

Dictamen recaído en los Proyectos de Ley
Nº 077/2006-CR, 1819/2007-CR y 1837/2007-
CR, que regula la protección de los usuarios
frente al riesgo en los servicios de salud

TEXTO SUSTITUTORIO

LEY QUE REGULA LA PROTECCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE AL RIESGO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 1º.- Objeto de la Ley

El objeto de la presente Ley es hacer efectivo el derecho de los usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud a recibir una atención inmediata y, en caso corresponda, indemnización, cuando sean víctimas de lesiones, invalidez o muerte atribuidos a la acción u omisión realizada con impericia, negligencia e imprudencia de los profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de salud u otras personas relacionadas con estas instituciones, sea cual fuere su vínculo laboral o relación contractual.

Artículo 2º.- Definiciones

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

1. Atención inmediata.- Se refiere a las prestaciones o conjunto de prestaciones en salud de carácter recuperativo y de rehabilitación orientados a recuperar el daño emergente ocasionado a las personas usuarias de los servicios de salud hasta la alta médica.
2. Indemnización.- Los conceptos comprendidos en el Código Civil, para responsabilidad civil contractual y extracontractual.

Artículo 3º.- Modificación de la Ley General de Salud

Modifícase el artículo 15 numeral 3 inciso g) de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, que queda redactado con el siguiente texto:

“Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

(...)

15.3. Atención y recuperación de la salud

(...)

g) A recibir atención inmediata e indemnización por los daños causados en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando sean víctimas de lesiones, invalidez o muerte atribuidos a la acción u omisión realizada con impericia, negligencia e imprudencia de los profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de salud u otras personas relacionadas con estas instituciones, sea cual fuere su vínculo laboral o relación contractual.

Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas deberán contar con un seguro u otras modalidades establecidas por vía reglamentaria. Asimismo, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas aportarán al Fondo de Riesgo en los servicios de salud, a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS). Los términos y condiciones se establecerán mediante Decreto Supremo”.

Artículo 4°.- Fondo de Riesgo en los servicios de salud públicos

El Seguro Integral de Salud (SIS) contará con un Directorio conformado por:

1. Un representante del MINSA, el cual lo presidirá.
2. Un representante del Ministerio de Defensa.
3. Un representante del Ministerio del Interior.
4. Un representante de los Gobiernos Regionales.
5. Un representante de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento (SUNASA)

Los miembros del Directorio serán designados, por un periodo de dos años, pudiendo ser reelegidos por única vez por el mismo periodo.

El fondo contará con un Gerente, considerado como cargo de confianza, designado por el Ministro de Salud, a propuesta del Directorio, previo proceso de selección.

Artículo 5°.- Recursos del Fondo de Riesgo en los servicios de salud públicos

Son recursos del Fondo de Riesgo en los servicios de salud públicos:

1. Los aportes de las instituciones prestadoras de salud públicas.
2. Las donaciones y otras contribuciones no reembolsables.
3. Las transferencias del presupuesto público.
4. Los ingresos financieros que genere el Fondo por la administración de sus recursos.

5. Los aportes voluntarios de los Colegios profesionales de la salud.

Estos recursos son inembargables, intangibles, inalienables e imprescriptibles y no podrán ser destinados a fines distintos a los previstos en la presente Ley.

Artículo 6º.- Comité Técnico de Evaluación

Los Comités Técnicos de Evaluación son los encargados de evaluar, investigar y resolver de manera sumaria las quejas presentadas por los usuarios de los servicios de salud públicos y privados por las situaciones establecidas en el artículo 1º de la presente Ley, en un plazo no mayor de 15 días útiles, salvo casos excepcionales, que serán establecidos por vía reglamentaria.

Dentro del plazo antes señalado, el Comité Técnico de Evaluación emite su informe, el mismo que es puesto de conocimiento al usuario y la institución prestadora de servicio de salud.

La propuesta contenida en el Informe puede concluir en:

1. El rechazo de la queja presentada.
2. La aceptación de la queja presentada. En el supuesto de establecimientos de salud públicos, se establecerá el pago de la indemnización y atención inmediata a cargo del Fondo de Riesgo. Si el usuario y la institución prestadora de servicio de salud están de acuerdo con los términos del Informe, suscribirán un documento de transacción extrajudicial. En caso no esté de acuerdo con los términos del informe del Comité Técnico de Evaluación podrá recurrir a la vía de la conciliación, arbitraje o proceso judicial establecido por la normativa vigente.

En el caso de establecimientos de salud privados, el pago se realizará de acuerdo a los términos de la póliza de seguro.

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

Primera.- Plazo de aprobación y vigencia del Reglamento de la Ley

La presente Ley entra en vigencia con la aprobación de su Reglamento, que deberá ser realizado en el plazo máximo de ciento veinte días (120) días calendario.

Este Reglamento debe contemplar, entre otras materias, las siguientes:

1. La escala y formas de cobertura del Seguro obligatorio y el Fondo de riesgo en los servicios de salud públicos establecidos por la presente Ley.

2. El perfil profesional y técnico y la implementación gradual de los Comités Técnicos de Evaluación, a nivel nacional y de manera descentralizada.
3. El procedimiento de resolución de los Comités Técnicos de Evaluación.
4. Procedimientos para sancionar quejas maliciosas.
5. Otros aspectos necesarios para la implementación de la Ley.

Segunda.- Informe al Congreso de la República

El Ministro de Salud informa anualmente sobre la aplicación de la presente Ley, a la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República.

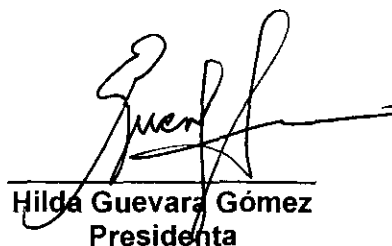
Tercera.- Excepción

Queda exceptuada EsSalud de aportar al Fondo de Riesgo en los servicios de salud públicos dispuestos por la presente Ley. Dicha institución contará con un Fondo de Riesgo institucional que deberá tener una cobertura similar al Fondo de Riesgo en los servicios de salud públicos y se rige supletoriamente por lo establecido en la presente Ley.

Cuarta.- Normas derogatorias

Derógase o déjase sin efecto, según corresponda, las disposiciones que se opongan a la presente Ley.

03 de marzo del 2010



Hilda Guevara Gómez
Presidenta
Comisión de Salud, Población, Familia
y Personas con Discapacidad