

Ley marco de aseguramiento universal en salud

LEY N° 29344

DIARIO DE LOS DEBATES - SEGUNDA LEGISLATURA ORDINARIA DEL 2008

(*) Ver **TEXTO ÚNICO ORDENADO** de la Ley N° 29344 aprobado por el Artículo 1 del Decreto Supremo N° 020-2014-SA, publicado el 13 julio 2014.

CONCORDANCIAS: D.S. N° 008-2010-SA (REGLAMENTO)

OTRAS CONCORDANCIAS

(*) De conformidad con la Octagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29951, publicada el 04 diciembre 2012, dispóngase que el Seguro Integral de Salud - SIS, incorporará al Régimen Semicontributivo-SIS, en el marco de la presente Ley, a los contribuyentes regulares de acuerdo a su continuidad en los pagos del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) incluido sus derechohabientes, siempre que aquellos no tengan trabajadores dependientes que laboren para ellos y no cuenten con un seguro de salud. Mediante Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro de Salud a propuesta de este último, se establecerán las condiciones y demás normas reglamentarias y complementarias para la aplicación de la presente disposición. La citada ley entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2013.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República

Ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto de la Ley

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

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

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

Artículo 3.- Del aseguramiento universal en salud

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

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Art. 112](#)

Artículo 4.- Principios

Los principios del aseguramiento universal en salud son los siguientes:

1. Universalidad.- La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú 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 orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.

3. Unidad.- Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley.

4. Integralidad.- Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.

5. Equidad.- El sistema de salud provee 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 ofrece

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

6. Irreversibilidad.- Los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento universal en salud 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 en salud.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Arts. 2 y 112](#)

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.

CONCORDANCIAS: [D.S.N° 034-2010-SA, Art. 3](#)

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 en salud 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.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Art. 113](#)

4. Regulado.- Las reglas que rigen a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el aseguramiento universal en salud son 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 cuenta con mecanismos de gestión que aseguran la rendición de cuentas a la ciudadanía.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Art. 54, inc. b\)](#)

[R.M.N° 040-2011-MINSA \(Aprueban el Documento Técnico: Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud\)](#)

8. Sostenible.- El aseguramiento universal en salud es una política de Estado financiada con garantía de su permanencia en el tiempo.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Arts. 2 y 112](#)

CAPÍTULO 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 en salud.

Artículo 7.- De las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento 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, entre ellas, las siguientes:

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

(*) Artículo derogado por el [Numeral 1 de la Única Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1158](#), publicado el 06 diciembre 2013.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 011-2009-SA, Art. 6](#)

[D.S. N° 008-2010-SA \(Reglamento\), Art. 100](#)

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 para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención. ()*

(*) Artículo derogado por el [Numeral 1 de la Única Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1158](#), publicado el 06 diciembre 2013.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 011-2009-SA, Art. 6](#)

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 lo siguiente:

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. El establecimiento de 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 en salud.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, además, registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud y a todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan 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 en Salud, para el ejercicio de sus funciones, goza de facultades sancionadoras. 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 Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones sobre las empresas de seguros reguladas por la Ley N° 26702, Ley General

del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Segunda Disp. Comp. Final](#)

[R. N° 045-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-S \(Aprueban norma que regula la "Obligación de las IAFAS de informar a la Superintendencia Nacional de Salud los Hechos Relevantes"\)](#)

[R. N° 080-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-S \(Aprueban disposiciones relativas a las "Condiciones Mínimas de los Convenios o Contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud \(IAFAS\) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud \(IPRESS\)"\)](#)

[R. N° 020-2014-SUSALUD-S \(Aprueban el Reglamento de Solvencia Patrimonial, Obligaciones Técnicas y Cobertura de Respaldo para Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS- Privadas y Mixtas\)](#)

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

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

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

El Presidente y los miembros del Directorio son nombrados por resolución suprema. ()*

(*) Artículo derogado por el [Numeral 1 de la Única Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1158](#), publicado el 06 diciembre 2013.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA \(Reglamento\), Art. 41 y Segunda Disp. Comp. Final](#)

CAPÍTULO III

PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 11.- Definiciones básicas

Para efecto de la presente Ley se señalan las siguientes definiciones:

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 universal en salud.

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

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 (PEAS).
2. Planes complementarios.
3. Planes específicos.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA \(Reglamento\), Art. 85](#)

Artículo 13.- 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 en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Arts. 86, 87 y 118](#)

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.

CONCORDANCIAS: [D.LEG.N° 1158 \(Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.\)](#)

Artículo 15.- Del proceso de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

El Ministerio de Salud es el ente encargado de elaborar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que se aprueba por decreto supremo y se elabora sobre la base de lo siguiente:

1. Estudios de carga de enfermedad y otros estudios epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población del país, tomando en cuenta las prioridades regionales.
2. Planes de beneficios compatibles con las prioridades sanitarias del sector salud.

3. Manejo integral de la persona, que incluya las intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud.
4. Prestaciones de atención a la población sana en sus diferentes ciclos de vida como parte de sus actividades de promoción y prevención.
5. Análisis de diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en los planes de aseguramiento existentes públicos, privados y mixtos.
6. Procedimientos efectivos basados en evidencias y análisis de costo-efectividad, siempre y cuando esta información esté disponible.
7. Capacidad de oferta del sistema de salud peruano.
8. Análisis actuariales y estimaciones financieras.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA \(Reglamento\), Art. 92](#)

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 (2) años pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios.

Artículo 17.- De los planes complementarios

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud pueden ofrecer planes que complementen el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La regulación de estos planes así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA \(Reglamento\), Art. 99](#)

Artículo 18.- Planes de aseguramiento específicos y derechos adquiridos

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

CAPÍTULO IV

FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 19.- De los regímenes de financiamiento

A partir de la vigencia de la presente Ley, todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) 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 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 en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.

3. El régimen semicontributivo: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda.

El Poder Ejecutivo establece 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.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA \(Reglamento\), Art. 86](#)

[D.S.N° 034-2010-SA \(Aprueban mecanismos conducentes a la afiliación obligatoria del Aseguramiento Universal en Salud\)](#)

Artículo 20.- De las fuentes de financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo

Los fondos intangibles destinados exclusivamente a cubrir las prestaciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) para los afiliados al régimen subsidiado y semicontributivo 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 con el 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 (PEAS).

4. Otros que la ley les asigne.

El Estado debe incrementar progresivamente, cada año, de manera obligatoria los fondos destinados al financiamiento del régimen subsidiado y semicontributivo.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Art. 117](#)

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 pueden ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). El listado de las enfermedades que serán aseguradas deberá ser definido previamente por el Ministerio de Salud. (*)

(*) De conformidad con el [Resolutivo 2 del Expediente N° 0033-2010-PI-TC](#), publicado el 25 abril 2012, se interpreta el presente artículo en el sentido de que las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el PEAS son financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), conforme a lo establecido en el fundamento 44 de la citada sentencia.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento, Art. 127 v 128](#)

[Lev N° 29761, Art. 11 \(Intangibilidad del financiamiento para las enfermedades de alto costo\)](#)

[R.M.N° 325-2012-MINSA \(Aprueban el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención\)](#)

CAPÍTULO V

DE LA ARTICULACIÓN 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, articulan sus servicios de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores.
2. Aplicación de Guías de Práctica Clínica estandarizadas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
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 rigen las transacciones de compraventa de servicios entre las instituciones prestadoras y la provisión de las prestaciones contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en las que intervenga al menos una institución pública.

CONCORDANCIAS: [D.S. N° 008-2010-SA \(Reglamento\), Art. 7, inc. i\)](#)

[D.U. Nº 022-2011, Art. 1 \(Autorizan la prestación de servicios complementarios para garantizar y ampliar la cobertura de los servicios médico asistenciales, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud\)](#)

[D.U. Nº 018-2012 \(Dictan medidas urgentes y excepcionales en materia económica y financiera destinadas a garantizar y asegurar la continuidad de los servicios médicos asistenciales a la población\)](#)

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

PRIMERA.- Del inicio del proceso de aseguramiento universal en salud

El Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento universal en salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en regiones piloto, priorizando las zonas de pobreza y extrema pobreza, según el Censo Nacional 2007.

CONCORDANCIAS: [D.S. Nº 016-2009-SA, Art. 2 \(Aprueban Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS\)](#)

[R.M. Nº 547-2010-MINSA \(Declaran inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud \(PEAS\), en el Piloto de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao\)](#)

SEGUNDA.- Del financiamiento de los pilotos

El Ministerio de Economía y Finanzas transfiere los fondos necesarios para la implementación de los pilotos del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en las regiones seleccionadas por el Ministerio de Salud.

TERCERA.- 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 entiende referida a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

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

CUARTA.- Información al Congreso de la República

El Ministerio de Salud da cuenta anualmente al Congreso de la República sobre el proceso de aseguramiento universal en salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Plazo de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

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

SEGUNDA.- Del organismo implementador

El Ministerio de Salud, mediante decreto supremo y en un plazo de treinta (30) días contados a partir de la vigencia de la presente Ley, establecerá el Comité Técnico Implementador responsable de la conducción del proceso de aseguramiento universal en salud que tendrá un plazo máximo de funcionamiento de dos (2) años.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA.- Reglamentación

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

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA.- Derogatoria

Deróganse o modifíquense las normas que se opongan a la presente Ley.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los treinta días del mes de marzo de dos mil nueve.

JAVIER VELÁSQUEZ QUESQUÉN

Presidente del Congreso de la República

ALEJANDRO AGUINAGA RECUENCO

Primer Vicepresidente del Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los ocho días del mes de abril del año dos mil nueve.

ALAN GARCÍA PÉREZ

Presidente Constitucional de la República

YEHUDE SIMON MUNARO

Presidente del Consejo de Ministros

