informe de Adjuntía N° 15-AAE/DP):

*"La obligación estatal de brindar acceso a los servicios de salud y ofrecer asistencia médica implica, además, que la prestación en los establecimientos debe darse en el marco del respeto a la dignidad y los derechos de las personas. Las garantías deben incrementarse cuando existe un mayor riesgo para los derechos a la vida e integridad, como se da en las situaciones de emergencia"*².

PROBLEMÁTICA A SOLUCIONAR

La situación producida por efecto de la pandemia por el Coronavirus SARS-COV2 ha puesto en evidencia la fragilidad del Sistema Nacional de Salud y la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Desde el inicio de la Situación de Emergencia en el Perú se han contabilizado más de 200,438 fallecidos³.

La población económicamente vulnerable de nuestro país se ha visto más afectada en términos de personas fallecidas, lo que ha demostrado nuevamente la inequidad en el acceso a los servicios de salud, tanto en el sector público como de manera complementaria a dicha oferta en el sector privado.

Personas que por su condición económica no podían pagar por servicios de emergencia, debieron esperar y muchas veces morir antes de ser atendidos en los centros de salud, por insuficiencia respiratoria u otras complicaciones, sin poder acceder a oxígeno o atenciones financiadas a través del Estado, generando una alta mortalidad por COVID-19, principalmente, entre la población asegurada al SIS, la más vulnerable económicamente en el país⁴.

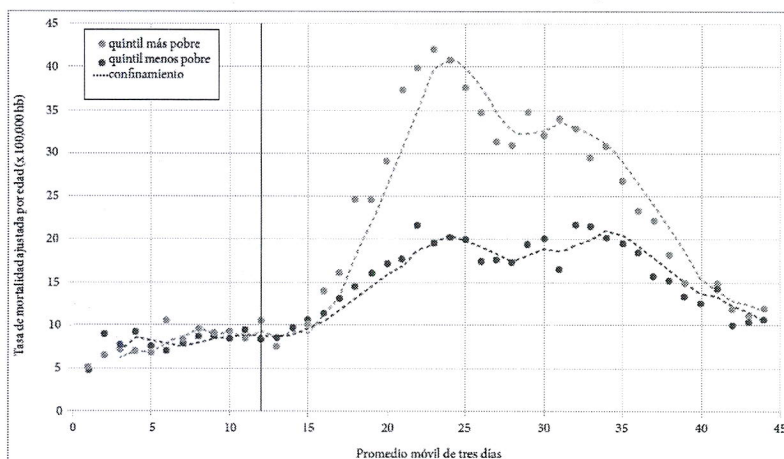
Cuadro 1 **Tendencias de la mortalidad general por semanas epidemiológicas** **en los quintiles de distritos con mayor y** **menor pobreza monetaria en Lima y el Callao.** **(1 de enero al 31 de octubre del 2020)**

² Informe de Adjuntía N° 15-AAE/DP «El Derecho a la Salud: Servicios de emergencia en los establecimientos de salud y el acceso a medicamentos».

³ https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

⁴ Mújica OJ, Pachas PE. Desigualdades sociales en la mortalidad durante la COVID-19 en Lima y Callao. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;38(1):183-4.

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



Fuente: Revista Perú Med Exp Salud Publica.

En ese sentido, se vio mermado el derecho de las personas a poder elegir el servicio de salud de acuerdo con su demanda, pese a que podría existir oferta disponible, y se le condicionó al pago o depósito de sumas imposibles de pagar para una persona que pertenece a los sectores vulnerables de la población peruana.

Esta situación adversa fue vivida también por personas aseguradas en EsSalud, quienes, a pesar de haber aportado durante su vida laboral al seguro social, cuando enfermaron y requirieron los servicios de emergencia, no recibieron atención ya que los hospitales de ESSALUD estaban colapsados, teniendo en muchos casos que buscar servicios privados en los que requerían las garantías impagables o resignarse a quedar en los pasillos o en las afueras de los hospitales de la seguridad social, falleciendo en muchos casos sin la atención de su salud, que por derecho les correspondía.

Hasta el mes de junio del presente año se ha evidenciado un número de 710,113 atenciones por emergencias en los establecimientos de salud a nivel nacional.⁵

Cuadro 2
Atenciones de emergencia en los establecimientos de salud
de enero a junio 2021

Mes 2021	Femenino	Masculino	Total general
Ene	73100	51054	124154
Feb	62272	43068	105340
Mar	75646	51147	126793
Abr	74464	50967	125431

⁵ <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/morbilidad-en-emergencia-hospitalaria>

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

May	71763	48256	120019
Jun	64277	44099	108376
Total general	421522	288591	710113

Fuente: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/morbilidad-en-emergencia-hospitalaria>

Se reafirma entonces que uno de los principales problemas a los que se enfrentó la población peruana fue la saturación de las emergencias públicas y la cantidad mínima de camas de Unidades de Cuidados Intensivos con ventilador.

Al 23 de abril de 2020, Perú contaba con un total de 656 camas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para pacientes COVID-19 a escala nacional, de las cuales 467 se encontraban ocupadas y 189 disponibles.⁶

Sin embargo, la estrategia para lograr un crecimiento de camas UCI para pacientes COVID-19 fue centralizada y sin incentivar el crecimiento de este recurso desde los demás subsistemas, tan es así que el número de camas UCI para pacientes COVID-19 para mayo del 2021 apenas había llegado a 2821 camas.

Cuadro 3
Camas UCI en los establecimientos públicos y privados

Tipo de establecimiento	ESSALUD	MINSA/Gob. Regionales	Privados	Sanidad Policía Fuerzas Armadas	Total y general
Públicos	945	1248		74	2267
Privados			554		554
	945	1248			2821

Fuente: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/disponibilidad-de-camas-para-atenciones-covid19>

Para mayo del 2021, el Perú contaba con 2821 camas UCI para COVID-19⁷. Sin embargo, la ocupación de camas UCI ha estado siempre al límite, durante los meses de pandemia.

No sólo la problemática de falta de capacidad, infraestructura y equipamiento ha sido identificada en la atención a los pacientes en situación de emergencia. El informe de la Defensoría del Pueblo determinó como un grave problema la institucionalización de los pasillos⁸, debido a que ante la falta de disponibilidad del servicio en camas, camillas, sillas de ruedas, los pacientes se ubican en los corredores de los hospitales, manteniéndose en ellos por largas horas, en desmedro

⁶ <https://andina.pe/AGENCIA/noticia-minsa-peru-cuenta-189-camas-uci-disponibles-las-656-habilitadas-794213.aspx>

⁷ <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/disponibilidad-de-camas-para-atenciones-covid19>

⁸ Informe de Adjuntía N° 15-AAE/DP «El Derecho a la Salud: Servicios de emergencia en los establecimientos de salud y el acceso a medicamentos».

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

de su dignidad y pudor, con el grave riesgo de contagiarse de otras enfermedades, debido al mínimo espacio entre pacientes.

Esta situación se agravó en la emergencia del COVID-19, toda vez que las instituciones prestadoras públicas y privadas acondicionaron espacios abiertos para la estadía de pacientes, debiendo pasar horas a la intemperie, con el riesgo que eso significaba para el agravamiento de la salud de ellos mismos u otros pacientes. Se ha visto, inclusive, a familiares de personas contagiadas tocando las puertas de los centros de salud, en la desesperación por encontrar un lugar en los servicios de emergencia que, tuvieron que cerrar sus puertas ante la imposibilidad de atender a más pacientes.

Cuadro 4
Número de Instituciones administradoras de fondos
de aseguramiento en salud según tipo,
Segundo trimestre 2020 al segundo trimestre 2021⁹

Tipos de IAFAS	II 2020	III 2020	IV 2020	I 2021	II 2021
Seguro Integral de Salud	1	1	1	1	1
Seguro Social de Salud ESSALUD	1	1	1	1	1
Fondo intangible solidario en salud	1	1	1	1	1
Sanidad de las Fuerzas Armadas	3	3	3	3	3
Sanidad de la Policía Nacional	1	1	1	1	1
Entidades Prestadoras de Salud EPS	5	5	5	5	5
Compañías de seguros privados de salud	10	11	11	11	11
Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagados	20	20	20	20	20
Auto seguros y fondos de salud	13	13	14	14	14
AFOCAT	41	41	41	41	40
Total	96	97	98	98	97

Fuente: SUSALUD Registro de IAFAS, INA

COBERTURA SEGÚN EL REGISTRO DE AFILIADOS DE SUSALUD: AFILIADOS AL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD.-

Según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en el segundo trimestre del 2021, la mayor cantidad de afiliaciones a un seguro de salud se encuentra en Lima: 14'895,532, equivalente al 35% de afiliaciones a un seguro de salud. Le siguen: Piura con 363,936, equivalente a 5,8%; La Libertad con 2'353,303,

⁹ Boletín estadístico SUNASS II trimestre 2021 Pág 39.

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

equivalente a 5.7% y Arequipa con 1'903,062 que representa el 4,6% de afiliados a un seguro de salud. Según el Boletín estadístico de SUNASS, en las 12 regiones con más de un millón de afiliados se concentra el 81.3% de las afiliaciones a seguros de salud de todo el registro.¹⁰

Cuadro 5
Afiliados activos por Instituciones Administradoras de
Fondos de Aseguramiento en Salud
II Trimestre 2021

IAFAS	Cantidad	Porcentaje
Seguro Integral de Salud SIS	24'442,935	65.7
Seguro Social de Salud EsSalud	9'534,214	25.6
ONCOSALUD S.A.C.	821,366	2.2.
Rímac CIA de Seguros y reaseguros	477,853	1.3
Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP -SALUDPOL	456,754	1.2
Pacífico S.A. EPS	427,221	1.1
Rímac S.A. EPS	387,016	1.0
La Positiva Cía de Seguros y Reaseguros S.A.	77,151	0.2
Fondo de Salud de la Marina de Guerra del Perú FOSMAR	75,281	0.2
Mafre Perú Cía. de Seguros y Reaseguros	57,386	0.2
Sanitas Perú S.A. EPS	56,727	0.2
Clínica San Pablo S.A.C	52,916	0.1
Fondo de salud de la Fuerza Aérea del Perú FOSFAP	43,381	0.1
Administradora Clínica Ricardo Palma S.A.	39,236	0.1
Mafre Perú S.A. EPS	36,996	0.1
Fondo de Salud para el personal militar del Ejército FOSPEME	35,599	0.1
Protecta S.A. Cía. De Seguros S.A.	20,860	0.1
Autoseguro de accidentes personales de la UNMSM	20,566	0.1
Colegio Médico del Perú servicio Médico Familiar	16,722	0.0
Autoseguro Fondo de empleados del Banco de la Nación	14,373	0.0
La Positiva S.A. EPS	13,336	0.0
Club de la Salud S.A.	13,159	0.0
Asociación Pastoral de SMA Good Hope de la Iglesia Adventistas.	10,132	0.0
Programa de Asistencia Familiar Petróleos del Perú	8,600	0.0
Autoseguro Médico -Familiar SEDAPAL	7,880	0.0
La Esperanza del Perú S.A. Clínica San Borja / SANNA	7,318	0.0
Autoseguro FOPASEF	5,364	0.0
British American Hospital S.A.	4,418	0.0
Centro Médico Clínica San Judas Tadeo S.A.	4,352	0.0
Autoseguro CORPAC S.A.	3,840	0.0
FESALUD S.A.	3,725	0.0
Autoseguro Fondo para enfermedades, seguros y pensiones de empleados del BCR	2,860	0.0
Medicina Externa S.A.	1,542	0.0

¹⁰ Boletín estadístico SUNASS II trimestre 2021 pág. 48

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Sistema de Administración hospitalaria S.A.C Clínica el Golf	1,230	0.0
Autoseguro de Ministerio de Economía y Finanzas	1,046	0.0
Autoseguro Sima S.A.	783	0.0
Autoseguro ENAPU S.A.	751	0.0
Servicio DE Salud Montefiori	384	0.0
Autoseguro del Ministerio de Comercio Exterior y Turismo	182	0.0
Clínica Javier Prado S.A.	83	0.0
Asociación Peruano-Japonesa Clínica Centenario	42	0.0
Chubb Perú S.A. Cía. de Seguros y Reaseguros S.A.	16	0.0
Crece Seguros S.A. Cía. de Seguros S.A.	2	0.0
Total general	37'185,598	100

Fuente: SUSALUD – IID Boletín estadístico II trimestre pág. 44

Cuadro 6
Instituciones prestadoras de servicio de salud IPRESS
vinculadas a planes de salud por región al segundo trimestre del 2021

Región	Número de IPRESS
Amazonas	612
Ancash	581
Apurímac	519
Arequipa	1,077
Ayacucho	516
Cajamarca	1,280
Callao	821
Cusco	1,079
Huancavelica	470
Huánuco	427
Ica	392
Junín	1,027
La Libertad	699
Lambayeque	637
Lima	8,470
Loreto	710
Madre de Dios	192
Moquegua	129
Pasco	317
Piura	1,243
Puno	706
San Martín	593
Tacna	499
Tumbes	108
Ucayali	278
Total	23,382

Fuente: Registro Nacional de IPRESS RENIPRESS –
Elaboración SUSALUD – Boletín Estadístico pág. 41

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

La presente iniciativa legislativa tiene como objetivo **fortalecer el ejercicio del derecho a la salud de la persona, de ser atendido en situación de emergencia** y el derecho de toda mujer de ser atendida en el parto, que incluye la atención al concebido o al niño por nacer, en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública, Privada o Mixta (IPRESS), independientemente, de su condición de asegurado o pertenencia a una Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS).

El proyecto de ley propone como principios la universalidad, equidad, integralidad y transparencia, basándose fundamentalmente en la necesidad de lograr el ejercicio del derecho a la salud de todas las personas en el territorio nacional sin distinción alguna, en especial a las personas más vulnerables por su condición económica que les impide acceder a servicios de salud de calidad y en forma oportuna.

El principio de transparencia reviste especial importancia para la realización de todas las acciones que comprometen la presente iniciativa legislativa. Los funcionarios públicos y personas del ámbito privado deberán poner por delante la integridad de la salud de las personas que acuden a los servicios de emergencia, descartando el prejuicio y cualquier acto de corrupción **que atente contra los objetivos y fines de la presente iniciativa.**

La Red Integrada de los Servicios de Emergencia (RISSE) está conformada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), sean públicas, privadas o mixtas. La red articula y unifica la prestación de los servicios de salud de emergencia en los establecimientos del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, EsSalud, Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, clínicas privadas e instituciones público – privadas. Tiene como objetivo el fortalecimiento de la organización y administración de los servicios de emergencia para la atención de los pacientes, con criterio de calidad y oportunidad.

El artículo tercero de la norma propuesta define la situación de emergencia como la alteración repentina de la salud de una persona, debido a una enfermedad, lesión o accidente, que pone en grave riesgo la vida o la integridad física y/o mental si es que no es atendida inmediatamente hasta revertir la situación de emergencia. Para efectos de la presente ley, el diagnóstico de emergencia debe ser definido por el médico de emergencia bajo responsabilidad, debido a que la norma está prevista sólo para casos probados de emergencia o parto que requieran una atención inmediata en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS).

El proyecto de ley precisa las obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):

- a. Prestar asistencia médica a la persona que acude a la emergencia del establecimiento de salud, garantizando la oportunidad de la intervención para revertir la situación de riesgo para su vida e integridad.

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- b. Prestar la atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos sin establecer condicionamientos económicos, contractuales u otras exigencias que posterguen la atención de la salud de la persona en grave riesgo.
- c. En el caso de que el paciente se encuentre cubierto por alguna IAFAS, la IPRESS deberá informar dentro de las primeras 6 horas de iniciada la atención, con el fin de coordinar la atención del ciudadano en situación de emergencia.
- d. Mantener al paciente en los servicios de emergencia, mientras subsista el riesgo para la vida o integridad física o mental de la persona.
- e. Brindar los medicamentos esenciales necesarios para el restablecimiento de la salud del paciente.
- f. Dejar constancia de los detalles de la atención de emergencia brindada en la historia clínica registrada para el caso.
- g. Informar a los familiares de la situación de gravedad del paciente.
- h. Ingresar la información sobre la atención de emergencia en la plataforma de transferencia de datos estandarizados de facturación de la Superintendencia Nacional de Salud.
- i. Informar diariamente sobre la capacidad de camas para hospitalización, camas UCI con ventilador o sin ventilador a la autoridad sanitaria.

Asimismo, se ha considerado importante precisar las obligaciones de las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS):

- a. Las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud IAFAS, tienen la obligación de proceder al pago de la atención de emergencia en un plazo máximo de 60 calendarios desde la presentación del comprobante de pago por parte de la IPRESS.
- b. Las IAFAS están obligadas a garantizar el traslado de su asegurado a un establecimiento de salud de acuerdo a la condición médica del paciente, una vez que éste se haya estabilizado.

Uno de los temas más importantes para lograr el objetivo del proyecto de ley, es la eliminación de las trabas burocráticas para la atención a la persona en situación de emergencia, es por ello que, en el artículo sexto de la propuesta se precisa que, no es necesaria la suscripción de contrato, carta de garantía o similar entre la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS) y la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública, Privada o Mixta IPRESS, para proceder a la atención de emergencia y parto y posterior pago de la prestación de salud. Lo prioritario es la persona, , que ha sido afectada por una situación intempestiva que pone en riesgo su vida y su integridad, así como la mujer que inicia un trabajo de parto y tiene que ser atendida con la oportunidad necesaria para no poner en riesgo su vida ni la del niño por nacer.

Para salvaguardar los fondos de las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS) es necesario considerar en la norma la posibilidad de que SUSALUD pueda auditar respecto a atenciones que no

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

debieron ser motivo de tratamiento de emergencia, debiendo realizarse las observaciones hasta en un plazo máximo de 45 días calendarios de recibido el expediente para evaluación. Una vez pasado dicho plazo la prestación ya no podrá ser observada y debe procederse al pago a la IPRESS que prestó el servicio.

Un tema también fundamental es la supervisión, por la Superintendencia Nacional de Salud, para exigir el cumplimiento de las condiciones de oportunidad y calidad de las prestaciones brindadas por la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública, Privada o Mixta (IPRESS), a nivel nacional, debiendo supervisar y controlar además que los cobros de dichas prestaciones sean acordes a los valores del promedio del mercado, sancionando a aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que incurran en excesos en sus tarifas, según el Reglamento de infracciones y sanciones de SUSALUD.

Finalmente, el proyecto de ley presenta dos disposiciones complementarias finales que permiten dar viabilidad a la propuesta, disponiendo que:

Se cree la Red Integrada de los Servicios de Emergencia (RISSE) en el ámbito nacional, siendo esta una red de carácter funcional, no generando instancias burocráticas que retarden la atención de la salud de las personas. La red es creada en el marco de la Red Integrada de Salud (RIS), creada mediante la Ley 30884, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo 019-2020-SA.

Y por otro lado, que el Poder Ejecutivo, en concordancia con lo establecido en el artículo 35 de su ley orgánica, cree mediante Decreto Supremo una Comisión multisectorial de carácter permanente, entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS), cuyo fin específico sea realizar las coordinaciones que permitan la prestación oportuna de la atención en salud a personas en situación de emergencia. No es una comisión de cargos burocráticos, es una comisión funcional que viabilice y agilice el objetivo de este proyecto.

La comisión está conformada por

- Un representante del Ministerio de Salud, quien preside la comisión.
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud de EsSalud.
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud del Sistema Integral de Salud (SIS).
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud de la Sanidad de las Fuerzas Policiales.
- Un representante de la Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud de la Sanidad de las Fuerzas Armadas
- Un representante de las clínicas privadas
- Un representante de las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud privadas.

Asimismo, se presenta la disposición complementaria derogatoria del artículo 2 del Decreto Legislativo 1346 que puso trabas burocráticas a la modificación de la Ley general de salud que aprobó la prioridad de las atenciones en los casos de emergencia.

SUSTENTO LEGAL DE LA PROPUESTA. - La ley 27604 modificó los artículos 3 y 39 de la Ley General de Salud, Ley 26842¹¹, con la finalidad de establecer el derecho de toda persona de recibir atención, en cualquier establecimiento de salud, la atención médico-quirúrgica de emergencia, obligando a los establecimientos de salud, sin excepción, a prestar la atención mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida y salud.

La norma precisa que, después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos debe ser efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, debiendo estar exoneradas de todo pago las personas calificadas como indigentes. Asimismo, el artículo 39 de la Ley General de Salud modificado, precisa que los establecimientos de salud sin excepción están obligados a prestar la atención y tienen el derecho a que se les reembolse el monto de los gastos en que hayan incurrido, de acuerdo a la evaluación respectiva.

Sin embargo, a pesar de que la Ley General de Salud y su modificatoria establece los derechos de los usuarios de los servicios de salud y reconoce que toda persona tiene el derecho a recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, el Poder Ejecutivo en enero del 2017, en el contexto de delegación de facultades otorgadas por el Congreso de la República para legislar en materia de salud, promulgó el Decreto Legislativo 1346, mediante el cual se establecen disposiciones "para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud".

El artículo 2 del mencionado Decreto Legislativo 1346 precisa:

Artículo 2.- Reembolso de emergencias en IPRESS privadas y mixtas

11

Artículo 3.- Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago.

El Reglamento establece los criterios para determinar la responsabilidad de los conductores y personal de los establecimientos de salud, sin perjuicio de la denuncia penal a que hubiere lugar contra los infractores.

Artículo 39.- Los establecimientos de salud sin excepción están obligados a prestar atención médico quirúrgica de emergencia a quien la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Estos establecimientos de salud, después de atendida la emergencia, tienen derecho a que se les reembolse el monto de los gastos en que hayan incurrido, de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago."

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

"El SIS define las condiciones específicas para el reembolso de las prestaciones otorgadas a sus asegurados por parte de las IPRESS privadas y mixtas para casos de emergencias. Dichas condiciones son determinadas por Resolución Jefatural, previo acuerdo de su Consejo Directivo, y tienen en cuenta, como mínimo, la ausencia de oferta pública, con énfasis en la cobertura de la prioridad I de atenciones de emergencia."

Este artículo distorsiona y contraviene lo establecido en la Ley General de Salud, toda vez que, condiciona el reembolso de las atenciones de emergencia a la Resolución Jefatural que el Seguro Integral de Salud debe aprobar, evaluando si al momento de la emergencia hubo oferta pública para la atención, constituyéndose ésta en una barrera burocrática que atenta contra el ejercicio del derecho constitucional a la salud en forma oportuna, especialmente para el caso de las personas vulnerables en situación de emergencia.

Asimismo, el Decreto Legislativo N° 1346 en su segunda disposición complementaria final, crea el Consejo Directivo del Seguro Integral de Salud (SIS), como órgano máximo de la entidad, responsable de su dirección y del establecimiento de su política institucional, así como de su cumplimiento. A la fecha, habiendo transcurrido cinco años de la dación del Decreto Legislativo, aún no se ha creado tal Consejo Directivo.

Es necesario precisar que el Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor creado por la Ley N° 27657 y cumple las funciones de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud según lo establecido en la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2010-SA, teniendo como objetivo la captación y gestión de fondos para el aseguramiento universal en salud.

Según la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Ley N° 29158, Los Organismos Públicos Ejecutores están dirigidos por un Jefe, cuyo cargo es de confianza. Por excepción, podrán contar con un Consejo Directivo cuando atiendan asuntos de carácter multisectorial. En estos casos, su Consejo Directivo estará integrado sólo por los ministros o los representantes de los sectores correspondientes. En relación al Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor, cuyos asuntos son de carácter, exclusivamente, relacionados al sector salud, por lo que no le correspondería contar con un Consejo Directivo.

Los efectos originados por la dación del Decreto Legislativo N° 1346 han sido muy desfavorables para la atención de salud de las personas aseguradas en el Sistema Integral de Salud, que tiene afiliados a 24'442,935 personas que representan al 65.7% de las personas que cuentan con aseguramiento en salud:

Las trabas burocráticas establecidas en el artículo 2° del Decreto Legislativo N° 1346 han originado que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud **no atiendan** a los asegurados del SIS o en su defecto les soliciten garantías o

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

depósitos que son impagables por los asegurados, perdiendo por ello la oportunidad de ser atendidos.

Los efectos negativos originados por dicha norma han generado incertidumbre y pretextos para que otras instituciones Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS) no paguen las prestaciones de sus asegurados que tuvieron que asistir por razones de emergencia a instituciones prestadoras de servicios, sean estas de tipo público o privado.

Asimismo, considerando la universalización de la salud y la situación de la pandemia, es imperativo un nivel de articulación eficiente entre el Ministerio de Salud (MINSA), que determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Sanidad de la PNP, clínicas privadas e instituciones público-privadas.

El tiempo de la pandemia ha evidenciado con mayor énfasis esta situación, toda vez que, en razón de la falta de capacidad de los establecimientos de salud, miles de asegurados tuvieron que cubrir sus atenciones por la falta de espacio, o en casos extremos perder la vida por la imposibilidad de cubrir los altos cobros que las clínicas privadas exigían por las atenciones en emergencia. Un ejemplo de estas desavenencias, debido a la fragmentación de los servicios, se dio cuando una atención que debió ser brindada en Cañete a un grupo de miembros de la Policía Nacional del Perú, tuvo que ser trasladada a Lima para ser atendida por la Sanidad de la PNP.¹²

CONCORDANCIA CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y EL ACUERDO NACIONAL: REFORMA DE SALUD

Desde octubre de 2015 el Acuerdo Nacional viene impulsando y priorizando una reforma de salud, que ponga al ser humano como el centro y objetivo de las acciones prioritarias en salud. En ese sentido, propone que la salud y la seguridad social son derechos fundamentales para el desarrollo humano y la igualdad de oportunidades que generen las condiciones para una vida digna y plena. La reforma de salud debe tener a las personas como la finalidad de las medidas de cambio y mejora continua del Sistema de Salud.¹³

Según el Acuerdo Nacional, en el año 2021 se debió lograr el acceso al cuidado y “la atención integral en salud individual y colectiva en forma universal, independientemente, de su condición socio económica y de su ubicación geográfica. Asimismo, señala que el cuidado y la atención pública en salud deben ser integrales,

¹² Comunicado de la Defensoría del Pueblo <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-imposibilidad-de-atencion-en-los-servicios-de-salud-de-lima-es-inminente/>

¹³ Acuerdo Nacional: los objetivos de la reforma de salud
<https://www.acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

solidarios y equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad y de fácil acceso. El Estado es garante y principal responsable de asegurar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del cuidado y la atención en salud a través de un sistema nacional de salud efectivo” (2015, Acuerdo Nacional: Los objetivos de la reforma de salud).

Con relación a la atención de emergencias y urgencias, este importante foro señala la necesidad de rediseñar, ampliar y fortalecer la red de atención integrada de emergencias y urgencias dotándola de medios suficientes. ***Precisa que la atención en situación de emergencias no debe estar condicionada a pago alguno, independientemente de su seguro o condición socio económica.***

El Acuerdo Nacional propone también la complementariedad con el sector privado a través de fomentar, regular y coordinar de manera efectiva el rol complementario del sector privado en la política nacional de acceso universal a la salud, el proyecto de ley aúna esfuerzos de ambos sectores para la atención de las emergencias en el ámbito nacional.

Agenda legislativa 2021-2022

La iniciativa legislativa se encuentra elaborada en concordancia con el Objetivo II Equidad y Justicia Social, normas para el acceso universal a los servicios de salud y seguridad social, reforma y modernización de los servicios de salud, aprobados mediante Resolución Legislativa 02-2021-2022- CR que aprueba la agenda legislativa para el periodo anual de sesiones 2021-2022 de fecha 22 de octubre de 2021.

EFFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA

La dación de esta norma se encuentra de plena conformidad con el marco constitucional, fortaleciendo la protección del derecho a la vida y la salud prescritas en los artículos 2°, 7° y 10° de la Constitución Política del Perú.

Asimismo, la iniciativa legislativa no contraviene ninguna norma vigente. Al contrario, restablece el derecho de los asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) a las atenciones de salud en caso de emergencia o atenciones por parto en las Instituciones prestadoras de servicios de salud públicos, privados y mixtos (IPRESS) y establece las condiciones de control y pago de dichas prestaciones para todas las Administradoras de Financiamiento en Aseguramiento en salud (IAFAS).

El cuadro siguiente muestra los efectos que tendrá la propuesta de ley tras su aprobación, respecto de las normas específicas sobre las que despliega modificaciones o derogaciones:

Norma	Propuesta
Ley general de Salud 26842 y su modificatoria Ley 27604, Ley que modifica los artículos 3 y 39 de la Ley General de Salud	Precisa el derecho ciudadano a la atención de salud en situación de emergencia y parto, dejando claro que no puede haber condicionamientos de carácter económico, contractual u otro para la atención de una persona en situación de emergencia. Pone plazos perentorios para el pago y sanciona el incumplimiento de la norma.
Decreto Legislativo 1346	Deroga el artículo 2 del Decreto Legislativo 1346 por constituir una barrera burocrática y dilatadora del derecho a la salud de las personas.

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

- En el periodo legislativo 2016-2021 se presentó el proyecto de ley 8013-2020, proyecto de Ley para mejorar la cobertura de aseguramiento universal en salud y promover la eficiencia en el Sistema de Salud Público, de auditoría del grupo parlamentario Alianza por el Progreso, que tenía como objeto aprobar disposiciones para fortalecer el aseguramiento universal en salud a través de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento IAFAS públicas y contribuir a mejorar la eficiencia de las prestaciones de salud en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud IPRESS públicas.
El proyecto de ley fue derivado con fecha 9 de julio del 2021 a las Comisiones de Trabajo y Seguridad Social y Defensa y Orden Interno.
- Con fecha 22 de diciembre de 2020 se presentó el proyecto de ley 6858-2020-CR a iniciativa del grupo parlamentario Frente Amplio, que tuvo como objeto regular y fortalecer la atención de emergencia y las competencias de la Autoridad Nacional de Salud en situaciones de emergencia sanitaria a fin de garantizar la atención médica de la ciudadanía en todos los establecimientos de salud públicos privados o mixtos a nivel nacional.
La iniciativa legislativa proponía la modificación de los artículos 3 y 39 de la Ley general de Salud, con la finalidad de que éstas atiendan a los asegurados especialmente en situación de emergencia sanitaria a causa de epidemias, pandemias, catástrofes naturales o provocadas por el ser humano. Fue derivado a la Comisión de Salud y Población.
- En febrero de 2021 el Poder Ejecutivo presentó el Proyecto de ley 7216, proyecto que propone aprobar disposiciones para la implementación y operación del Sistema único de emergencias y urgencias, Sistema 911, el mismo que tuvo como objeto establecer el marco jurídico aplicable para la planificación, implementación y mantenimiento del Sistema Único de Emergencias 911 a través de un número único en las comunicaciones enrutadas por los operadores para la atención de emergencias y urgencias, constituyendo un conjunto de mecanismos, procedimientos, protocolos, lineamientos y herramientas

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

tecnológicas que facilitan la atención de los requerimientos de la ciudadanía por parte de las entidades de primera respuesta, de forma inmediata, las 24 horas del día, todos los días del año. Fue derivado a la Comisión de Transportes y Comunicaciones.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

Actores involucrados	Efectos directos	Efectos indirectos
Total de personas aseguradas en el Perú. 37'185,598 personas aseguradas, de las cuales 24'442, 935 corresponden al Seguro Integral de Salud equivalente al 65.7%, y 9'534,214 a personas afiliadas a la Seguridad Social EsSalud equivalente al 25.6% del total de la población asegurada¹⁴	Todas las personas en el Perú ejercen su derecho a ser atendidos en situación de emergencia en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública, Privada o Mixta (IPRESS) independientemente de su condición de asegurado o pertenencia a una Institución Administradora de Financiamiento en Aseguramiento en Salud (IAFAS). La carga de la enfermedad significa años perdidos como consecuencia de la falta de una atención oportuna. El beneficio del aseguramiento de la salud tiene un impacto favorable por la asociación y repercusión en los aspectos sociales y económicos del individuo. Su efecto es cualitativo por cuanto la salud, la integridad física y mental de la persona no son medibles cuantitativamente.	Las atenciones oportunas de una persona que se encuentra en situación de emergencia revierten el estado de gravedad que puede originar la pérdida de la vida. Los años de vida ganados, las muertes evitadas en personas en edad productiva tienen un impacto indirecto inmedible en el bienestar de la familia y la sociedad.
Mujeres embarazadas y niños por nacer	El ejercicio del derecho a la atención a una mujer que presenta un parto, tiene un impacto directo favorable para ella y el niño por nacer.	Las atenciones oportunas de una mujer que presenta un parto revierte la posibilidad de pérdida de la vida de la mujer y el niño por nacer y tiene un impacto favorable directo para su familia e indirecto para la sociedad.
Instituciones prestadoras de servicios de salud IPRESS	Establecimientos de salud que tienen un impacto favorable al	Las IPRESS contribuyen a la atención de la salud de

¹⁴ Boletín estadístico de SUSALUD al II trimestre del 2021.

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Según registros de SUSALUD al II trimestre 2021 son 23,382 IPRESS

Institución Administradora de Financiamiento en Salud (IAFAS).

Según registros de SUSALUD son 97 IAFAS al II trimestre del 2021

atender a las personas que asisten en situación de emergencia. La ley asegura el pago por contraprestación del servicio por parte de las IAFAS.

Las Instituciones Administradoras de financiamiento en salud cumplen con sus asegurados y tienen la opción de supervisar y revisar las atenciones que no se encuentren enmarcadas en las disposiciones reglamentarias.

las personas en forma oportuna.

Las IAFAS contribuyen a la atención de la salud de sus asegurados en forma oportuna.

Lima, 11 de noviembre de 2021



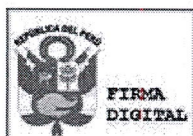
Firmado digitalmente por:
REVILLA VILLANUEVA CESAR
MANUEL FIR 44275599 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/11/2021 15:25:43-0500



Firmado digitalmente por:
BUSTAMANTE DONAYRE Carlos
Ernesto FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/11/2021 08:35:18-0500



Firmado digitalmente por:
FLORES RUIZ Victor
Seferino FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/11/2021 14:55:54-0500



Firmado digitalmente por:
GUERRA GARCIA CAMPOS
Hernando FAU 20181749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 12/11/2021 10:37:04-0500



Firmado digitalmente por:
AGUINAGA RECUENCO
Alejandro Aurelio FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/11/2021 11:13:48-0500



Firmado digitalmente por:
ZETA CHUNGA Cruz Maña
FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/11/2021 13:29:45-0500



Firmado digitalmente por:
OBANDO MORGAN Aristela
Ana FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/11/2021 18:07:37-0500