



Decreto Supremo

APRUEBAN REGLAMENTO DE LA LEY Nº 29344, LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

M. Arce R.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, tiene como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, con miras a establecer un marco integrado, sistémico y coordinado, que permita el acceso a todo residente en el territorio nacional a las prestaciones esenciales de cobertura de salud, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el marco del proceso de descentralización y dentro de un criterio de progresividad, para comprender a toda la población residente en el territorio nacional;

Que, la Disposición Final Única de la precitada Ley, dispone que el Poder Ejecutivo expedirá el respectivo reglamento;

Que, en tal sentido, resulta necesario e imperativo, establecer las disposiciones reglamentarias que permitan el establecimiento del aseguramiento universal en salud, con miras a garantizar a toda la población del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral, el derecho a la atención de salud con garantías de acceso, protección financiera, calidad y oportunidad con las que deben ser otorgadas las prestaciones;

Que, en dicho contexto, también corresponde establecer las disposiciones que establezcan los mecanismos de articulación e integración de los agentes que participan del aseguramiento universal en salud, así como los mecanismos de regulación, intercambio de información, sistema de referencias, normas estándares, régimen de sanciones y mecanismos de solución de controversias, así como las etapas en las cuales éstas se irán implementando;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 780-2009/MINSA se dispuso la publicación en el Portal de Internet del MINSA, del proyecto de Reglamento de la Ley Nº 29344, Marco de aseguramiento Universal en Salud, en donde se han recibido y tenido en cuenta los diversos aportes de la opinión pública;

W. Olivera A.

Que, en la Sesión 10º realizada el 04 de enero de 2010, el Comité Técnico Implementador Nacional responsable de la conducción del proceso de Aseguramiento Universal en Salud (CTIN), conformado por el Ministro de Salud, quien lo preside, el Ministro de Defensa o su representante, el Ministro del Interior o su representante, el Presidente de Ejecutivo del Seguro Social de Salud (ESSALUD), un Presidente Regional en representación de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, el Presidente de la Asociación de Clínicas Particulares y el Jefe del Seguro Integral de Salud, aprobaron el texto del proyecto de Reglamento de la referida Ley;


M. Arce R.

Que, por lo expuesto, resulta necesario aprobar el Reglamento de la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;

De conformidad con el numeral 8) del artículo 118º de la Constitución Política del Perú y el numeral 3 del artículo 11º de la Ley Nº 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

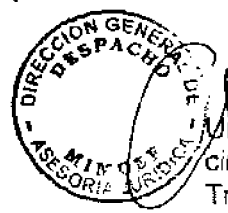
Artículo 1º.- Aprobación

Aprobar el Reglamento de la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que consta de siete (7) Títulos, trece (13) Capítulos, ciento cincuenta y cuatro (154) Artículos, trece (13) Disposiciones Complementarias Transitorias, trece (13), Disposiciones Complementarias Finales, y un (1) Anexo el cual forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2º.- Refrendo

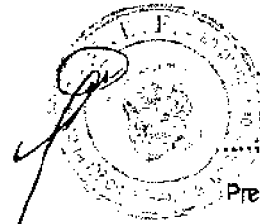
El presente Decreto Supremo será refrendado por la Ministra de Economía y Finanzas, la Ministra de la Mujer y Desarrollo Social, el Ministro de Defensa, el Ministro del Interior, la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo y el Ministro de Salud.

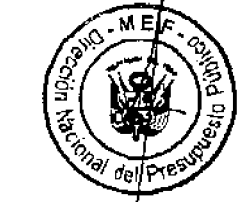
Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dos días del mes de abril del año dos mil diez.



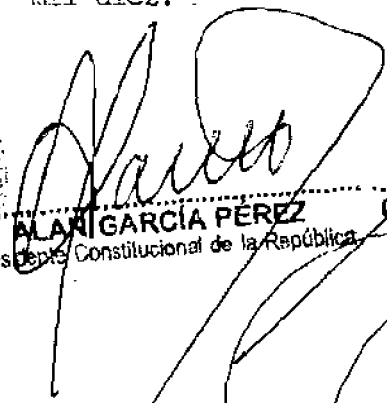

Dra. M. CHIAPPERINI F.



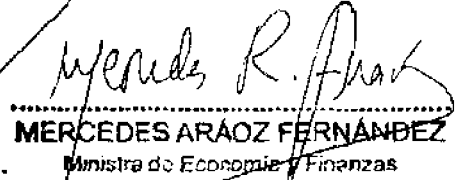


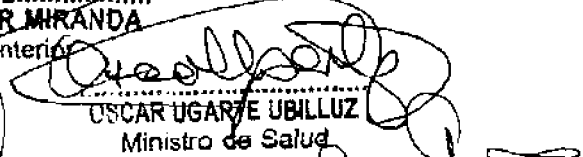


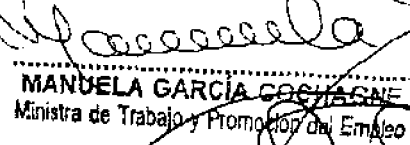



ALAN GARCÍA PÉREZ
Presidente Constitucional de la República

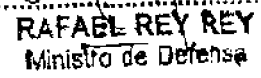

OCTAVIO SALAZAR MIRANDA
Ministro del Interior

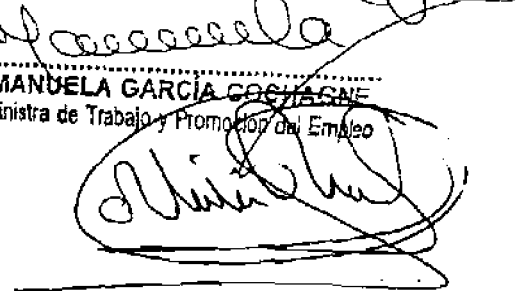

MERCEDÉS ARAÓZ FERNÁNDEZ
Ministra de Economía y Finanzas


OSCAR UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud


MANUELA GARCÍA COCHASNE
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo




RAFAEL REY REY
Ministro de Defensa


NIDIA VILCHEZ YUCRA
Ministra de la Mujer y Desarrollo Social







REGLAMENTO DE LA LEY N° 29344, LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- OBJETO DEL REGLAMENTO

El presente Reglamento tiene por objeto dictar las disposiciones que desarrollen los mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, necesarias para el adecuado cumplimiento de los objetivos del aseguramiento universal contenidos en la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 2°.- PREEMINENCIA DE LA NORMA

Las disposiciones del presente reglamento constituyen el soporte normativo que debe permitir el sostenimiento y expansión del Aseguramiento Universal en Salud, y deberán ser interpretadas, en casos de duda o ante la existencia de vacíos normativos, en consonancia con los Principios y Características enunciados en los artículos 4° y 5° de la Ley N° 29344, los mismos que por su naturaleza constituyen principios y criterios de observancia obligatoria y orientadores para todo el proceso de puesta en marcha e implementación del Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 3°.- DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

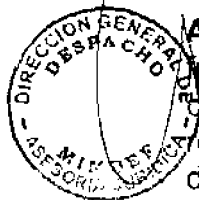
Para los efectos del presente reglamento entiéndase las siguientes definiciones y acrónimos, conforme se señala a continuación:

Accidente: Toda lesión corporal producida por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Accidente de Trabajo: Toda lesión corporal, orgánica o perturbación funcional, producida en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, causadas por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Actividades de alto Riesgo: Las que realizan los afiliados contributivos en sus labores, en las que enfrenten una probabilidad que se produzca un resultado adverso para su salud o un factor que aumente esa probabilidad, de acuerdo con las disposiciones de la Ley 26790. Esta terminología deja de tener significación en la medida que se avance al aseguramiento universal del riesgo ocupacional.

Asegurado o afiliado: Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Para el propósito del



W. Olivera A



presente reglamento se le asume como obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud.

Afiliación: Adscripción de un asegurado a un plan aseguramiento en salud y a una IAFAS.

Aseguradoras Privadas: Empresas cuya finalidad única es la de brindar servicios de cobertura de riesgos, entre ellos los de salud de acuerdo con la Ley del Sistema Financiero y de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Constituyen una modalidad de IAFAS y por lo tanto se someten al ámbito de supervisión de la SUNASA, en lo que corresponde a los riesgos de salud.

Asociación Fondo Contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT): Conforme lo establece la Ley N° 28839, es la Institución administradora de fondos de aseguramiento contra los accidentes de tránsito que otorgan asistencia médica y mutua a los asociados en la eventualidad de un siniestro de tránsito.

Autoseguros: Seguro de salud de un grupo profesional, de un grupo de trabajo, o de una entidad o sociedad organizada, que se genera con cargo al aporte de sus miembros con eventual participación de la entidad empleadora, asumiendo directamente el riesgo del aseguramiento en salud. Se encuentran comprendidos dentro de las instituciones bajo el alcance de supervisión y regulación de la Superintendencia Nacional en Salud.

Beneficiarios: Personas radicadas en el país bajo la cobertura de un plan de aseguramiento en salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.

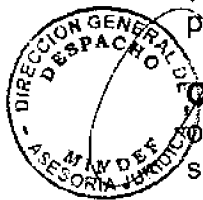
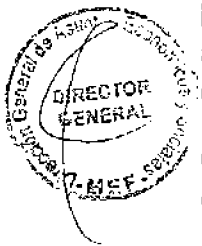
Cobertura: Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.

Copago y/o deducible: Los costos enfrentados o compartidos por el afiliado (titular o beneficiarios) en la forma de una cantidad fija o proporción a ser pagada por cada atención o procedimiento.

Convenio de aseguramiento: Contrato o modalidad que genera derechos y obligaciones a la IAFAS como al afiliado sea de manera directa o a través de su empleador o representante, en relación a coberturas de salud.

Direcciones o Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces: Órganos de línea u desconcentrados de los Gobiernos Regionales, según sea el caso, encargadas de conducir el proceso de atención de la salud de la población en los ámbitos regionales, administrativamente dependen de los Gobiernos Regionales y técnicamente del MINSA.

Enfermedad con Alto Costo de Atención: Aquella patología que por su naturaleza, manifestación y evolución, requiere de tratamientos o prestaciones de salud que no forman parte del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud -



N. Olivera A



PEAS. La Enfermedad de Alto Costo de Atención es determinada por un listado aprobado por el MINSA.

Enfermedades Profesionales: Todo estado patológico que ocasione incapacidad temporal, permanente o muerte y que sobrevenga como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador.

Entidad prepagada de servicios de salud: Entidad que administra fondos de aseguramiento en salud, bajo la modalidad de pago regular o anticipado prestando los servicios ofertados en su cobertura a través de infraestructura propia o contratada con terceros. Está sometida al ámbito de supervisión de la SUNASA. Esta determinación dentro del objeto social de la persona jurídica es compatible con la prestación de servicios de salud.

Entidades Prestadoras de Salud: Las empresas e instituciones públicas o privadas distintas de ESSALUD cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud con infraestructura propia o de terceros, dentro del régimen del Seguro Social de Salud, financiando las prestaciones mediante el crédito contra los aportes a que se refiere la Ley N° 26790 y otros con arreglo a ley, sujetándose a los controles de la SUNASA.

Entidades Empleadoras: Las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones, las cooperativas de trabajadores y las empresas de servicios temporales o cualquier otro tipo de intermediación laboral.

Intervenciones de Salud Pública: Intervenciones en salud no individualizables y con alto nivel de externalidades positivas a cargo del MINSA y se financian con presupuesto del tesoro público.

Intervenciones individuales en salud: Intervenciones de salud de carácter preventivo o recuperativo, orientadas a mantener o mejorar el estado de salud de las personas, brindadas a través de la red nacional de IPRESS y financiada por una IAFAS.

Libre Contratación: Capacidad de los distintos agentes intervinientes en el AUS, para la compra y venta de servicios de aseguramiento, reaseguro y prestaciones de salud entre IAFAS, y entre éstas y las IPRESS, dentro de los diferentes regímenes de aseguramiento.

Red Funcional de Atención: Todas las IPRESS debidamente acreditadas para prestar servicios de salud previstos en el PEAS, planes complementarios y específicos, sean públicos, mixtos o privados.

Riesgo Ocupacional: El riesgo a que están expuestos todos los trabajadores como consecuencia de las labores que desempeñan en su centro de trabajo, o a través de actividad laboral desarrollada independientemente. Debe ser materia de aseguramiento progresivo hasta alcanzar la universalidad.



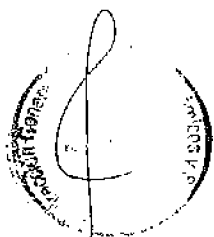
N. Olivera A



Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud: Organismo Técnico Especializado del Sector Salud que tuvo por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados. En virtud a la Ley N° 29344 amplía sus facultades incorporando bajo el ámbito de supervisión a las IAFAS, IPRESS y entidades que brindan coberturas de salud bajo pago regular y anticipado, adquiriendo la denominación de Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).

Lista de Acrónimos

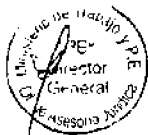
- AUS Aseguramiento Universal en Salud
- AFOCAT Asociación de Fondos Contra Accidentes de Transito
- CAS Contratos Administrativos de Servicios
- CECONAR Centro de Conciliación y Arbitraje
- CTIN Comité Técnico Implementador Nacional
- CTIR Comité Técnico Implementador Regional
- DNI Documento Nacional de Identidad
- DIRESA Direcciones Regionales de Salud
- ESSALUD Seguro Social de Salud.
- EPS Entidad Prestadora de Salud.
- FFAA Fuerzas Armadas
- FOSPOLI Fondo de Salud de la Policía Nacional
- IAFAS Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
- IPRESS Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- MYPES Micro y Pequeña Empresa
- MINSA Ministerio de salud
- ONP Oficina Nacional de Pensiones
- PEAS Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
- PYME Pequeña y Mediana Empresa
- PNP Policía Nacional del Perú
- RENIEC Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
- SUNASA Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
- SBS Superintendencia de Banca y Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
- SCTR Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
- SEPS Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
- SFFAA Sanidad de las Fuerzas Armadas
- SIS Seguro Integral de Salud
- SPNP Sanidad de la Policía Nacional del Perú
- SOAT Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito



W. Olivera A

Artículo 4°.- LIBERTAD DE ELECCIÓN Y CONTRATACION

En la implementación y desarrollo del AUS, se deberán observar, en lo que corresponda, los criterios de libertad de elección de los afiliados respecto de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) a las que pueden tener acceso en función de los parámetros previstos por la normatividad vigente; y de libertad de competencia entre las instituciones prestadoras de servicios de salud.



Al interior de cada IAFAs los asegurados tendrán como derecho adscribirse a sus respectivas redes, diferenciadas por precios y/o tarifas, extensión geográfica u otros criterios según corresponda.

Las IAFAs pueden contratar prestaciones libremente con los prestadores de servicios de salud, sean privados, públicos o mixtos. Las IAFAs pueden contratar entre ellas planes de aseguramiento, o de reaseguros, así como sistemas externos de administración y auditoría.

Artículo 5º.- DE LA UNIVERSALIDAD

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.

Artículo 6º.- EXPANSIÓN GRADUAL DEL AUS

La universalización del aseguramiento en salud será gradual y progresiva en el territorio nacional, en lo que se refiere a la extensión de la cobertura de afiliación y a la extensión geográfica de aplicación, y la expansión del plan de beneficios del PEAS de acuerdo al Plan de Implementación aprobado.



TÍTULO II DE LOS AGENTES VINCULADOS AL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

CAPÍTULO I DEL ORGANO RECTOR

Artículo 7º.- MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud ejerce rectoría en el sector salud sobre todos los agentes involucrados en el aseguramiento universal desarrollando las siguientes competencias:

- a. Aprobar y ejecutar políticas nacionales de aseguramiento en salud.
- b. Aprobar normas regulatorias para todas las instancias descentralizadas, organismos e instituciones del sector público, privado o mixto, vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, incluidos los del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y otros, conforme a la normatividad vigente.
- c. Conducir y promover la articulación con las instancias gubernamentales de nivel nacional, regional y local, instituciones del sector de aseguramiento público, privado o mixto, y demás entidades que permitan la implementación progresiva del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
- d. Coordinar con los gobiernos regionales y locales, organizaciones públicas y privadas de su jurisdicción, la ejecución de las políticas y planes relacionados con la promoción, implementación y el fortalecimiento del Aseguramiento Universal en Salud.



W. Olivera A



- e. Supervisar, monitorear y evaluar el avance del proceso de aseguramiento en salud en el territorio nacional, informando a la ciudadanía y órganos competentes
- f. Integrar progresivamente los mecanismos y estándares de información del sector salud y del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, permitiendo la oportunidad y confiabilidad en la provisión de información para la toma de decisiones.
- g. Establecer los lineamientos para el uso eficiente y adecuado de los fondos públicos intangibles destinados a lo relacionado directa o indirectamente al otorgamiento de las prestaciones incluidas en el marco del aseguramiento universal.
- h. Vigilar la ejecución de la potestad sancionadora de la SUNASA en el proceso de Aseguramiento Universal en Salud, en el ámbito nacional.
- i. Conducir y promover la articulación de las instituciones prestadoras de servicios de salud según lo previsto en el artículo 22° de la Ley.
- j. Como política del sector y en el marco del AUS, el MINSA propenderá el acceso de medicamentos en calidad y precios a la población de los diferentes planes de aseguramiento, para lo cual establecerá convenios con los diferentes agentes vinculados al AUS, en estricto cumplimiento de las normas legales vigentes.
- k. Otras conforme a la normatividad vigente

Artículo 8°.- DEL NIVEL REGIONAL

Corresponde a los gobiernos regionales conducir el desarrollo del proceso de aseguramiento en su región a través de su respectivo Comité Técnico Implementador Regional- CTIR, en armonía con las políticas y normas que emita el Ministerio de Salud como ente rector del sector.

Los gobiernos regionales deberán cumplir las siguientes funciones en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud:

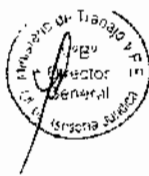
- a. Aprobar y ejecutar políticas regionales de aseguramiento en salud, en el marco de los lineamientos, normas y políticas nacionales emitidas por el Ministerio de Salud.
- b. Incluir en el plan de desarrollo regional concertado iniciativas del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
- c. Coordinar con los gobiernos municipales, organizaciones públicas y privadas de su jurisdicción, la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción, implementación y el fortalecimiento del Aseguramiento Universal en Salud.
- d. Supervisar y monitorear el avance del proceso de aseguramiento en salud en la región, informando al MINSA y a la ciudadanía de los avances del proceso de AUS.
- e. Coordinar la articulación de las IPRESS a nivel de su Región.

Artículo 9°.- MECANISMOS DE VIGILANCIA CIUDADANA

El MINSA, establecerá los mecanismos de vigilancia ciudadana a ser desarrollados por los Gobiernos Regionales y Locales con miras al cumplimiento de los derechos de la población en el aseguramiento universal en salud, con especial atención de sus garantías de calidad, oportunidad y financiamiento, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la



N. Olivera A



SUNASA. De manera similar se garantizará el acceso a la información conforme a ley.

CAPÍTULO II DE LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 10º.- NATURALEZA Y OBJETO

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son instituciones o empresas públicas privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas jurídicas que tienen como objetivo la captación y gestión de fondos para el aseguramiento de las prestaciones de salud incluidas en los planes de aseguramiento en salud. Para su constitución están obligadas a solicitar su autorización de organización y funcionamiento, así como su registro ante la SUNASA. La creación, constitución y formas de organización interna de IAFAS públicas se realizarán conforme a las normas que regulan al sector público.

Artículo 11º.- FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Corresponde a las IAFAS:

- a. Brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
- b. Captar y administrar los aportes de los afiliados o del estado en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
- c. Promover la afiliación de la población no asegurada actualmente por alguno de los sistemas de aseguramiento público, privado o mixto.
- d. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus derechohabientes puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las IAFAS tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación a los planes y condiciones ofrecidas y cumpla con los requisitos de ley y demás normas pertinentes.
- e. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derechohabientes, a las IPRESS con las cuales haya establecido convenios o contratos o se encuentre vinculada en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad o accidente.
- f. Remitir a la SUNASA la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a los ingresos y egresos de afiliados y sus beneficiarios, a la recaudación por contribuciones y aportes y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- g. Establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPRESS conforme a las condiciones pactadas.
- h. Asumir responsabilidad solidaria con las IPRESS frente a los usuarios por los planes de salud que oferta a través de infraestructura propia o de terceros, sin perjuicio del derecho de repetición a que hubiere lugar. La SUNASA definirá el procedimiento de atención al usuario.



Asimismo, las IAFAS se obligan a contar con mecanismos que preserven los derechos de sus asegurados, debiendo para ello:

- a. Precisar en idioma que entienda el asegurado, y con letra legible, el objeto y extensión de la cobertura del seguro que se ofrezca.
- b. Definir la forma de contratación e inicio de cobertura, esto es, si es un seguro individual, deberá entregar un plan de seguro individual y específico, o si se trata de un seguro contratado en forma colectiva, a través de una entidad que actúa como contratante a nombre o por cuenta de los asegurados, deberá entregar un plan de cobertura, pudiendo el asegurado solicitar a las IAFAS un ejemplar del plan completo.
- c. Precisar los requisitos o condiciones de asegurabilidad, restricciones o condiciones especiales de cobertura; plazos de carencias, deducibles u otras limitaciones de cobertura, en el marco de las normas vigentes.
- d. Señalar los documentos y declaraciones que se requieran firmar y su importancia al momento de pretender una atención de salud, como por ejemplo declaraciones personales de salud y cuestionarios, conforme a las disposiciones que emanen de la SUNASA.
- e. Señalar las causales de exclusión que corresponden a situaciones en las cuales el seguro no va operar o dejaría de aplicar, con la precisión que corresponde, de acuerdo a las disposiciones que dicte la SUNASA.
- f. La prima, contribución, cotización, aporte o precio a pagar, cuando corresponda, por el seguro contratado y su forma de pago, conforme a lo señalado por la SUNASA.
- g. Las demás que determine el MINSA y la SUNASA.

Artículo 12°.- AUTORIZACIÓN DE ORGANIZACIÓN

Es requisito para otorgar el Certificado de Autorización de Organización de las IAFAS la constitución de un capital mínimo que será íntegramente suscrito y pagado por estas instituciones. La SUNASA determinará los criterios y montos del capital referido, expresado en porcentaje referido a la UIT, empleando para tal fin los criterios que establezca.

Las IAFAS, según su naturaleza deberán solicitar a la SUNASA, mediante un representante, se le otorgue Autorización de Organización, para lo cual deberá cumplir con los requisitos que determine la SUNASA.

Complementariamente, para el caso de entidades privadas deberá presentarse un Certificado de Depósito de garantía emitido por un banco del país, otorgado por los organizadores a favor de la Superintendencia por un monto equivalente al 5% del capital mínimo actualizado que la Superintendencia defina.

Los organizadores son los responsables de la publicación del Certificado de Autorización de Organización en el diario oficial y en otro de circulación nacional.

Corresponde a la SUNASA establecer el arancel o derechos correspondientes para su inscripción y solicitar toda información que de manera previa y general se requiera.



: Olivera A.



La SUNASA definirá por norma el proceso de otorgamiento de la Autorización de Organización.

Artículo 13°.- AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

Los organizadores de las IAFAS deberán solicitar a la SUNASA su Autorización de Funcionamiento, acompañando su solicitud con la siguiente documentación, como mínimo:

- a. Copia simple de la Escritura Pública de Constitución de la IAFAS inscrita en la Oficina Registral de la jurisdicción que corresponda, o norma estatutaria de su creación, según corresponda.
- b. Copia de la publicación del Certificado de Autorización de Organización en el diario oficial y en uno de circulación nacional.
- c. Reglamento o Manual de Organización y Funciones, según corresponda.
- d. Normas Operativas y de Delegación de facultades.
- e. Reglamento de Atención de Reclamos.
- f. Planes de Salud que se propone ofrecer, los mismos que deberán estar enmarcados en la legislación vigente.
- g. Certificado que acredite el pago del capital social mínimo definido por la Superintendencia
- h. Otros requisitos que determine la SUNASA.

Están exceptuadas de este trámite las IAFAS públicas creadas por Ley.

Artículo 14°.- SOLIDEZ PATRIMONIAL Y EQUILIBRIO FINANCIERO

Las IAFAS para garantizar la solidez patrimonial y el equilibrio financiero, de sus operaciones en el corto y mediano plazo mantendrán los márgenes de solvencia y los niveles de otros indicadores determinados por la SUNASA. En el caso del SIS solo se exigirá los indicadores de equilibrio financiero.

Artículo 15°.- COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE RAMOS GENERALES

En el caso de las Compañías de Seguros o Reaseguros que en adición a planes de salud brinden otro tipo de cobertura de aseguramiento, ya sea de riesgos patrimoniales u otras modalidades de ramos generales, no requerirán que tramiten ante la SUNASA las autorizaciones de organización y funcionamiento, siempre que se encuentran reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones. En tales casos, para que brinden las coberturas comprendidas dentro del Aseguramiento Universal en Salud, bastará que se registren ante la SUNASA bajo las condiciones que ésta establezca, acreditando la autorización otorgada por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones.

Artículo 16°: INFORMACIÓN DE LAS IAFAS A SUS AFILIADOS

Las IAFAS deberán proporcionar información suficiente y oportuna, a sus afiliados, respecto a las coberturas, condiciones y limitaciones de sus contratos, así como los planes de salud, condiciones de otorgamiento y de reajuste de aportes, gastos en la prestación de servicios de salud incurridos, en periodos a ser establecidos por la SUNASA, u otros que ésta determine, cuando corresponda.



W. Olivera A

Artículo 17°.- ACCESO DE LOS ASEGURADOS EN EL MARCO DEL AUS

Es obligación de las IAFAS admitir la afiliación de las personas que lo soliciten según las normas que los regulen. Así mismo, en ningún caso las IAFAS podrá negar a un asegurado el acceso a las prestaciones contempladas en el Plan de Salud elegido y a las condiciones pactadas.

Las IAFAS no podrán terminar la relación contractual con sus afiliados en forma unilateral, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando se realice el pago del aporte, contribución o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del asegurado, de acuerdo con la normatividad que para el efecto expida la SUNASA.

Artículo 18°: CAMPO DE ACCIÓN DE LAS IAFAS

Para garantizar la prestación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) a sus afiliados, las IAFAS prestarán estos servicios directamente a través de su infraestructura propia o los contratarán con las IPRESS. Cada IAFAS deberá ofrecer a sus afiliados, alternativas de IPRESS, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con las normas contenidas en el presente reglamento y otras que para el efecto expida la SUNASA.

Artículo 19°: CONTRATACIÓN DE PRESTADORES

Las IAFAS tendrán libertad para contratar con las IPRESS de su elección para la conformación de sus redes de prestación de servicios de salud.

Las IAFAS deberán contratar la prestación de servicios de salud única y exclusivamente con instituciones prestadoras de servicios de salud registradas en la SUNASA, de acuerdo a las normas que ésta establezca.

Artículo 20°.- INFRAESTRUCTURA PROPIA

Se entiende por infraestructura propia aquella que se encuentre bajo control directo y exclusivo de una IAFAS, cualquiera que fuere el título legal bajo el cual se hubiere adquirido tales derechos.

Las IAFAS podrán brindar los servicios de salud a sus afiliados con su infraestructura propia o la de terceros. En el primer caso podrán complementarla, previo convenio, con servicios de otras IAFAS públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas para brindar servicios de salud. En el caso de IAFAS que brinden a sus afiliados servicios de salud mediante la contratación de infraestructura de terceros, éstas deberán verificar que tal infraestructura cumpla con los requisitos de acreditación señalados.

Artículo 21°: AUTONOMIA CONTABLE Y ADMINISTRATIVA

Las IAFAS podrán ofrecer servicios de salud a través de IPRESS de su propiedad o de propiedad de empresas vinculadas económicamente. En tales casos, las IAFAS podrán organizarse de manera tal que exista una clara separación contable y administrativa de las actividades de aseguramiento / financiamiento de las actividades de prestación.



V. Olivera A



Artículo 22°.- ELIMINACION DE SUBSIDIOS CRUZADOS

Cuando los hospitales, las redes o establecimientos públicos de salud vendan servicios médicos a IAFAS distintas del SIS, ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, para el cumplimiento de los planes ofrecidos, facturarán la atención de acuerdo con sus costos de operación y administración, sin recurrir a fondos del Tesoro Público para el subsidio de estos servicios.

CAPÍTULO III DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 23°: NATURALEZA Y OBJETO

La prestación de servicios en el ámbito del AUS se desarrolla a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Las IPRESS son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del AUS están obligadas a registrarse ante la SUNASA.

Asimismo, la SUNASA deberá supervisar a las IPRESS, contando para ello con las facultades sancionadoras que la Ley N° 29344 le confiere, sin perjuicio de la fiscalización o vigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el respectivo estatuto jurídico que las regule.

Sin perjuicio del cumplimiento de las normas de carácter general del MINSA para la organización y funcionamiento de las IPRESS, éstas para prestar servicios dentro del ámbito del AUS, deberán necesariamente contar con la respectiva categorización otorgada por la Autoridad Sanitaria que corresponda.

Artículo 24°: FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

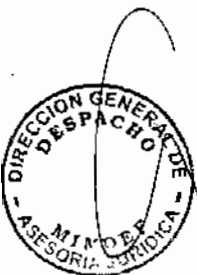
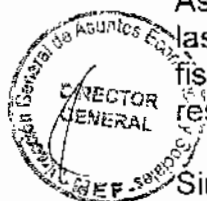
Son funciones de las IPRESS brindar los servicios que correspondan a su nivel resolutivo a los afiliados y derecho habientes dentro de los parámetros y principios determinados en el presente reglamento.

Las IPRESS tienen como principios fundamentales la prestación de servicios con características de la calidad y oportunidad. Podrán gozar de autonomía administrativa y financiera.

Para que una institución pueda constituirse como una IPRESS deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

Las IPRESS están facultadas para vender servicios a las IAFAS e intercambiar servicios entre sí.

Las IPRESS son responsables frente a los usuarios por las prestaciones de salud con oportunidad y calidad que brinden.



M. Olivera ^



Artículo 25°: CALIDAD Y OPORTUNIDAD

Las IPRESS se encuentran obligadas a cumplir con los estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberán velar por que los recursos tecnológicos, de infraestructura, humanos, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan permanentemente con los criterios de calidad acordes a los estándares vigentes.

Artículo 26°: DE LOS COPAGOS

Las prestaciones de salud del Aseguramiento Universal en Salud podrán estar sujetos a copagos y deducibles, con el objetivo de racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar el financiamiento del PEAS, conforme a la legislación vigente. Las IPRESS son responsables de realizar tales cobros de acuerdo a las condiciones pactadas.

Artículo 27°: ATENCIÓN A LOS USUARIOS

Las IPRESS no podrán discriminar en su atención a los usuarios que les corresponda, entendiéndose como tal, al trato diferenciado hacia personas en similares casos, por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad adquisitiva, discapacidad u otras.

Artículo 28°: DE LAS PRIORIDADES DE ASIGNACION DE RECURSOS DE LA RED PRESTACIONAL PÚBLICA

Todos los agentes públicos vinculados al AUS priorizarán la asignación de recursos de inversión para la salud en el marco de los principios de complementariedad y subsidiariedad, con el fin de desarrollar y consolidar la red de establecimientos de salud, de forma tal que se fortalezca la dotación básica de equipo y de personal que defina el MINSA.

El MINSA establecerá los recursos que deberán tener las IPRESS de cualquier nivel de resolución, según las normatividad vigente.

Artículo 29°: DE LOS DERECHOS E INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

Las IPRESS están obligadas a contar con mecanismos que preserven los derechos de los Asegurados, dentro de los cuales se encuentran:

- a. Acceso expedito a los servicios asistenciales.
- b. Trato respetuoso y digno por parte de todo el personal de la IPRESS.
- c. La información sobre el asegurado debe ser confidencial y con respeto a la privacidad según las normas vigentes.
- d. Brindar seguridad al asegurado en el servicio asistencial.
- e. Conocer la identidad y grado de preparación de las personas que le presten el servicio.
- f. Conocer la información sobre el padecimiento, diagnóstico, tratamiento y alternativas de curación.
- g. Estar comunicado, en todo momento, con sus familiares, de acuerdo a la naturaleza del servicio que recibe.
- h. Disponer del consentimiento respectivo para cualquier acción terapéutica, conforme a la normativa vigente.



W. Olivera A



Las IPRESS garantizarán una adecuada información de sus servicios que permitan a los usuarios conocer los estándares establecidos tales como calidad y oportunidad.

TÍTULO III DE LA SUPERVISIÓN DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

CAPÍTULO I DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 30°.- NATURALEZA DE LA SUPERINTENDENCIA

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) es un organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica de Derecho Público y con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, que ejerce las funciones, competencias y facultades establecidas en la Ley Marco, el presente Reglamento y demás normas sectoriales.

La SUNASA es una entidad desconcentrada y sus competencias son de alcance nacional.

Tiene por finalidad resguardar y garantizar el derecho al acceso pleno y progresivo de toda persona al aseguramiento en salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y de participación.

Se sujeta a los lineamientos normativos establecidos por el MINSA.

Artículo 31°.- ÁMBITO DE COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA

- La SUNASA ejerce competencias en materia de registro, autorización, regulación, supervisión, potestad sancionadora y demás precisadas en la Ley Marco, el presente Reglamento y demás normas que dicte el Ministerio de Salud, sobre las actividades vinculadas al Aseguramiento Universal en Salud de las IAFAS y todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado.
- También ejerce competencia en materia de supervisión de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones de salud, registro y facultad sancionadora de las IPRESS, vinculadas al AUS.

Artículo 32°.- FUNCIONES GENERALES DE LA SUPERINTENDENCIA

En el marco del Aseguramiento Universal en Salud, la Superintendencia cuenta con las funciones generales siguientes:

- Función de registro. Esta función comprende la facultad de registrar, renovar y cancelar la inscripción de los agentes vinculados al Aseguramiento Universal en Salud, cuya inscripción se establezca por el ordenamiento jurídico.



W. Olivera A



- b. Función de autorización. Esta función comprende la facultad de expedir los actos administrativos necesarios que habilite el ejercicio de las actividades y el funcionamiento de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Entidades prepagadas de salud y todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado, siempre que la autorización sea exigida por el ordenamiento jurídico.
- c. Función de supervisión: Comprende la facultad de verificar el cumplimiento de los objetivos y normativa relacionada al Aseguramiento Universal en Salud, así como las obligaciones legales, contractuales o técnicas por parte de las instituciones supervisadas, en resguardo de los derechos de los asegurados. Los agentes de supervisión tienen la atribución de ingresar previa coordinación a las entidades supervisadas y solicitar la presencia del personal directivo o del representante de la misma para el ejercicio de sus funciones.
- d. Función de regulación: Comprende la facultad de emitir dentro del ámbito de su competencia resoluciones de carácter general y particular que rijan las actividades de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Entidades prepagadas de servicios de salud y todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado.
- e. Función sancionadora: Comprende la facultad de imponer sanciones dentro de su ámbito de competencia por el incumplimiento de las obligaciones previstas en el marco legal y contractual que sea aplicable.
- f. Otras que se le asigne por Ley, el presente reglamento y en el Reglamento de Organización y Funciones.



Artículo 33°.- FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LA SUPERINTENDENCIA

En el marco del Aseguramiento Universal en Salud la Superintendencia cuenta con las funciones específicas siguientes:

Con respecto a las IAFAS

- a. Autorizar la organización y funcionamiento de las IAFAS, determinando las condiciones mínimas según su naturaleza de públicas, privadas o mixtas. Esta función incluye la renovación y revocación de la autorización, de conformidad a lo establecido en el ordenamiento jurídico.
- b. Registrar a las IAFAS, estableciendo los requisitos, normas y procedimientos para tales efectos.
- c. Vigilar que las IAFAS actúen observando las políticas y lineamientos del Aseguramiento Universal en Salud establecidos en la Ley como los definidos por el MINSA.
- d. Velar por el uso y destino eficiente de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud administrados por las IAFAS, incluyendo la supervisión de los fondos administrados por el FISSAL.
- e. Vigilar los procesos asociados al acceso al AUS y protección financiera de la prestación de servicios de salud, desarrollando mecanismos y estrategias de supervisión central y descentralizada
- f. Regular sobre los mecanismos de articulación entre IAFAS.



W. Olivera A



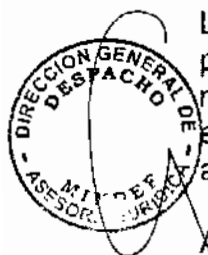
- g. Regular sobre la solvencia, patrimonio mínimo, obligaciones técnicas, intangibilidad de fondos, oportunidad de pago y presentación de estados financieros de las IAFAS, en lo relacionado al AUS.
- h. Supervisar en los aspectos jurídicos y financieros a todas las IAFAS, procurando el debido cumplimiento de las obligaciones que establece la ley y aquéllas que deriven de los convenios suscritos con las IPRESS, Entidades Empleadoras, afiliados, y demás entidades. En el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia podrá solicitar la información que considere necesaria a cualquier organismo público o privado, así como a terceros en general.
- i. Supervisar los procesos de elección, cuando corresponda, y de afiliación a las IAFAS.
- j. Normar las condiciones mínimas de los convenios a ser suscritos entre las IAFAS con las IPRESS o con los afiliados, con la finalidad de otorgarles claridad y transparencia en su contenido, facilitando su correcta interpretación y la supervisión de su cumplimiento, sin perjuicio de la liberalidad que corresponde en la fijación de cláusulas particulares o complementarias, las cuales no podrán contravenir en ningún caso las de carácter general.
- k. Evitar la selección adversa y el riesgo moral en la relación entre los usuarios y las IAFAS, IPRESS, entidades prepagadas de salud y toda aquella entidad pública, privada o mixta que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado; así como el abuso en la posición de dominio y la formación de monopolios u oligopolios entre IAFAS e IPRESS.
- l. Supervisar el cumplimiento de los compromisos del aseguramiento en salud.

Con respecto a las IPRESS

La SUNASA velará por el cumplimiento de las normas de calidad preestablecidas y por la satisfacción de usuarios, pudiendo establecer métodos de registro en lista de espera, así como solicitar información que estime necesaria con el fin de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de estos aspectos.

Así mismo le compete:

- a. Registrar, renovar y cancelar el registro de las IPRESS, estableciendo los requisitos, normas y procedimientos para tales efectos.
- b. Supervisar la calidad y oportunidad de la prestación de servicios de salud y garantizar el derecho de salud del asegurado, en el marco de las normas del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
- c. Vigilar los procesos asociados a la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud, desarrollando mecanismos y estrategias de supervisión central y descentralizada.
- d. Reglamentar las estructuras y condiciones mínimas de información que permitan una eficiente supervisión.
- e. Velar que se promueva un adecuado equilibrio entre el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios de salud que proteja los intereses de los asegurados, en



W. Olivera A



un contexto de libre competencia y de equidad entre los diversos actores del Aseguramiento Universal en Salud.

- f. Supervisar el cumplimiento de los compromisos de aseguramiento en salud.

Artículo 34°.- RECOLECCIÓN, TRANSFERENCIA Y DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN

La SUNASA es responsable de mantener información de las IAFAS e IPRESS vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud para su difusión y presentación al Ministerio de Salud y otras instancias competentes.

La SUNASA está facultada para reunir información relativa a las actividades de las IAFAS e IPRESS vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, con el objeto de informar a los agentes o a los usuarios o afiliados para permitirle tomar decisiones mejor informadas, así como para fines estadísticos y de control.

Para el cumplimiento de sus fines, la SUNASA establecerá mecanismos para intercambiar e interrelacionar información con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS) y otras entidades que posean información relacionada con los agentes vinculados con el Aseguramiento Universal en Salud.

Las entidades bajo supervisión de la SUNASA deben brindar a los funcionarios autorizados toda la información y facilidades que éstos soliciten, lo que incluye el acceso a archivos y documentos en el marco del AUS, así como facilitar el ejercicio de todas las funciones de la SUNASA.

La SUNASA reglamentará la recolección, transferencia y difusión de información por parte de los agentes vinculados al Aseguramiento Universal en Salud. Para dichos efectos, establecerá los plazos, condiciones y formas para la entrega de información, los cuales deberán ser obligatoriamente observados por la entidad supervisada para la entrega de la información requerida, atendiendo a su tipo, disponibilidad y volumen.

Artículo 35°.- ÓRGANO MÁXIMO DE LA SUPERINTENDENCIA

El Consejo Directivo es el órgano máximo de la SUNASA. Es el órgano responsable del establecimiento de las políticas institucionales y la dirección de la SUNASA.

Artículo 36°.- DE LA CONFORMACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

Está integrado por cinco miembros, siendo:

- Dos representantes del Ministerio de Salud, uno de los cuales lo presidirá en calidad de Superintendente;
- Un (1) representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- Un (1) representante del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
- Un (1) representante del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

Los miembros del Consejo Directivo son designados por Resolución Suprema.



W. Olivera A.



Artículo 37°.- DURACIÓN DEL MANDATO DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

La designación de los miembros del Consejo Directivo de la Superintendencia es por un período de tres (3) años.

Los miembros del Consejo Directivo pueden ser designados por un período adicional.

Artículo 38°.- REQUISITOS PARA SER MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO

Para ser miembro del Consejo Directivo se requiere:

1. Ser profesional con no menos de diez (10) años de ejercicio como tal.
2. Contar con reconocida solvencia e idoneidad profesional. Este requisito se acreditará demostrando no menos de tres (3) años de experiencia en un cargo de dirección, entendiéndose por tal la toma de decisiones en empresas o entidades públicas o privadas, incluidos los organismos internacionales; o cinco (5) años de experiencia en materias que configuran el objeto de competencia de la Superintendencia; y,
Acreditar por lo menos estudios completos de postgrado en materias relacionadas a las actividades y funciones de la Superintendencia.

Artículo 39°.- DE LA VACANCIA DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Son causales de vacancia del cargo de miembro del Consejo Directivo de la SUNASA, las siguientes:

- a. Fallecimiento;
- b. Incapacidad permanente;
- c. Renuncia aceptada;
- d. Impedimento legal sobreviniente a la designación;
- e. Remoción por falta grave, en el ejercicio de la función pública, e,
- f. Inasistencia injustificada a tres (3) sesiones consecutivas o cinco (5) no consecutivas del Consejo Directivo, en el periodo de un (1) año, salvo licencia autorizada.

En caso de vacancia, el Sector al que corresponda designará un reemplazante para completar el período correspondiente; sin perjuicio que éste pueda ser designado por un período adicional.

Artículo 40°.- DE LOS IMPEDIMENTOS PARA SER DESIGNADO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO

Se encuentran impedidos de pertenecer al Consejo Directivo quienes se encuentren bajo alguno de los siguientes supuestos:

1. Tener participación directa o indirecta en el capital o patrimonio de IAFAS, IPRESS, u otra entidad bajo el ámbito de supervisión de la SUNASA o vinculación directa con empresa o entidad que celebre contratos como proveedor excepto que se trate de entidades del Estado.
2. Los trabajadores públicos o privados que hayan sido sancionados con despido o destitución por falta grave, mediante acto firme.



W. Olivera A



3. Los que tengan, en calidad de persona natural o en representación de una persona jurídica, pleito pendiente o deuda vencida con alguna entidad bajo el alcance de la SUNASA.
4. Quien haya sido declarado en insolvencia o quiebra como persona natural o quien haya sido director o gerente de una persona jurídica declarada en insolvencia o quiebra, a no ser que se demuestre libre de responsabilidad en la forma que prescribe la ley.
5. Quien haya sido condenado por algún delito que merezca pena privativa de la libertad, hasta el cumplimiento de la condena.
6. Las demás prohibiciones establecidas por norma expresa.

Cuando los supuestos regulados en el presente artículo ocurran con posterioridad de la designación de miembro del consejo directivo, éstos configuran un supuesto de terminación de la designación.

Artículo 41°.- DEL CAMBIO DE LOS TITULARES DE LOS SECTORES

El cambio de los titulares de los sectores señalados en el Artículo 10° de la Ley Marco no genera la obligación de formular renuncia al cargo, por parte de los miembros del Consejo Directivo.

Artículo 42°.- DE LAS FALTAS GRAVES

Se consideran faltas graves por parte de los miembros del Consejo Directivo las siguientes:

- a. La condena por comisión de delitos dolosos, con sentencia firme.
- b. La obtención o procuración de beneficios o ventajas indebidas, para sí o para otros, mediante el uso de su cargo, autoridad o influencia.
- c. La participación en transacciones u operaciones financieras utilizando información privilegiada de la Superintendencia o permitir el uso impropio de dicha información para el beneficio de algún interés.
- d. Incumplimiento de sustentar su voto singular o en discordia, en tres (3) acuerdos que haya adoptado el Consejo Directivo en el período de un (1) año, en la oportunidad prevista en el numeral 3 del artículo 97° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- e. La realización de actividades de proselitismo político a través de la utilización de sus funciones o por medio de la utilización de infraestructura, bienes o recursos públicos, ya sea a favor o en contra de partidos u organizaciones políticas o candidatos.

Artículo 43°.- De la remoción del miembro del Consejo Directivo por falta grave.

Los miembros del Consejo Directivo de la SUNASA solo podrán ser removidos en caso de falta grave debidamente comprobada y fundamentada, previa investigación en la que se les otorga un plazo mínimo de quince (15) días calendario para presentar sus descargos. La remoción se realizará mediante Resolución Suprema propuesta por el Ministro del Sector que lo designó

El Consejo Directivo establecerá en su reglamento interno el procedimiento a seguir en estos casos.



W. Olivera A.



Artículo 44°.- DE LA ACEPTACIÓN DE LA RENUNCIA DEL MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO

Las renunciaciones de los miembros del Consejo Directivo de la SUNASA se formulan por escrito ante el respectivo Consejo Directivo con anticipación a la fecha de la próxima sesión programada. El Consejo Directivo deberá correr traslado de la renuncia presentada, al Titular del Sector del Poder Ejecutivo correspondiente, en un plazo de cinco (05) días hábiles contados a partir de la sesión.

La aceptación de la renuncia se hace por Resolución Suprema. De no expedirse ésta en el plazo de treinta (30) días calendario, la renuncia se tiene por aceptada. El miembro del Consejo Directivo renunciante debe continuar en su cargo hasta la incorporación de su reemplazante, a menos que transcurran sesenta (60) días calendario de la fecha de su presentación.

Artículo 45°.- DE LAS SESIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO

El Consejo Directivo sesionará ordinariamente como mínimo, una vez al mes y extraordinariamente, según determine el Presidente o la mayoría de sus miembros.

Corresponde a los miembros del Consejo Directivo percibir dietas por asistencia a las sesiones. No se podrá recibir más de cuatro (4) dietas por mes, aunque se hubiera desarrollado un número mayor de sesiones en dicho período.

Las sesiones del Directorio pueden o no ser presenciales, pudiendo realizarse a través de medios telefónicos, electrónicos o de otra naturaleza, siempre que exista una adecuada comunicación y que la misma se realice sin mayor retardo. La constancia de la realización de la sesión deberá contar con los medios probatorios idóneos que sean necesarios, consignados en el acta correspondiente.

Cualquier miembro del Directorio puede oponerse a que se utilice este mecanismo. Su sola oposición impide la realización de la sesión no presencial.

La participación en una sesión no presencial, será considerada como asistencia plena para todos los efectos.

Artículo 46°.- QUÓRUM

El quórum de asistencia a las sesiones es la mitad más uno de los miembros hábiles. Si el número de miembros hábiles es impar, el quórum es el número entero inmediato superior al de la mitad de aquél. Será necesaria la presencia del Presidente o del Vicepresidente para sesionar válidamente. Los acuerdos serán tomados por mayoría de los miembros asistentes.

Artículo 47°.- FUNCIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO

Son funciones del Consejo Directivo de la Superintendencia:

- a. Aprobar la política general de la Superintendencia.
- b. Aprobar el Plan Estratégico Institucional.



V. Olivera A.

- c. Adoptar acuerdos de carácter general o particular, en materias de su competencia.
- d. Aprobar la Memoria Anual.
- e. Aprobar los convenios y gestiones de carácter interinstitucional que se requiera para el cumplimiento de sus fines.
- f. Aprobar la celebración de actos, convenios y contratos con entidades públicas o privadas nacionales o extranjeras.
- g. Aprobar el Presupuesto Institucional, el balance general y los estados financieros.
- h. Designar un Vicepresidente del Directorio
- i. Otorgar los poderes que considere necesarios.
- j. Proponer el Reglamento de Organización y Funciones, para el trámite correspondiente ante el MINSA.
- k. Aprobar el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia.
- l. Proponer modificaciones al Reglamento de Supervisión, Infracciones y Sanciones de la Superintendencia.
- m. Aprobar los reglamentos para el ejercicio de la función de Registro y Autorización de la Superintendencia.
- n. Aprobar la estructura, funcionamiento, distribución geográfica, conformación y el procedimiento para la designación y/o elección de los miembros de las Juntas de Usuarios de la Superintendencia.
- o. Delegar en el Superintendente las atribuciones que no le sean privativas.
- p. Otras que se le asigne en el Reglamento de Organización y Funciones.

Artículo 48°.- PRESIDENCIA DE LAS SESIONES

Las sesiones serán presididas por el Superintendente; el cual tiene voto dirimente. En los casos de ausencia o impedimento del Superintendente, presidirá las sesiones el Vicepresidente.

Artículo 49°.- DESEMPEÑO DEL CARGO

El cargo de miembro del Consejo Directivo es indelegable. Los miembros del Consejo Directivo desempeñarán el cargo con diligencia, autonomía e independencia de criterio.

Los miembros del Consejo Directivo, con excepción del Superintendente, no podrán desempeñar función ejecutiva en la SUNASA.

Artículo 50°.- DEL SUPERINTENDENTE

El Superintendente ejerce las funciones ejecutivas de dirección de la Superintendencia, es el Titular de la entidad y su cargo es remunerado

Artículo 51°.- FUNCIONES DEL SUPERINTENDENTE

Corresponde al Superintendente:

- a. Ejercer la representación legal de la institución.
- b. Representarla ante autoridades públicas, instituciones nacionales o del exterior, y Consejos Directivos de empresas.
- c. Organizar dirigir y supervisar el funcionamiento de la institución.
- d. Aprobar la estructura organizacional y funcional a ser sometido al Consejo Directivo.



W. Olivera A



- e. Designar y remover a los trabajadores de dirección y confianza.
- f. Celebrar convenios de cooperación técnica con entidades nacionales o extranjeras, previa autorización del Consejo Directivo.
- g. Convocar y presidir las sesiones del Consejo Directivo y determinar los asuntos a ser incorporados en la Agenda.
- h. Supervisar la correcta ejecución de los acuerdos del Consejo Directivo.
- i. Decidir, de conformidad con las pautas generales que establezca el Consejo Directivo, la realización de inversiones temporales u otras operaciones con los fondos de la SUNASA.
- j. Aprobar el Plan Operativo, el Plan de Acción y demás planes que requiera la SUNASA.
- k. Aprobar la política de administración, personal, finanzas, imagen y relaciones institucionales en concordancia con las políticas generales que establezca el Consejo Directivo.
- l. Aprobar la adquisición de bienes y contratación de servicios con cargo al Presupuesto Institucional.
- m. Proponer al Consejo Directivo el Presupuesto Institucional, el balance general y los estados financieros.
- n. Expedir las resoluciones que correspondan en cumplimiento de los acuerdos del Consejo Directivo.
- o. En el caso que no sea posible reunir al Consejo Directivo para sesionar válidamente, podrá adoptar medidas de excepción sobre asuntos que corresponda al Consejo Directivo, dando cuenta al mismo en la sesión más próxima para su ratificación.
- p. Ejercer las demás funciones que le delegue o le encargue el Consejo Directivo. El Presidente del Consejo Directivo podrá otorgar los poderes que considere necesarios, dentro de los límites que establezca el Consejo Directivo.

Artículo 52º.- AUSENCIA O IMPEDIMENTO DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

En caso de ausencia o impedimento del Presidente, el Vicepresidente ejercerá las funciones que le sean delegadas.

Artículo 53º.- DEL INTENDENTE GENERAL

El Intendente General es el funcionario responsable de la marcha administrativa de la institución. El Intendente General, es designado por el Superintendente y le competen las funciones que se desarrollan en el Reglamento de Organización y Funciones de Superintendencia, debiendo ser un profesional de primer nivel con estudios adicionales y experiencias en áreas de salud o seguridad social.

El Intendente General asiste a las sesiones del Consejo Directivo, con voz pero sin voto. Cuando se discuta en vía de impugnación una decisión adoptada por el Intendente General, deberá abstenerse de participar y retirarse de la sesión.

Artículo 54º.- DE LOS ÓRGANOS RESOLUTIVOS Y CONSULTIVOS

Están constituidos por las siguientes instancias:

- a. **Centro de Conciliación y Arbitraje:** La Superintendencia contará con un Centro de Conciliación y Arbitraje. El Reglamento del Centro de



W. Olivera A



Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia establecerá las disposiciones para su administración y funcionamiento.

- b. **Junta de Usuarios (Afiliados).** La Superintendencia contará al menos con una Junta de Usuarios que será órgano consultivo externo, responsable de emitir consultas y opiniones, así como proponer lineamientos de acción para el adecuado cumplimiento del Aseguramiento Universal en Salud. La Superintendencia establecerá la estructura, funcionamiento, distribución geográfica, conformación y el procedimiento para la designación y/o elección de los miembros de las Juntas de Usuarios, garantizando el Principio Participativo, contenido en el numeral 7 del artículo 4° de la Ley Marco.

Artículo 55°.- DE LA SBS Y LA SUNASA

Para el caso de las Compañías de Seguros Privados que ofertan cobertura de asistencia médica, SOAT, accidentes personales, y otros tipos de cobertura vinculadas a la salud, que se encuentran bajo el ámbito de la Superintendencia de Banca y Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones reguladas por la Ley N° 26702, la supervisión bajo competencia de la SUNASA se circunscribe a los procesos asociados a la prestación de servicios de su red asistencial y al cumplimiento de las condiciones que se deriven de la suscripción de los convenios suscritos con los afiliados o entidades que los representen, además de la verificación de la oportunidad de pago a sus proveedores de servicios de salud, ejerciendo facultad sancionadora de transgredirse estas obligaciones, dentro del marco del Aseguramiento Universal en Salud.

CAPÍTULO II DE LA FUNCION SANCIONADORA

Artículo 56°.- POTESTAD SANCIONADORA

La potestad para imponer sanciones a las IAFAS e IPRESS vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, compete de modo exclusivo a la SUNASA, de conformidad con las reglas contempladas en el presente Capítulo y dentro de los límites de sus competencias y atribuciones, establecidas en la Ley y en el presente Reglamento. En todo lo no previsto en el presente capítulo, resultarán aplicables las disposiciones sobre el procedimiento sancionador contempladas en la Ley del Procedimiento Administrativo General.

Artículo 57°.- FINALIDAD DE LA ACTIVIDAD SANCIONADORA

El régimen de sanciones a cargo de la SUNASA tiene como fin promover el cumplimiento de los objetivos de la Ley N° 29344, de los principios que la rigen y, en general, de la normatividad que rige el aseguramiento universal de salud, estableciendo medidas disuasivas, preventivas y correctivas, dentro de los límites del debido procedimiento administrativo sancionador.

Artículo 58°.- DE LAS INFRACCIONES

Se consideran infracciones a las acciones u omisiones que contravengan las obligaciones contenidas en el marco legal del Régimen de Aseguramiento Universal en Salud, referidas a:



W. Olivera A



- a. La calidad de la atención de salud de las prestaciones incluidas en los planes de Aseguramiento Universal.
- b. Las condiciones y exigencias económico-financieras;
- c. Las derivadas del incumplimiento de convenios, coberturas o planes de aseguramiento;
- d. Normas del sector salud o las establecidas por la SUNSA en el marco del AUS; y,
- e. Otras obligaciones que establezca la Superintendencia en sus normas específicas, en el ámbito de su competencia.

Artículo 59°.- DE LA TIPIFICACIÓN

Sólo podrá imponerse sanciones por infracciones previamente tipificadas. La norma que tipifica una determinada conducta no podrá ser aplicada de modo retroactivo, ni por analogía.

La tipificación de las infracciones aplicables a las IAFAS e IPRESS vinculadas al proceso de Aseguramiento Universal en Salud se hará en forma progresiva, comenzando por las Entidades Prestadoras de Salud, cuyas infracciones susceptibles de sanción se encuentran comprendidas en el Anexo Tipología de Infracciones, que forma parte del presente reglamento. La Superintendencia por acuerdos de Consejo Directivo, aprobará el listado de infracciones aplicables a las IAFAS e IPRESS vinculadas al proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Tanto el Anexo Tipología de Infracciones, que forma parte del presente Reglamento, como los que se incorporen progresivamente bajo la modalidad indicada en el párrafo anterior, podrán ser modificados mediante Decreto Supremo del MINSA propuesto por la SUNASA.

Artículo 60°.- RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS E IPRESS

Son imputables a las IAFAS e IPRESS vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud las infracciones en las que incurran las personas naturales o jurídicas que actúen a través de ellos.

Artículo 61°.- TIPOS DE SANCION

La SUNASA, de acuerdo a la gravedad de la infracción cometida, puede imponer a las IAFAS E IPRESS vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud los siguientes tipos de sanción:

- a. Comunicación de advertencia escrita;
- b. Multa hasta un monto máximo de 100 UIT;
- c. Suspensión de la Autorización de Funcionamiento por un plazo máximo de 6 meses para IAFAS; y de registro para el caso de IPRESS.
- d. Revocación de la Autorización de Funcionamiento para IAFAS y de registro para IPRESS.
- e. Otras que se establezcan en la normatividad complementaria a propuesta de la SUNASA.

Artículo 62°.- CRITERIOS PARA SANCIONAR

Para efectos de la determinación de una sanción, la SUNASA considerará la naturaleza de la acción u omisión y tomará en cuenta los criterios siguientes:



1. El daño ocasionado al asegurado;
2. Las circunstancias en que se produjo la infracción;
3. Intencionalidad del infractor;
4. La reiterancia o reincidencia en la comisión de infracciones;
5. El concurso de infracciones;
6. El nivel de afectaciones al interés público;
7. La afectación de la calidad del servicio prestado.

Para la valoración de los criterios señalados en el presente artículo, se deberá tener en cuenta su relevancia en cada caso.

La SUNASA establecerá mediante acuerdo de Consejo Directivo, criterios específicos para determinar la metodología de cálculo de la sanción imponible.

Artículo 63°.- CUMPLIMIENTO DE LAS SANCIONES IMPUESTAS

La máxima autoridad de las IAFAS e IPRESS vinculadas al proceso de Aseguramiento Universal en Salud será responsable del cumplimiento de las sanciones impuestas por la SUNASA. La renuencia o negativa de dichos agentes al cumplimiento de la sanción impuesta, dará lugar al inicio de las acciones coercitivas correspondientes.

En el caso de multas impuestas serán pagadas, dentro de los quince (15) días hábiles contados desde que la resolución que impuso la sanción haya quedado firme o se hubiere causado estado en la vía administrativa, devengándose el interés legal en caso de renuencia o pago tardío.

Artículo 64°.- DEVOLUCION DE COBROS INDEBIDOS

La SUNASA dispondrá la devolución de los montos indebidamente cobrados a los asegurados, incluyendo los intereses de ley. Para tales efectos, la resolución de primera instancia deberá precisar la forma y plazos para la devolución de tales sumas.

Artículo 65°.- RESOLUCIONES INTERPRETATIVAS

Las resoluciones de la SUNASA que interpreten de modo expreso y con carácter general el sentido del Aseguramiento Universal en Salud, constituirán precedentes administrativos para los órganos de la SUNASA, mientras dicha interpretación no sea modificada conforme a lo establecido en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

La Resolución interpretativa de la SUNASA, mencionada en el párrafo anterior, en un artículo aparte señalará expresamente el criterio de interpretación que se adopta respecto del dispositivo en cuestión y dispondrá la publicación de su texto en el Diario Oficial.

Artículo 66°.- CONCURRENCIA DE INFRACCIONES

Si por la realización de un mismo acto u omisión una IAFAS o IPRESS vinculado al proceso de Aseguramiento Universal en Salud incurriese en más de una infracción, se le aplicará la sanción prevista para la infracción más grave.



W. Olivera A



Cuando se incurra en dos o más infracciones en virtud a la comisión de actos u omisiones distintos, se le aplicará la sanción prevista para cada una de las infracciones cometidas.

Artículo 67°.- REGISTRO DE SANCIONES

La SUNASA contará con un registro de las sanciones aplicadas, con la finalidad de llevar un control, elaborar estadísticas, informar al público, así como para detectar los casos de reincidencia. Este registro es de acceso público y la información actualizada será publicada en la página web institucional de la SUNASA.

Asimismo, en este Registro se incluirá la información que reporte el INDECOPI, la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Salud, el Defensor del Asegurado o equivalente de las IAFAS e IPRESS, de acuerdo a los lineamientos que establezca el Consejo Directivo.

Para el cumplimiento del presente artículo, toda la información que el Consejo Directivo disponga será de entrega y publicidad obligatoria.

Artículo 68°.- DISPOSICIONES PROCEDIMENTALES ESPECÍFICAS

Las demás normas procedimentales específicas, tales como plazos, órganos competentes, formación del expediente, medios probatorios, instrucción del procedimiento, instancias, requisitos para la presentación de documentos, tipos y modalidades de sanción, las disposiciones para determinar la existencia de infracción y la sanción aplicable, el régimen de reducción de sanciones, entre otras; serán establecidas mediante Decreto Supremo del MINSA a propuesta de la SUNASA.

CAPÍTULO III DEL REGIMEN DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Artículo 69°.- DE LA SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Corresponde a la SUNASA, establecer mecanismos para solución de controversias entre los agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, sin perjuicio de la facultad de recurrir a otras instancias judiciales cuando resulte necesario, así como iniciar procedimientos administrativos respetando la materia legal vigente, y sancionar cuando corresponda a las instituciones bajo el ámbito de su competencia.

Artículo 70°.- ÁMBITO DE COMPETENCIA

Las controversias que se susciten entre los agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud y entre estos y los usuarios podrán ser solucionadas a través de la conciliación o el arbitraje. La sola solicitud de registro ante la SUNASA o la contratación de un plan de salud, según el caso, implica el sometimiento a las disposiciones establecidas en el presente Capítulo.

Asimismo, podrán ser sometidas a las disposiciones del presente Capítulo las controversias que se susciten entre los agentes vinculados al proceso de



Aseguramiento Universal en Salud, respecto a terceros no comprendidos dentro de dicho ámbito.

Artículo 71°.- DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE DE LA SUNASA

El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia es el órgano encargado de administrar el Sistema Nacional de Conciliación y Arbitraje en Salud administrando con autonomía funcional, la lista de conciliadores y árbitros adscritos a él, así como autorizando el funcionamiento de otros centros de conciliación y arbitraje con especialización en salud. Se encuentra facultado para celebrar convenios de modo descentralizado, con el fin de delegar sus competencias en otras instituciones de conciliación o arbitraje con miras a promover la presencia del Sistema Nacional de Conciliación y Arbitraje en Salud, en todo el territorio nacional.

Corresponde al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia proponer las normas de organización y funciones del Sistema Nacional de Conciliación y Arbitraje en Salud, para su aprobación por el Consejo Directivo de la SUNASA.

Artículo 72°.- DE LA DESIGNACIÓN DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN O ARBITRAJE

Las partes podrán someterse, de común acuerdo, a la competencia del centro de conciliación o arbitraje que consideren pertinente, ya sea en el propio contrato o una vez suscitada la controversia, siempre que dicho centro se encuentre dentro del registro de instituciones autorizadas por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA. En caso que las partes se hayan sometido a un centro no autorizado o no habiendo determinado uno específico, no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se tendrá como válida de pleno derecho e incorporada al contrato, la siguiente cláusula:

"Todos los conflictos que deriven de la ejecución e interpretación del presente contrato, incluidos los que se refieran a su nulidad e invalidez, serán resueltos de manera definitiva e inapelable mediante arbitraje de derecho, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29344 y su Reglamento, bajo la organización y administración del Centro de Arbitraje de la SUNASA. Las partes quedan facultadas, igualmente, a recurrir ante el mismo centro, en vía de conciliación, en forma previa al inicio del arbitraje o durante cualquier estadio de dicho proceso."

En los conflictos directos entre los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud y los asegurados en general, es obligatorio el sometimiento de las partes al Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA o en las instituciones con las que hubiese celebrado convenios de modo descentralizado.

Artículo 73°.- DE LOS CONFLICTOS DE COMPETENCIA

Corresponde al Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA dirimir los conflictos de competencia entre dos o más centros de conciliación o arbitraje,



W. Olivera



así como resolver las recusaciones en los casos en los cuales el arbitraje no esté sometido a las reglas de un centro arbitral distinto.

Artículo 74°.- AUXILIO PARA LA SOLUCION DE CONTROVERSIAS

En los casos de población comprendida en el régimen subsidiado, semicontributivo y que se encuentre en condición de pobreza, la SUNASA establecerá un sistema de auxilio económico que permita a este sector de la población acceder a la tramitación de sus procesos alternativos de solución de controversias, sin que el costo de los mismos constituya una barrera de acceso; para ello, aprobará lineamientos objetivos que permitan la consecución de tal fin.

El auxilio arbitral se implementara sin perjuicio de los procedimientos administrativos que sean solicitados a pedido de parte o sean iniciados de oficio por la Superintendencia.

Artículo 75°.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN TRATO DIRECTO

Las disposiciones establecidas en el presente Capítulo, no enervan el derecho de las partes a alcanzar de modo directo acuerdos que pongan fin, de modo total o parcial, a las controversias suscitadas entre ellas.

TÍTULO IV

DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 76°.- SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE ASEGURADOS

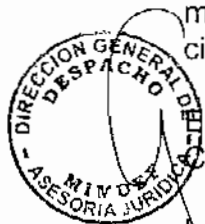
El Documento Nacional de Identidad-DNI es el documento a partir del cual se reconoce la condición de asegurado bajo el AUS siendo el referente para el reconocimiento de la condición de asegurado, a los efectos de la prestación de los servicios de salud. Los padres se encuentran obligados a registrar a los menores de edad ante RENIEC de acuerdo a legislación vigente sobre registro civil.

En el caso de extranjeros residentes el documento de identificación es el Carné de Extranjería.

La utilización del DNI y el Carné de Extranjería, constituirán la base del código de afiliación correspondiente. RENIEC deberá adoptar las acciones que resulten necesarias para ello.

RENIEC es la institución responsable de implementar las acciones necesarias que posibiliten la adecuada identificación de los asegurados nacionales, a fin de alcanzar los beneficios del AUS con oportunidad.

Todas las IAFAS se encuentran obligadas a poner a disposición de la SUNASA a través de los medios informáticos el padrón actualizado de asegurados. La SUNASA deberá socializar dicha información de manera estandarizada con todas las IAFAS.



W. Olivera



Artículo 77°.- OBLIGATORIEDAD DE LA AFILIACION

La afiliación al AUS es obligatoria para toda la población residente. Todos los residentes del país están obligados a contar como mínimo con la cobertura del PEAS, debiendo hacerlo conforme a los mecanismos de expansión progresiva establecidos por el MINSA. Aquella persona que no se encuentre afiliada al AUS estando obligada hacerlo, no podrá efectuar trámites administrativos ante los agentes vinculados al AUS.

El MINSA, mediante Decreto Supremo, aprobará los mecanismos que conduzcan a la afiliación obligatoria del AUS así como a la progresividad de su implementación.

Todas las instituciones públicas, privadas o mixtas son responsables de velar que todas las personas que se encuentren en el ámbito de sus actividades, bajo cualquier modalidad de contratación, estén afiliadas a algún régimen del AUS.

La SUNASA pondrá a disposición, a través de su portal institucional, un módulo de consulta gratuito y permanente de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes del AUS.

Artículo 78°.- REGÍMENES Y CRITERIOS DE AFILIACIÓN

En cuanto a la naturaleza del financiamiento, toda la población residente en el territorio nacional, ciudadanos peruanos y residentes se afilian al régimen de financiamiento que les corresponda, contributivo, semicontributivo o subsidiado, de acuerdo a los criterios establecidos por la Ley N° 29344 y el presente Reglamento.

La afiliación individual es exclusiva a un régimen de financiamiento determinado, y por tanto excluyente de los otros dos.

La afiliación a los regímenes subsidiado y semicontributivo estará condicionada a la calificación socioeconómica del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH excepto en las zonas determinadas por norma expresa.

Artículo 79°.- AFILIADOS DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES AL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Son afiliados Dependientes al régimen Contributivo del Aseguramiento Universal en Salud:

- a. Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos, incluyendo a los trabajadores de la Pequeña y Mediana Empresa.
- b. Los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos
- c. Los trabajadores bajo modalidad contractual de la Administración Pública, privativa del Estado, que vincula a una entidad pública con una persona natural que presta servicios de manera no autónoma mediante contratos



W. Olivera ^



administrativos de servicios con el Estado, según Decreto Legislativo N° 1057.

Son afiliados Independientes del régimen Contributivo de Aseguramiento Universal en Salud:

Trabajadores y profesionales independientes y demás personas que no reúnan los requisitos de una afiliación contributiva dependiente, teniendo la libertad de optar por su afiliación ante cualquiera de las IAFAS que oferten esta modalidad de aseguramiento. Este régimen incluye asimismo a todos aquellos trabajadores independientes que no forman parte del régimen subsidiado, de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento.

Artículo 80°.- AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Son afiliados al régimen subsidiado toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro de salud contributivo o semicontributivo. Como beneficiarios del régimen Subsidiado, tienen derecho al conjunto de prestaciones incluidas en el PEAS, con un subsidio del 100%.

Artículo 81°.- AFILIADOS DEL RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO

Son afiliados al régimen semicontributivo:

1. Trabajadores y los conductores de la microempresa y sus derechohabientes de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1086 y su reglamento.
2. Las personas beneficiarias o afiliadas individual o familiarmente, al Seguro Integral de Salud -SIS, dentro del componente denominado semisubsidiado, previo pago de una aportación, según estructura y disposiciones operativas que determine el SIS.
3. Otros beneficiarios cuya cobertura sea cofinanciada por recursos de un gobierno regional u otro tipo de acuerdo a regímenes establecidos por norma expresa.

Artículo 82°.- DERECHO DE COBERTURA

En todos los casos de afiliación a cualquiera de los regímenes del AUS, se activa la obligación de la cobertura del PEAS. En todos los casos, esta cobertura se extiende a los derechohabientes, el cónyuge o el concubino a que se refiere el Art. 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores discapacitados en forma total y permanente.

En el caso de los afiliados contributivos dependientes e independientes la cobertura podrá extenderse a otros beneficiarios que dependan del asegurado principal, según la IAFAS que otorga la cobertura. Para los afiliados contributivos el costo de la cobertura podrá considerar la composición familiar y edades del asegurado principal y sus dependientes, pudiendo diferenciarse los precios en función de acceso a determinadas redes, así como a la existencia de los copagos y deducibles pactados, a excepción del régimen regular de ESSALUD. La calidad de asegurado del derechohabiente deriva de su condición de dependiente del afiliado contributivo.



W. Olivera A

Los planes para afiliados contributivos pueden además, incluir coberturas adicionales, sean específicas, complementarias, especializadas u otras de cualquier índole.

Los planes para los afiliados contributivos dependientes o independientes podrán establecer periodos de carencia de acuerdo a lo señalado por el presente reglamento. Las atenciones por accidente no están sujetas a estos periodos de espera.

Los detalles relativos a la extensión de los planes para el régimen Semicontributivo en lo referente a la aplicación de copagos y deducibles, así como a las coberturas en exceso del PEAS que puedan contener, dependerá en cada caso de su norma de creación.

Artículo 83°.- APORTES

La responsabilidad del aporte, contribución o retribución para el caso de los afiliados al régimen contributivo de la Seguridad Social y de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, recae en la entidad empleadora o la Institución que abone las pensiones correspondientes, en tanto para los casos de los afiliados contributivos independientes la obligación del aporte o cotización recae en el mismo afiliado o en la entidad o persona que los representa o que por ley ejerce la acción de tutela.

Para el caso de los afiliados al régimen subsidiado, el financiamiento del aporte se ejecuta con cargo al presupuesto institucional aprobado del SIS.

Para los afiliados al régimen Semicontributivo, la norma de creación en cada caso determinará la contribución correspondiente al afiliado o a su empleador de ser el caso, y al SIS, con cargo a su presupuesto asignado.

ARTÍCULO 84°.- DE LA PROGRESIVIDAD DE LA AFILIACION

La Universalidad en el aseguramiento en salud se debe alcanzar progresivamente en función a los recursos disponibles.

La obligatoriedad de afiliación a los diversos sistemas de aseguramiento bajo el régimen contributivo, regirá a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento, en los plazos que éste determine y según las zonas priorizadas.

Para los afiliados pertenecientes al régimen subsidiado los plazos serán fijados por el MINSA de acuerdo a los criterios de disponibilidad financiera y oferta de servicios, correspondiendo al Estado determinar las fuentes de financiamiento para su sostenibilidad.

TÍTULO V DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

CAPÍTULO I DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD



W. Olivera A



Artículo 85°.- PLANES DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Los planes de aseguramiento en salud correspondientes a cualquiera de las clasificaciones establecidas en el Artículo 12° de la Ley, se ofertan a nivel de sus condiciones asegurables y garantías explícitas, respondiendo a las principales necesidades de salud del país y por ende, según corresponda podrán comprender acciones de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación.

CAPÍTULO II DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD - PEAS

Artículo 86°.- DEFINICION

El PEAS es el plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados en el país, en concordancia con el artículo 13° de la Ley, bajo los regímenes subsidiado, semicontributivo y contributivo, y debe ser ofertado por la totalidad de las IAFAS registradas ante la SUNASA. Las IAFAS referidas en el artículo 10° del presente reglamento podrán asociarse con otras IAFAS para el cumplimiento de lo dispuesto por el presente artículo.

Las condiciones asegurables son los estados de salud que busca mantener a la población sana o recuperar su salud en caso de enfermedad, susceptibles de ser financiadas por los regímenes establecidos en el Artículo 19° de la Ley, de conformidad con las disposiciones que se establezcan sobre la materia.

Artículo 87°.- PLAN DE BENEFICIOS

El Plan de Beneficios define las intervenciones, prestaciones y garantías explícitas de oportunidad y calidad, cuyas coberturas se encuentran aseguradas y financiadas por las IAFAS, en concordancia con el artículo 13° de la Ley.

Artículo 88°.- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

El PEAS incluye actividades de promoción de la salud, prevención y detección temprana de enfermedades, según los lineamientos que determine el MINSA, cubriendo sus respectivas carteras de afiliados en el marco de una política de integración y articulación.

Artículo 89°.- PREEXISTENCIAS

En ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión.

La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte del asegurado, al momento de su afiliación.

Artículo 90°.- PERIODO DE CARENCIA

Las emergencias no presentan periodos de carencias en ninguno de los regímenes de financiamiento.



Olivera



Las prestaciones incluidas en el PEAS no consideran periodos de carencia en el régimen subsidiado. El régimen contributivo y semicontributivo podrá considerar periodos de carencia de acuerdo a sus respectivas normas.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, será suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

Artículo 91°.- EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PEAS

Corresponde al MINSA asumir la conducción en el proceso de evaluación y actualización del PEAS, disponiendo de la facultad discrecional para solicitar la información que estime necesaria de los gobiernos Regionales y Locales, de la SUNASA y de las IAFAS e IPRESS a través de la SUNASA, en la periodicidad que estime conveniente, que le permita ejecutar una actualización bianual condicionada a la disponibilidad financiera y oferta de servicios.

Artículo 92°.- VALOR ECONÓMICO DEL PEAS SUBSIDIADO

Entiéndase como el valor económico del PEAS para el régimen subsidiado al costo total por un afiliado en dicho régimen de conformidad con el numeral 8. del Artículo 15° de la Ley 29344, aprobado mediante Decreto Supremo del MINSA y con refrendo del MEF.

Las IAFAS, con prescindencia que ejerzan sus funciones bajo el régimen contributivo, semisubsidiado y subsidiado, podrán contratar la prestación de servicios contenidas en el Plan de Beneficios del PEAS con establecimientos públicos o privados, en función a la mejor oferta disponible.

Podrá desarrollarse la modalidad de colaboración del sector privado con el sector público en la provisión de los servicios, privilegiando en todo momento la rentabilidad social, la continuidad en la prestación de los servicios y el equilibrio financiero.

El valor económico del PEAS para el régimen subsidiado podrá reajustarse en función a la siniestralidad observada, según la propuesta que efectúe el SIS y sea aprobado mediante Decreto Supremo del MINSA y con refrendo del MEF.

Artículo 93°.- VALOR ECONÓMICO DEL PEAS CONTRIBUTIVO Y SEMICONTRIBUTIVO

El valor económico del PEAS para el régimen contributivo y semicontributivo es determinado libremente por las IAFAS, considerando las condiciones de las garantías explícitas.

El valor económico del PEAS para los afiliados al régimen contributivo y semicontributivo podrá ser reajustado según sustento técnico elaborado por las IAFAS, en función a siniestralidad y/o variación del PEAS de acuerdo a normatividad.



W. Olivera A



CAPÍTULO III DE LOS PLANES ESPECIFICOS

Artículo 94°.- DEFINICION

Son los planes de aseguramiento en salud específicos, que brindan ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, en donde la estructuración de las coberturas para sus afiliados, en tanto posean mejores condiciones respecto al PEAS, mantienen sus coberturas de beneficios vigentes bajo dichos planes, debiendo incorporar las garantías explícitas previstas en la Ley.

Artículo 95°.- COBERTURA DE ESSALUD

ESSALUD mantiene las coberturas de Bienestar y Promoción Social y las prestaciones económicas señaladas en el artículo 9° de la Ley 26790, para sus asegurados regulares.

Las IAFAS que no estén comprendidas bajo una cobertura integral de salud o que brindan servicios complementarios pueden también ofrecer prestaciones económicas y de Bienestar y Promoción Social, en exceso al PEAS, dentro del régimen de libre competencia, sin perjuicio del derecho de los afiliados regulares en actividad de reclamar las que les corresponda a cargo de ESSALUD.

Artículo 96°.- SUSTITUCIÓN DE PLANES

La cobertura del ESSALUD, para los afiliados independientes, comprende las prestaciones del Plan de Beneficios del PEAS, el cual sustituye al Plan Mínimo de Atención a que se refieren los Artículo 9° y 17° de la Ley N° 26790.

Las condiciones o diagnósticos en exceso al PEAS o planes complementarios, se mantienen para los afiliados regulares de ESSALUD y para las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú en tanto constituyen derechos adquiridos por sus beneficiarios.

El PEAS reemplaza a la Capa Simple y al Plan Mínimo de Atención definidos en los literales f) y h) del Artículo 2° del D.S. N° 009-97-SA.

Para el régimen subsidiado, el PEAS sustituye al Listado Priorizado de intervenciones sanitarias a que se refiere el D.S. N° 004-2007-SA.

La sustitución de planes a que se refiere el presente artículo será progresiva en función a los plazos y zonas para la aplicación obligatoria del Aseguramiento Universal en Salud establecidos en el presente reglamento y aquellos que posteriormente defina el MINSAL.

Artículo 97°.- COBERTURA DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO CONTRIBUTIVO

Las referencias hechas en la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en salud, como en su reglamento y disposiciones complementarias al afiliado regular o potestativo se entenderán como afiliados contributivos en el marco de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento



W. Olivera A



Universal en Salud, designándoseles como dependientes e independientes, respectivamente. No obstante, podrá mantenerse la discrecionalidad de su denominación de regulares, regulares en actividad o potestativos únicamente para efectos de precisiones o aplicaciones ejecutadas en el ámbito de la citada Ley N° 26790, sus modificatorias y normas reglamentarias.

Artículo 98°.- PRESTACIONES A CARGO DE ESSALUD

Los afiliados regulares de ESSALUD tienen derecho a la integridad de las prestaciones de salud correspondientes al PEAS y a las condiciones en exceso al PEAS, a través de servicios propios o planes contratados.

Los Afiliados independientes del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, denominados potestativos en la Ley N° 26790, tienen derecho a una cobertura igual o mayor al PEAS.

Los demás regímenes de Aseguramiento a cargo de ESSALUD mantienen sus condiciones igual o en exceso al PEAS.

CAPÍTULO IV DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

Artículo 99°.- DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 17° de la Ley, las IAFAS pueden ofrecer planes que complementen el PEAS, definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en este. Su regulación y fiscalización, se encuentra a cargo de la SUNASA.

El SOAT se registrará por las normas establecidas sobre la materia.

Artículo 100°.- DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

Las IAFAS mencionadas en el Artículo 7° de la Ley, deben garantizar que sus asegurados cuenten con la cobertura vigente del Plan de Beneficios correspondiente al PEAS.

Los afiliados que libre y voluntariamente así lo decidan podrán contratar planes complementarios. En ningún caso se podrá condicionar el otorgamiento de las coberturas del PEAS a la contratación de coberturas adicionales.

Los planes complementarios son estructurados por las IAFAS respetando las condiciones del PEAS. El valor de los mismos es determinado en función de la extensión y características de la cobertura ofertada. Las IAFAS fijan las exclusiones de cada plan complementario.

Los planes complementarios podrán incorporar el criterio de enfermedad o dolencia preexistente para los afiliados, sujetándose para ello a la legislación vigente y a lo dispuesto en el presente Reglamento, siempre y cuando dicho criterio se encuentre claramente definido en el plan de aseguramiento y los afiliados al plan hayan sido debidamente informados.



W. Olivera A.



Asimismo, los afiliados que contraten un plan complementario deberán acreditar previamente la cobertura del PEAS mediante constancia respectiva.

Las IAFAS podrán ofrecer PEAS mediante mecanismos asociativos con otras IAFAS, siendo registradas por la SUNASA.

Las preexistencias no serán motivo para la exclusión de la afiliación al PEAS, la cobertura del nuevo plan de salud deberá ser de acuerdo a lo pactado por las partes.

Los planes de salud complementarios al PEAS deberán contener una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados al Aseguramiento Universal en Salud cambien de IAFA o plan contratado, siempre que se cumpla con que:

- a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y de un plan complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
- b) Su inscripción en el nuevo Plan de Salud Complementario debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
- c) La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del Plan Complementario anterior, no esté excluida bajo ese contrato y sea un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida motivo de que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo plan complementario siendo totalmente excluida del contrato.
- d) Las IAFAS podrán limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.
- e) Las IAFAS podrán analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso.

CAPÍTULO V

DE LAS EPS COMO IAFAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

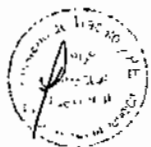
Artículo 101°.- PLAN DE SALUD OFERTADO POR LAS EPS

El Plan de Salud ofertado por una EPS considerará por lo menos las condiciones asegurables contenidas en el PEAS, detallando además:

- a. El Monto de cobertura calculado en base al crédito, IPRESS, red de atención funcional y copagos que deberá enfrentar el empleador con cargo al crédito o con financiamiento del empleador o trabajadores, según corresponda.
- b. Costo del Plan de salud ofertado, siendo único por cada EPS, precisando el objeto de elección, que deberá ser las condiciones asegurables del PEAS. En caso de ofertarse coberturas complementarias, estas serán de libre contratación por los afiliados.



W. Olivera A



- c. Planes complementarios en el Sistema de EPS: Son aquellos Planes que podrán ser ofertados al trabajador y sus beneficiarios en adición al plan de beneficios del PEAS, incluyen beneficios tales como mayor monto de cobertura, otras IPRESS o redes funcionales de atención; segunda opinión, entre otros, e inclusive cobertura especializada, la cual pudiera ser contratada con terceros, y demás que se pueda convenir con el afiliado.

Artículo 102°.- DEL PROCESO DE ELECCION DEL PLAN Y DE LA EPS

Para los efectos de aplicación del crédito señalado en el Artículo 15° de la Ley N° 26790, la contratación de planes brindados por las EPS, debe llevarse a cabo con arreglo a las siguientes disposiciones, en concordancia con las establecidas en el Decreto Supremo N° 009-97-SA en tanto no se opongan a las previstas en el presente Capítulo.

La Entidad Empleadora es responsable de la convocatoria y realización de la votación para la elección del Plan y de la EPS, pudiendo efectuar la convocatoria por iniciativa propia o a solicitud del 20% de los trabajadores del respectivo centro de trabajo. Para tal efecto se podrá invitar a una o más EPS.

No están permitidos gastos de intermediación sobre la venta de planes para la cobertura de salud empleando los recursos de aportación obligatoria, salvo sobre los aportes del Plan y de la EPS voluntarios adicionales. SUNASA establecerá un registro de corredores de aseguramiento en salud, tanto de personas naturales como jurídicas, a fin de participar en la intermediación de coberturas en exceso al PEAS y del SCTR.

Artículo 103°.- NUEVA ELECCION

Una vez firmado el contrato con la EPS elegida, la Entidad Empleadora convocará a una nueva votación para seleccionar a otra EPS cuando así lo solicite el 50% más uno de los trabajadores afiliados al plan originalmente contratado, o se produzca una causal de resolución del contrato suscrito entre la EPS y la Entidad Empleadora, como:-

- a. El incumplimiento por parte de la Entidad Empleadora del pago de dos aportes consecutivos o no en el plazo de un año, salvo pacto en contrario incluido en el contrato suscrito entre la EPS y la Entidad Empleadora.
- b. El incumplimiento total o cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en el Contrato suscrito entre la EPS y la Entidad Empleadora.

La SUNASA podrá establecer mediante Acuerdo aprobado por su Consejo Directivo otras causales de resolución.

Artículo 104°.- PROCESO DE ELECCIÓN EN LA PEQUEÑA EMPRESA

Se considera pequeña empresa a todas las unidades económicas que cumplen con las características establecidas en el artículo 5° del DS 007-2008-TR TUO de la Ley MYPE.

W. Olivera A.



Las pequeñas empresas podrán, ante la solicitud expresa de no menos del 20% de sus trabajadores o a iniciativa del empleador, contratar directamente el Plan de Salud y la EPS seleccionada por el grupo solicitante, o por la gerencia de la empresa en caso el grupo solicitante no haya seleccionado una EPS.

Elegida la EPS, la gerencia de la empresa deberá someter a consideración de cada trabajador su incorporación o no al plan seleccionado, manteniendo en caso negativo cada trabajador su cobertura exclusiva en ESSALUD, dejando constancia expresa de este hecho. La SUNASA, expedirá las normas adicionales que resulten necesarias para la correcta aplicación de la presente disposición.

De producirse una causal de resolución del contrato suscrito entre la EPS y la Entidad Empleadora, o transcurrido un año de vigencia del Plan de Salud Contratado, el cincuenta por ciento más uno de los trabajadores afiliados a éste, podrán solicitar una nueva elección de EPS. Para cuentas con menos de 25 afiliados no será necesario efectuar un proceso de votación y la elección de la IAFA deberá ser determinada por proceso interno de cada empresa comunicándole la decisión a la IAFA que se adjudique la cuenta vía carta firmada por los representantes legales de la empresa participando la misma a las otras IAFAS participantes.

Son causales de resolución:

- a. El incumplimiento por parte de la Entidad Empleadora del pago de dos aportes consecutivos o no en el plazo de un año, salvo pacto en contrario incluido en el contrato suscrito entre la EPS y la Entidad Empleadora.
- b. El incumplimiento total o cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en el Contrato suscrito entre la EPS y la Entidad Empleadora.

La SUNASA podrá establecer mediante Acuerdo aprobado por su Consejo Directivo otras causales de resolución.

La Pequeña Empresa presentará mensualmente a ESSALUD una declaración de los trabajadores comprendidos en el Plan, adjuntado la liquidación del crédito y copia o número del comprobante de pago emitido por la respectiva EPS.

CAPÍTULO VI DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

ARTÍCULO 105°.- OBLIGATORIEDAD

La cobertura que brinda el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) debe ser otorgada a favor de la totalidad de las personas que laboran o prestan servicios en empresas o entidades empleadoras que desarrollan cualquier actividad económica, con prescindencia de la naturaleza de su vinculación contractual de conformidad con lo establecido en el artículo 19° de la Ley N° 26790.



W. Olivera A



El MINSA aprobará la progresividad en el que se implementará dicho listado, tendiendo a su universalización.

Los aportes a ESSALUD y a la ONP correspondientes al SCTR son los establecidos en los tarifarios que para el efecto establecen dichas entidades. Las retribuciones a las EPS o a las compañías de seguros son establecidas libremente entre las partes.

ARTÍCULO 106°: ALCANCES DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados del AUS. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan este tipo de actividades.

Están comprendidas en esta obligación las Entidades Empleadoras constituidas bajo la modalidad de cooperativas de trabajadores, empresas de servicios temporales o cualquier otra de intermediación laboral, de igual manera se comprende entre estos beneficios a los trabajadores independientes, entendiéndose como tales a aquellas personas naturales que realizan una actividad económica o prestan sus servicios de manera personal y por su cuenta y riesgo, mediante contratos de carácter civil o comercial o administrativos, distintos por lo tanto a los laborales, pero que por la naturaleza del trabajo que realizan están afectos a las actividades de riesgo señaladas.

Comprende necesariamente las siguientes coberturas:

- a) La cobertura de salud por trabajo de riesgo.
- b) La cobertura de sobrevivencia, invalidez y sepelio por trabajo de riesgo.

Son asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, la totalidad de las personas de la Entidad Empleadora en la cual se desarrollan este tipo actividades, aún los que no pertenecen al centro de trabajo.

ARTÍCULO 107°: COBERTURAS

La cobertura de salud por trabajo de riesgo, incluye prestaciones de asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional; atención médica; farmacológica; hospitalaria, quirúrgica, aparatos de prótesis y ortopédicos; rehabilitación y readaptación laboral, cualquiera que sea su nivel de complejidad; hasta la recuperación total del asegurado o la declaración de una invalidez permanente total o parcial o fallecimiento.

No comprende los subsidios económicos que son por cuenta del Seguro Social de Salud según lo previsto en los artículos 15°, 16° y 17° del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud aprobado con el Decreto Supremo 009-97-SA.

Las prestaciones de salud son otorgadas íntegramente por las IAFAS elegidas para cuyo efecto las mismas podrán celebrar y acreditar ante la Superintendencia los contratos de servicios complementarios de coaseguro o reaseguro que resulten necesarios.



W. Olivera A.



No está permitido en ningún caso recargo en los costos ni exclusión de ningún trabajador en particular en función a su estado de salud o grado de incapacidad.

La cobertura de sobrevivencia, invalidez y sepelio por trabajo de riesgo otorga las pensiones de invalidez sea esta total o parcial, temporal o permanente, o de sobrevivientes y cubre los gastos de sepelio.

La cobertura de sobrevivencia, invalidez y sepelio por trabajo de riesgo podrá ser contratada libremente con la ONP o con una Compañía de Seguros y en el caso de salud a través del ESSALUD o la EPS que brinde la cobertura, a solicitud del empleador. En tal caso, los contratos deben señalar las retribuciones correspondientes en forma desagregada.

Las condiciones y características de estas coberturas se rigen por lo establecido en sus normas particulares y no pueden ser inferiores a los que por los mismos conceptos brinda el sistema privado de administración de fondo de pensiones (AFP) regido por el Decreto Ley N° 25897 y su Reglamento.

ARTÍCULO 108°: CONTRATACIÓN POR AFILIADOS INDEPENDIENTES

Es obligatoria la contratación del SCTR por los trabajadores independientes que bajo la modalidad de contratación de locación de servicios, contratos administrativos de servicios, o cualquier otra modalidad distinta del contrato de trabajo, presten servicios para entidades obligadas a la contratación de estas coberturas.

La empresa que desarrolle tales actividades está obligada a exigir al trabajador independiente que se propone contratar que acredite contar con las coberturas del SCTR vigente.

Las coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo no pueden en ningún caso establecer carencias ni copagos ni exclusiones a cargo del trabajador, salvo las exclusiones establecidas en las normas técnicas del SCTR vigente.

ARTÍCULO 109°: REGISTRO

Las entidades empleadoras que desarrollen estas actividades deben inscribirse como tales en el Registro que para el efecto administra el Ministerio de Trabajo y Promoción Social, entidad que supervisará el cumplimiento de la obligación de contratar el seguro complementario de trabajo de riesgo, aplicando las sanciones administrativas correspondientes. De igual manera para acceder a la contratación del SCTR tanto en Salud como en Pensiones, será condición previa demostrar el haber contratado cuando menos las prestaciones del PEAS.

N. Olivera A.



ARTICULO 110° DETERMINACION DEL GRADO DE MENOSCABO O INVALIDEZ

La determinación del grado de menoscabo o invalidez de los asegurados afectados por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, se rige por la Ley N° 26790 y las normas reglamentarias y complementarias vigentes.

ARTÍCULO 111°: SANCIONES

Sin perjuicio de las sanciones administrativas a que hubiere lugar, la Entidad Empleadora que no cumpla con inscribirse en el Registro referido en el artículo 109° del presente reglamento o con la contratación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para la totalidad de los trabajadores a que está obligado, será responsable frente a la IAFAs por el costo de las prestaciones que deberán otorgarse en caso de siniestro del trabajador afectado, independientemente de su responsabilidad civil frente al trabajador por los daños y perjuicios irrogados.

CAPÍTULO VII DE LAS GARANTIAS EXPLÍCITAS

Artículo 112°.- REGIMEN DE GARANTIAS

Los mecanismos que son materia de regulación por el presente reglamento, deben garantizar para los afiliados al AUS intervenciones y prestaciones eficientes y eficaces desde el punto de vista médico y terapéutico, oportunas en cuanto a su entrega, y calidad, así como recoger los Principios y Criterios establecidos por los Artículos 3°, 4° y 5° de la Ley 29344, y en especial las garantías específicas referidas en el Numeral 3 del Artículo 5° de la Ley.

Las garantías explícitas como instrumento de regulación sanitaria definen el carácter de las condiciones mínimas asegurables otorgadas a toda la población residente en el país. Incluye las relativas al derecho progresivo de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, las mismas que están asociadas a la atención de los problemas de salud incluidos en PEAS.

Artículo 113°.- DERECHOS DEL ASEGURADO

Las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el Artículo 5° Numeral 3 de la Ley, serán constitutivas de derecho para los asegurados del AUS bajo Plan de Beneficios del PEAS y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las IAFAs a las que estén afiliados y en instancia de queja ante la SUNASA y las demás instancias que correspondan.

Sin perjuicio de lo establecido por la Ley, el Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre calidad y oportunidad, para las prestaciones que se otorguen a los asegurados del AUS en las IPRESS, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles y las normativas institucionales.

La SUNASA estará a cargo de la supervisión del cumplimiento de las garantías explícitas por parte de las IAFAs y las IPRESS que actúan en los regímenes, subsidiado, semicontributivo y contributivo, y dictará las normas pertinentes



W. Olivera A.



para el cumplimiento de la garantía de protección financiera en resguardo a los derechos de los asegurados al AUS.

Artículo 114°.- GARANTÍA EXPLÍCITA DE ACCESO

La garantía explícita de acceso, asegura el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el PEAS por los diferentes regímenes de financiamiento, condicionados a un riesgo, sospecha o confirmación diagnóstico de uno o más problemas de salud definidos en el Plan de Beneficios. Las disposiciones específicas en relación a esta garantía las define el MINSA.

Artículo 115°.- GARANTÍA EXPLÍCITA DE CALIDAD

La garantía explícita de calidad, está referida al mejor manejo clínico en el otorgamiento de las prestaciones de salud contenidas en el PEAS, relacionadas al óptimo uso de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos, de acuerdo a la normativa vigente.

Artículo 116°.- GARANTÍA EXPLÍCITA DE OPORTUNIDAD

La garantía explícita de oportunidad, son los plazos máximos para que el usuario una vez ingresado al establecimiento de salud reciba las prestaciones garantizadas establecidas en el PEAS.

Para que no constituya infracción por el incumplimiento de esta garantía, las IAFAS y las IPRESS deberán demostrar ante la SUNASA que respondieron a un factor debidamente justificable o de fuerza mayor, salvando su responsabilidad de demostrarse causal atribuible al afiliado.

Artículo 117°.- GARANTÍA EXPLÍCITA DE PROTECCIÓN FINANCIERA

La garantía explícita de protección financiera se refiere a que todas las IAFAS deben garantizar la liquidez suficiente para la atención de los planes de salud contratados y el manejo técnicamente aceptable de los fondos de sus afiliados, así como la solvencia y rentabilidad que garanticen su estabilidad económica financiera.

Los recursos del presupuesto asignado al SIS que están destinados exclusivamente a financiar las prestaciones contenidas en el PEAS para los afiliados al régimen subsidiado constituyen fondos intangibles de conformidad con el artículo 20° de la Ley 29344.

Artículo 118°.- DESARROLLO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS

La SUNASA establecerá los mecanismos e instrumentos necesarios que deberán implementar las IAFAS para que éstos o las IPRESS, cuando corresponda, dejen constancia e informen sobre el desarrollo de las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el artículo 13° de la Ley N° 29344.

Las IAFAS deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud respecto de sus respectivos beneficiarios.

Las IPRESS están en la obligación de informar a todos los beneficiarios del sistema de aseguramiento, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en



W. Olivera A.



Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el MINSA.

Las garantías explícitas de las condiciones asegurables del PEAS se incrementarán progresivamente, teniendo en cuenta las condiciones de la oferta de servicios y el financiamiento del aseguramiento universal.

TÍTULO VI DEL FINANCIAMIENTO DE LOS PLANES DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 119°.- DE LOS RECURSOS DEL AUS

Constituyen 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 los siguientes:

- a. Los recursos asignados por el Estado a la vigencia de la Ley N° 29344, al Seguro Integral de Salud y los demás que se asignen posteriormente.
- b. Los aportes y contribuciones que realicen los afiliados al Seguro Integral de Salud, de acuerdo con el régimen de financiamiento.
- c. Los fondos que los gobiernos regionales y locales les asignen en base a la adecuación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- d. Otros que mediante ley se les asigne.

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

Para tales efectos, la cobertura de las prestaciones contenidas en el PEAS, ofertada por las IPRESS comprende la compra, producción, administración y entrega de servicios de salud, generación de infraestructura, constitución de obligaciones técnicas y en las inversiones que sean necesarias para su adecuada rentabilidad.

Artículo 120°.- INTANGIBILIDAD DE LOS FONDOS DE LOS REGIMENES SUBSIDIADO Y SEMICONTRIBUTIVO

Los fondos 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 intangibles.

Artículo 121°.- DE LOS FONDOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Los recursos destinados a financiar las prestaciones contenidas en el PEAS, los Planes Complementarios y los Planes Específicos para los afiliados al régimen contributivo son los siguientes:

- a. Las contribuciones y retribuciones que realicen las Entidades Empleadoras a ESSALUD y a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), cuando corresponda.
- b. Los aportes o cotizaciones de los afiliados independientes a ESSALUD y a otras IAFAS



W. Olivera A.



- c. Las primas que pagan los asegurados que contratan pólizas de seguros de salud con las empresas aseguradoras.
- d. Las transferencias o aportes del Estado, en calidad de empleador, a las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú. Estos fondos son intangibles según establece su norma de creación.
- e. Los aportes de los afiliados y/o beneficiarios a las Entidades de Salud que ofrecen Servicios de Salud Prepagados.
- f. Los aportes de las entidades empleadoras y/o de los trabajadores a los Autoseguros.
- g. Recursos de los fondos de compensación interna de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios u operaciones de compraventa.
- h. Dentro de su respectivo ámbito, los aportes que se efectúen en el marco del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y otros planes complementarios o específicos.
- i. Otras modalidades de aseguramiento públicos privados o mixtos, creados o por crearse, distintos a los señalados anteriormente.
- j. Copagos o deducibles.

No están sujetos a copago alguno, las atenciones de emergencia ni las prestaciones preventivas promocionales.

La administración de los fondos generados por los recursos mencionados se llevará a cabo, de acuerdo a las respectivas normas que los rigen.

Artículo 122°.- DE LA APLICACIÓN DEL CRÉDITO CONTRA LOS APORTES

Los planes de salud para afiliados regulares de las EPS deberán otorgar una cobertura que no podrá ser inferior al PEAS. El crédito contra las aportaciones a ESSALUD a que hace mención el Artículo 16° de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley No. 26790, será utilizado exclusivamente para financiar las prestaciones comprendidas en el PEAS, quedando prohibido el financiamiento de coberturas complementarias con recursos provenientes del citado crédito.

Artículo 123°.- DE LOS FONDOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Los recursos del PEAS para los afiliados al régimen subsidiado son los siguientes:

- a. Los recursos asignados por el Estado a través de la Ley Anual de Presupuesto, al SIS y los demás que se asignen posteriormente.
- b. Los fondos que los gobiernos regionales y locales les asignen de acuerdo a sus competencias.
- c. Ingresos financieros.
- d. Otros que la ley les asigne fondos intangibles destinados exclusivamente a cubrir las prestaciones.
- e. Los que provengan de la cooperación externa.

Artículo 124°.- DE LOS FONDOS DEL RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO

En el régimen semicontributivo, el financiamiento para las prestaciones del PEAS se efectúa en parte con los aportes efectuados por los asegurados o por



W. Olivera A.



los empleadores y en parte los recursos asignados por el Gobierno Nacional o los Gobiernos Regionales o Locales. Las IAFAS a cargo de estos regimenes deberán mantener cuentas diferenciadas para identificar los recursos provenientes de aportes de los asegurados y de sus empleadores en caso se trate de trabajadores dependientes, respecto de los recursos provenientes de transferencias estatales, donaciones u otras fuentes ajenas al asegurado.

El monto de los aportes que deberán realizar los afiliados del régimen semicontributivo y del Estado se establecen en la Ley que lo crea.

Los Fondos del aseguramiento en salud para este régimen son intangibles.

Artículo 125°.- DE LA COBRANZA DE LOS APORTES AL AUS

La cobranza de los aportes al plan de salud se efectuará a través de la planilla para los afiliados dependientes del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud. La cobranza de los aportes de los afiliados a las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, se hará conforme a su propia normatividad.

Para los afiliados contributivos independientes que efectúan pago directo, la gestión de la recaudación del aporte o cotización correspondiente al costo del plan, se realizará través, de bancos públicos o privados, recibos de servicios, o cualquier otro mecanismo que se acuerde con las IAFAS.

La SUNASA establecerá las condiciones de afiliación o de cambio de IAFAS por parte de los afiliados, con excepción del régimen dependiente de la Seguridad Social en Salud que se regirá por su propia ley.

Artículo 126°.- RETRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS

Las IAFAS sean públicas, privadas o mixtas, cancelarán en los plazos acordados y mediante mecanismos estandarizados los servicios brindados por las IPRESS, de forma que no se afecten su estabilidad financiera y los márgenes de calidad de las prestaciones de salud. Asimismo las IPRESS deberán cancelar las obligaciones con sus proveedores vinculados a la prestación de servicios de salud, en los plazos y condiciones pactadas.

SUNASA establecerá las disposiciones orientadas a estandarizar los mecanismos y oportunidad de pago.

Artículo 127°.- DE LA ENFERMEDAD CON ALTO COSTO DE ATENCIÓN

Para efecto de lo dispuesto en el Artículo 21° de Ley No 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, se denomina enfermedad de Alto Costo a aquella patología que por su naturaleza, manifestación y evolución, requiere de tratamientos o prestaciones de salud que no forman parte del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS y se encuentren comprendidos en el correspondiente listado de enfermedades de alto costo de atención aprobado por el MINSA.

W. Olivera A.

Para desarrollar sus actividades de financiamiento de atención de las enfermedades de alto costo incluidas en el listado de enfermedades de alto



costo de atención, el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) dispondrá de los fondos previstos en la Ley N° 27656 y modificatoria y de otros recursos que se le asigne por Ley, bajo criterios previamente establecidos por el MINSA.

La provisión de estos servicios para los afiliados del régimen contributivo estará a cargo de las IAFAS mediante la oferta de planes complementarios, que podrán estar referidos asimismo a coberturas especializadas para determinadas dolencias, contratados directamente con la IAFAS donde tienen contratado el PEAS, o de otras a discreción del afiliado.

Artículo 128°.- DEL FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL

El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) es una persona jurídica de derecho privado, creada por la Ley 27656, tiene por finalidad favorecer el acceso a prestaciones de salud de calidad de la población excluida de las mismas, así como el de financiar las prestaciones de salud de alto costo, que forman parte del listado de enfermedades de alto costo destinado a la población del régimen subsidiado y semicontributivo, conforme lo establece el artículo 21° de la Ley N° 29344.

Artículo 129°.- DEL LISTADO DE ENFERMEDADES CON COBERTURA DEL FISSAL

El listado de Enfermedades con Alto Costo de Atención a cargo del FISSAL, será aprobado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial. El número de patologías de la Lista de Enfermedades y Prestaciones financiables y el monto de su cobertura, se sustentará en estudios de siniestralidad, incidencia y prevalencia, así como a los costos que implican las prestaciones respectivas y las probabilidades de recuperabilidad de las enfermedades.

Artículo 130°.- USUARIOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Son usuarios del financiamiento de las enfermedades de alto costo, a cargo del FISSAL, los afiliados a los regímenes semicontributivo y subsidiado. Los límites de la cobertura del FISSAL y las prioridades de cobertura, están determinadas en función a su capacidad financiera derivada de los riesgos sobre siniestralidad, de sus ingresos financieros y el grado de vulnerabilidad de la población destinataria.

Artículo 131°.- FINANCIAMIENTO DEL FISSAL

El FISSAL para dar cobertura a los afiliados del régimen subsidiado se financia sus operaciones con los recursos establecidos en el artículo 3° de la Ley N° 27656 y su modificatoria Ley N° 27812; así como de los recursos que se le asigne por ley expresa.

Para el caso de la población del régimen semicontributivo, el FISSAL podrá financiar la cobertura de enfermedades con alto costo de atención, en función a los aportes que los empleadores y los afiliados realicen, así como del aporte del Estado establecido en la Ley respectiva.

El FISSAL deberá llevar cuentas separadas respecto de los recursos destinados a los regímenes subsidiado y semicontributivo.



W. Olivera A.



Artículo 132°.- DE LA COMPLEMENTARIEDAD ENTRE LISTADO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DE ATENCIÓN Y EL PEAS

El Listado de Enfermedades con Alto Costo está orientado a complementar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), de modo prioritario para las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos. Así, el FISSAL de modo coordinado, complementa el rol de los regímenes semicontributivo y subsidiado.

Para lo anterior, el FISSAL establecerá directivas y procedimientos de atención y pago de las prestaciones de salud por las enfermedades de alto costo. Igualmente, corresponde; al FISSAL señalar los mecanismos, modalidad y oportunidad del pago por las prestaciones de salud.

Artículo 133°.- DEL ACCESO A LA COBERTURA DEL FISSAL

Los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo podrán ser beneficiarios del financiamiento de las enfermedades de alto costo, incluidas en el listado, luego de haber cumplido el periodo de espera o carencia que para tal efecto establezca el MINSA.

Cumplida la condición anterior, la cobertura es automática, se cubren las preexistencias desde el momento en que el afiliado es diagnosticado con alguna patología del Listado de Enfermedades con Alto Costo de Atención, por la entidad prestadora de salud especializada.

Artículo 134°.- DE LAS IPRESS RESPONSABLES DE LAS ATENCIONES EN CASO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Las entidades autorizadas para brindar prestaciones de salud en enfermedades de alto costo a los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo, podrán ser IPRESS de carácter público, privado o mixto, seleccionados por el FISSAL en función a criterios de infraestructura, calidad de los servicios de salud que brindan y cotización o puja de precios, de acuerdo a los lineamientos que establezca para tales efectos. Las prestaciones de alto costo se prestarán dentro del territorio nacional, salvo convenios de cooperación internacionales con criterios costo beneficio.

Artículo 135°.- DE LA OPERATIVIDAD DEL FONDO

Cada caso de alto costo será remitido al FISSAL por la IAFA a cargo del respectivo régimen subsidiado y semicontributivo. El FISSAL establecerá las directivas y normas para la evaluación, aprobación, auditoría médica y de procedimientos, así como para los reembolsos respectivos a las entidades prestadoras de servicios.

Igualmente, los procedimientos y protocolos de los tratamiento de las enfermedades de alto costo: exámenes, intervención(es) quirúrgica(s), hospitalización, medicamentos y demás deberán tener valores referenciales. Corresponde al FISSAL establecer los montos a pagar por las prestaciones de salud de alto costo a su cargo.



W. Olivera A.



Artículo 136°.- PROGRESIVIDAD DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD DE ALTO COSTO

La progresividad de la atención de enfermedades de alto costo está en función a la disponibilidad de recursos financieros del FISSAL y del número de patologías con cobertura establecidas por el MINSA.

Artículo 137°.- DE LOS RECURSOS ESTABLECIDOS POR NORMAS

Corresponde al FISSAL realizar las gestiones necesarias para recibir los recursos establecidos en la Ley N° 27656 y modificatoria tales como los provenientes de los aportes de las instituciones públicas o privadas y los aportes de las personas naturales, o las donaciones y otras contribuciones no reembolsables de los gobiernos, organismos internacionales, fundaciones y otros, así como los provenientes de la cooperación técnica internacional, los ingresos financieros que genere la administración de sus propios recursos, los provenientes de la mesa de donantes y otros aportes o ingresos autorizados por ley.

Artículo 138°.- DE LOS RECURSOS PROVENIENTES DE LAS APORTACIONES DE LOS TRABAJADORES Y LOS CONDUCTORES DE LAS MICROEMPRESAS

Constituyen recursos del FISSAL los aportes de los trabajadores y conductores de microempresas en el marco de la Ley 27656 y modificatoria, y los que se establezcan por ley, para acceder a la cobertura del Listado de Enfermedades con Alto Costo de Atención que el MINSA apruebe. Mediante Decreto Supremo refrendado por los Ministerios de Trabajo y Promoción Social, Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas, se expedirá la normativa complementaria que regule el funcionamiento de dicho fondo.



TÍTULO VII DE LA ARTICULACIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA

Artículo 139°.- INTEGRACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Aseguramiento Universal en Salud promueve la interacción articulada y progresiva de los agentes de financiamiento y prestación de servicios para eliminar la fragmentación, las barreras de acceso y las inequidades en salud, en la búsqueda de garantizar el derecho de toda persona al acceso pleno y progresivo al aseguramiento en salud con la mayor libertad de elección dentro de la legislación vigente.



Artículo 140°.- DE LA ARTICULACIÓN DE LAS IAFAS

Las IAFAS, para el proceso de articulación tendrán procedimientos básicos estandarizados, sin perjuicio de su carácter de instituciones públicas, privadas o mixtas, que vinculan y estructuran sus actividades, atendiendo a los criterios establecidos en la Ley y el presente Reglamento, a fin de asegurar la accesibilidad oportuna, cobertura y calidad de las prestaciones a los asegurados.



Las características de la articulación de las IAFAS en el proceso de Aseguramiento Universal en Salud son las siguientes:



- a. Tener un modelo de afiliación y atención estandarizado y organizado de manera tal que garantice la portabilidad de la condición de asegurados de sus afiliados al interior de la red de servicios contratada.
- b. Disponer de servicios de salud propios o contratados y organizados en redes funcionales de atención, considerando un sistema de referencias y contrarreferencias del cual serán responsables, que garantice la continuidad de la atención bajo los principios de unidad e integralidad establecidos en la Ley.
- c. Contar con un sistema de tarifas y mecanismos de pago por los servicios de salud brindados a sus afiliados en las IPRESS, de acuerdo con los convenios suscritos o las regulaciones legales vigentes.
- d. Contar con un sistema de seguimiento y pago de las atenciones prestadas a sus afiliados bajo modalidad de compensación por referencias y contrarreferencias, por condiciones de emergencia u otros servicios justificados brindados por otras IAFAS o IPRESS.
- e. Desarrollar la transmisión de información estadística y otros en base a modelos de información estandarizados.

Artículo 141°.- DE LA ARTICULACION DE LAS IPRESS

Las IPRESS se articulan bajo el concepto de redes funcionales de atención, de acuerdo a procedimientos estandarizados que vinculen y organicen sus actividades, sin perjuicio de su carácter de instituciones públicas, privadas o mixtas, atendiendo los principios, características y garantías establecidos en la Ley y el presente Reglamento, debiendo considerar además los criterios establecidos en el artículo 22° de la Ley.

Las IPRESS son parte de un modelo de atención organizado en redes funcionales de alcance nacional, regional y local, en el marco de la descentralización, sustentadas en niveles de atención, especialidad, categorización o acreditación, que privilegie el ingreso a la atención según el nivel de complejidad, priorizando las actividades de prevención y promoción de la salud, fomentando el acceso universal y uso racional de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos esenciales.

A nivel de atención primaria, los gobiernos regionales en coordinación con el MINSA implementarán programas para la inclusión de las zonas rurales o de extrema pobreza en redes funcionales de atención y su articulación con el resto del sistema, apoyando esfuerzos de dotación de traslado, comunicación y capacitación, así como los mecanismos de operación de estos programas, con el propósito de optimizar los recursos existentes y elevar la calidad y oportunidad de la atención de los usuarios en el sistema.

Artículo 142°.- ESTANDARIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Es obligación del MINSA elaborar, publicar, difundir y actualizar la clasificación, denominación, codificación y descripción de los estándares de información relacionados al registro de 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 Aseguramiento Universal en Salud. Corresponde al MINSA aprobar y liderar la actualización permanente de las identificaciones estándar de datos en salud



base del código correspondiente, según norma técnica específica contenida en el DS No. 024-2005-SA.

Artículo 143 °- SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN

En las IPRESS o IAFAS el documento de identificación para la atención para los ciudadanos peruanos es el Documento Nacional de Identidad, en el caso de extranjeros residentes es el Carné de Extranjería. Los números de los citados documentos constituyen dato de información y constituirán la base del código correspondiente, siendo única, invariable en el tiempo, permanente una vez generado. El MINSA emite la norma técnica específica relativa a la denominación estándar de identificación de salud.

Artículo 144°.- ESTANDARIZACIÓN DE MANUALES DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Las IPRESS, observando los identificadores estándar de datos en salud, disponen de manuales de procesos y procedimientos en los componentes que se mencionan seguidamente:

- a. En gestión clínica asistencial, se dispondrá de:
- Guías de prácticas clínicas según su nivel de resolución;
 - Guía del manejo del expediente clínico de acuerdo a la norma técnica vigente;
 - Procedimiento para la dispensación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos y de autorización para utilización de fármacos y procedimientos médicos especiales;
 - Procedimiento para las referencias y contrarreferencias;

Los referidos a gestión administrativa aplicables a las IPRESS o redes de atención:

- Autenticación e identificación del usuario;
- Las condiciones para la atención de afiliados;
- Plataforma de atención al usuario (quejas, reclamos y consultas) en los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, correspondiendo a los del primer nivel disponer de un formato que refleje el procedimiento a emplearse en el propósito de presentar una reclamación por parte del afiliado.
- Procedimiento para el registro de gastos, liquidación, facturación y cobranzas consecuencia de las prestaciones de salud, así como los procedimientos de estimación y cálculo de copagos fijos y variables (coaseguros o deducibles), para los regímenes que aplican.

Artículo 145°.- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Las Guías de Práctica Clínica estandarizadas del PEAS, señalan u orientan al personal de salud a brindar un manejo adecuado de la atención de salud a los afiliados beneficiarios de los planes de aseguramiento en salud, correspondiendo al MINSA su elaboración, aprobación y actualización por lo menos cada dos años para su continua aplicación, pudiendo las IPRESS adecuarlas con su nivel resolutivo.



Olivera A



Asimismo, el MINSA desarrolla la norma técnica que establece las disposiciones y procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica Única con un contenido estandarizado, lo cual es de aplicación nacional en el marco de buscar eficiencias en las IPRESS.

Para efectos del presente Reglamento, resulta igualmente válida la versión electrónica de la Historia Clínica.

Artículo 146°.- ACCESO Y USO RACIONAL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

El AUS garantiza el acceso equitativo a los productos farmacéuticos y dispositivos médicos esenciales como componente fundamental de la atención integral en salud, velando por la selección racional, asequibilidad, financiamiento sostenible y simplificación de los procedimientos administrativos para un sistema de suministro fiable.

El AUS está asociado a la aplicación de un Petitorio Nacional Único de Medicamentos, el cual constituye un listado esencial para las IPRESS o las redes de atención, pudiendo alcanzar mayores dimensiones en función a la cobertura del plan de salud contratado, capacidad de resolución o necesidades farmacoterapéuticas, cuya autorización de adquisición será dada por el Comité Farmacoterapéutico de la IPRESS, de acuerdo a la normatividad vigente.

Corresponde al MINSA tener actualizado dicho documento, incorporando enfoques de fármaco economía, fármaco epidemiología, relación costo-efectividad, eficiencia en el gasto y criterios de seguridad. La prescripción de medicamentos por los profesionales de la salud se ajusta a la normatividad legal vigente.

Es obligación de las IPRESS utilizar como mínimo el Petitorio Nacional Único de Medicamentos en lo relacionado al PEAS. Las IPRESS públicas podrán participar en las compras corporativas de productos farmacéuticos y dispositivos médicos esenciales que realiza el sector salud.

Artículo 147°.- MECANISMOS DE PAGO

Los agentes del AUS establecerán mecanismos de pago buscando generar incentivos económicos que promuevan la eficiencia en el uso de los recursos y en el intercambio de servicios.

Artículo 148°.- DEL INTERCAMBIO PRESTACIONAL O DE SERVICIOS

Las instituciones Administradoras de Fondos y las IPRESS, con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad y calidad de las prestaciones de salud a sus afiliados, así como poder incrementar la oferta asistencial en las regiones, podrán suscribir convenios o contratos de intercambio prestacional con los representantes de las redes funcionales de atención y microrredes públicas, privadas o mixtas, de las zonas en las que reporten afiliados, estableciendo los mecanismos de contraprestación o financiamiento que corresponden a dichos servicios y con criterios de complementariedad y subsidiaridad.



W. Olivera A



Entiéndase por intercambio prestacional a las acciones interinstitucionales conducentes a brindar atención integral de salud a las poblaciones sujetas de las coberturas y planes establecidos en la normatividad, con el criterio de optimización de los recursos de infraestructura, equipamiento y potencial humano evitando duplicaciones, mal uso y subutilización de servicios.

La complementariedad permite que las IPRESS públicas, privadas o mixtas, presten servicios correspondientes a los diferentes niveles de atención siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permitan, según condiciones del Ministerio de Salud o la autoridad en que éste delegue, sin menoscabo a los servicios de salud que brinden ni de su autonomía administrativa y recursos.

La subsidiariedad se aplica cuando por razones de orden técnico, sanitario o financiero y causas justificadas, debidamente calificadas, los gobiernos locales, IAFAS o IPRESS no puedan ejercer las competencias de cobertura o prestación de servicios de salud. En este caso el Ministerio de Salud determinará la instancia o fuente de financiamiento que contribuya transitoriamente a la gestión de los mismos evitando la desatención de una determinada población, sin exceder los límites de la propia competencia.

En todos los casos las IAFAS se obligan a reconocer la prestación de servicios a sus afiliados de acuerdo a lo establecido en el convenio o contrato firmado previamente.

ARTÍCULO 149°.- MODALIDADES DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL

Los intercambios se ejecutan entre IPRESS, del ámbito público o privado en las siguientes modalidades posibles:

- a. IPRESS pública- IPRESS pública.
- b. IPRESS pública – IPRESS privada.
- c. IPRESS privada – IPRESS privada.

ARTÍCULO 150°.- INTERCAMBIO PRESTACIONAL PROPIAMENTE DICHO

El Intercambio prestacional propiamente dicho, puede ser elegido por las partes libremente y de común acuerdo, consta de dos modalidades:

- a. Intercambios basados en la Unidad Básica de Intercambio Prestacional (UBIP), la misma que se define como un valor referencial entre las diferentes prestaciones de salud, establecido de común acuerdo; y que va a permitir a las IPRESS comprometidas, elaborar o negociar equivalencias tarifarias. No representa un valor monetario, ni la tarifa del servicio de salud, ni el costo o el precio del mismo. La UBIP incluye Recursos Humanos, insumos, equipamiento básico, equipamiento adicional por tipo de servicios, infraestructura, gastos administrativos y gastos generales. Las UBIPS y sus equivalencias serán determinadas en cada caso por acuerdo de las partes
- b. Intercambios basados en intercambios recíprocos de prestaciones de acuerdo a la capacidad operativa de los prestadores.



W. Olivera A.



El intercambio prestacional entre las entidades integrantes del proceso de aseguramiento universal debe estar basado en los siguientes términos:

- a) Coordinado y formalizado.
- b) Basado en la formación de Unidades Básicas de Intercambio Prestacional (UBIP) u otras modalidades a establecer por mutuo acuerdo entre las partes.
- c) Se establecerán equivalencias en UBIP de todas las prestaciones a daño resuelto, que por acuerdo se incorporen al Intercambio Prestacional entre las entidades, creando una tabla de equivalencias en UBIP que deberán ser aceptadas por las partes.
- d) La ejecución de las prestaciones motivo de intercambio deberán ser autorizadas por el órgano o institución de origen y de destino.
- e) El Comité conformado especialmente para el desarrollo, evaluación y control del Intercambio Prestacional a través de las UBIPs consolidará la información pertinente según la periodicidad acordada entre los interesados.
- f) El intercambio formalizado debe permitir el aumento de oferta asistencial de cada institución involucrada permitiendo la utilización reglamentada de los servicios e infraestructura de los actores involucrados.

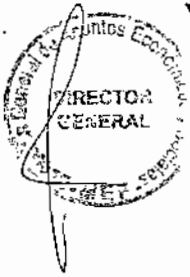
ARTICULO 151°.- INTERCAMBIO PRESTACIONAL BASADO EN COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS

El intercambio prestacional basados en compra y venta de servicios que de acuerdo a las características de las IPRESS, tendrán las siguientes características:

- a. Entre IPRESS públicas, los tarifarios que se definan no tendrán márgenes de lucro o rentabilidad. Se cubrirán estrictamente los costos operativos.
- b. Entre IPRESS pública e IPRESS privada, los tarifarios que se definan cubrirán al menos los costos operativos y gastos administrativos.
- c. Entre IPRESS privadas los tarifarios estarán sujetos a negociación entre las partes.

El intercambio está sujeto a los siguientes condicionantes:

- a. Suscripción de acuerdo entre las partes.
- b. Complementariedad de los Servicios.
- c. Estándares de calidad que incluyen:
 - i. Oportunidad de la atención.
 - ii. Competencias técnicas de los prestadores.
 - iii. Capacidad resolutiva sustentada.
 - iv. Atención brindada bajo protocolos o guías de práctica clínica adoptados por común acuerdo.
 - v. Intercambio de información.
 - vi. Auditoría de la validez prestacional con estándares consensuados.



W. Olivera A.



Artículo 152°.- SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

Para los procesos de referencias y contrarreferencias, la SUNASA vigila las condiciones o normas técnicas de funcionamiento entre IAFAS e IPRESS. Para tales efectos, deberá promoverse la utilización de procedimientos estandarizados en las relaciones entre tales instituciones.

El MINSA aprobará las normas técnicas y protocolos de referencia y contrarreferencia interinstitucionales.

En caso que una IPRESS o IAFAS no acepte la referencia del paciente, la IPRESS que registró el primer ingreso del paciente, queda obligada a continuar con el tratamiento en su red de atención hasta su terminación, quedando a salvo su derecho de recuperar el costo de la atención de la IAFAS obligada en razón de ser la perceptora de la contribución del asegurado.

Las discrepancias que surjan por aplicación del presente artículo entre las IPRESS y las IAFAS, u otro agente involucrado, serán resueltas por el centro de resolución de controversias autorizado para tales efectos.

Artículo 153°.- DEL MANTENIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE GESTION ADMINISTRATIVA

Corresponde a la SUNASA, en el ámbito de su competencia, elaborar, actualizar y mantener los estándares de información relacionados al Aseguramiento Universal en Salud, estableciendo las condiciones de confidencialidad para su administración y velando por su cumplimiento.

Artículo 154°.- DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO

La cobertura brindada por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito tiene prelación en relación a otras coberturas otorgadas por las IAFAS, las mismas que deben cumplir con el reembolso de la prestación en forma oportuna.

Las IPRESS que brinden prestaciones al SOAT están sujetas a todas las garantías explícitas de acceso, calidad y oportunidad.

Las Asociaciones de Fondo Regionales y Provinciales Contra Accidentes de Tránsito son consideradas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de acuerdo con lo dispuesto por el numeral 9, artículo 7° de la Ley N° 29344, por lo que las estructuras normativas y procedimentales del SOAT se someten al ámbito de acción de la SUNASA.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

PRIMERA.- SUSTITUCION DEL LPIS POR EL PEAS

La sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) será gradual. El



Ministerio de Salud deberá adoptar, dentro de los noventa (90) días siguientes a la vigencia de la presente norma, las disposiciones necesarias para la implementación progresiva de dicha sustitución, en las Regiones Piloto del PEAS y en aquellas que se implementen en el futuro. El LPIS se debe mantener vigente en aquellas zonas en las que no se implemente el PEAS.

SEGUNDA.- DENOMINACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA

Dentro de los ciento veinte (120) días de la vigencia del presente Reglamento, la SUNASA deberá adoptar todas las medidas necesarias para sustituir su antigua denominación como Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, en los documentos que emita, tanto hacia terceros como de carácter interno, difusión de sus actividades a través de medios tradicionales y electrónicos, registros y todo otro instrumento o instancia en el cual se haya hecho referencia a su anterior denominación.

TERCERA.- RÉGIMEN DE NOTIFICACIONES A LOS SUPERVISADOS

Las notificaciones de la SUNASA a los agentes del régimen de aseguramiento en salud se realizarán, mediante los procedimientos establecidos en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. La SUNASA establecerá los mecanismos necesarios para validar la información que se remita hacia dicha institución y de ésta a sus supervisados.

CUARTA.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, deberán priorizar la inversión en recursos tecnológicos de información y comunicaciones, relacionados con la afiliación, acreditación del asegurado, identificación socio-económica de la población, diagnósticos, planes, procedimientos de atención y otros que sean necesarios para optimizar la identificación oportuna de los beneficiarios.

QUINTA.- GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE COMPETENCIAS DE LA SUNASA

La implementación de las competencias de la SUNASA se efectúa de modo progresivo e irreversible. Toda competencia asumida previamente por la SUNASA no podrá ser revocada ni disminuida, debiendo dicha institución establecer los mecanismos necesarios para la continuidad de las funciones que ya viene desarrollando a la vigencia del presente Reglamento, así como las que vaya asumiendo.

La SUNASA elaborará el cronograma para la implementación de las funciones de supervisión y sancionadoras que le confieren la Ley N° 29344 y el presente Reglamento, para su ejecución en un plazo máximo de 3 años, dicho cronograma deberá ser aprobado por el MINSA dentro de los noventa (90) días de vigencia del presente Reglamento.

SEXTA.- PORTABILIDAD EN ZONAS PILOTOS

Mientras dure el Plan de Implementación de la Ley N° 29344 en las Regiones Piloto, la portabilidad de los planes de salud comprenderá a tales Regiones Piloto y, de modo nacional para los casos de emergencia.



Olivera A.



SÉTIMA.- ADECUACIÓN DE ESSALUD, EL SIS Y LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS Y POLICIALES A IAFAS

ESSALUD, el SIS y los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales, en un plazo que no será mayor a los dos (2) años contados desde la vigencia del presente Reglamento, deberán adecuar su organización interna y funcionamiento a los de una IAFA.

OCTAVA.- ADECUACION DE FONDOS PRIVADOS A IAFAS

Obtenido su registro, los Fondos Privados deberán adecuar su organización interna y funcionamiento a los de una IAFA, en un plazo no mayor de un (1) año.

NOVENA.- REGISTRO DE IAFAS PREEXISTENTES

Las IAFAS existentes a la vigencia del presente Reglamento, incluidos ESSALUD, el SIS y los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales, quedarán registradas como tales de pleno derecho y comprendidas en el ámbito de supervisión de la SUNASA, dentro del marco establecido en la Ley N° 29344 y el presente Reglamento. A partir de dicho registro, quedan comprendidas en el ámbito de supervisión de la SUNASA, sin perjuicio de las normas de implementación que ésta establezca.

DÉCIMA.- ACTUALIZACIÓN DE LA LISTA DE ACTIVIDADES DE RIESGO

Facúltese al Comité Técnico Implementador Nacional, responsable del proceso de Aseguramiento Universal en Salud (CTIN), a constituir en un plazo de treinta (30) días contados a partir de la vigencia del presente Reglamento, una Comisión Técnica para que en un plazo no mayor de seis (06) meses proponga la actualización del Listado de Actividades de Riesgo establecido en el Anexo 5 del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social, aprobado mediante DS 009-97-SA. El listado actualizado deberá ser aprobado por Decreto Supremo del MINSA.

DÉCIMA PRIMERA.- ESTÁNDARES DE DATOS EN SALUD

Los identificadores de estándares de datos en salud establecidos en el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, resultan aplicables a las disposiciones establecidas en el presente Reglamento.

DÉCIMA SEGUNDA.- PLAN ESTRATÉGICO DE DOTACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer el marco normativo para la planificación de la dotación, distribución, reclutamiento y selección, desarrollo de capacidades y mejora de las condiciones de trabajo de los recursos humanos en salud, en coordinación con los gobiernos regionales y otras instituciones públicas, en el marco de la implementación progresiva del Plan Esencial de Aseguramiento Universal de Salud, para cumplir las garantías explícitas de oportunidad y calidad de las prestaciones de salud de acuerdo a su nivel resolutivo.



V. Olivera A.



El MINSA deberá definir de manera concertada y articulada con las instancias nacionales y regionales del campo del trabajo y la educación en salud, el Plan Estratégico de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los recursos humanos en salud, en el marco de la implementación del Aseguramiento Universal, que permita que los gobiernos regionales prioricen la inversión para el financiamiento de este Plan, así como las IPRESS establezcan los requerimientos de dotación y desarrollo de capacidades de los equipos básicos de atención correspondiente.

DÉCIMA TERCERA.- LINEAMIENTOS DE GESTIÓN ASISTENCIAL

Las IPRESS de naturaleza pública ubicadas en las zonas seleccionadas como pilotos de aseguramiento universal en salud, deberán cumplir con los lineamientos de gestión asistencial aprobados por el MINSA mediante Resolución Ministerial, los mismos que contemplarán lo siguiente:

- a) Adecuada programación que permita la máxima oferta asistencial basada en la capacidad máxima instalada de recursos humanos y física conforme a las normas legales vigentes.
- b) Adecuada producción basada en las horas de programación asistencial y cumpliendo los ratios y estándares de producción asistencial nacionales e internacionales en los principales procesos asistenciales.
- c) Optimización de recursos (medicamentos, insumos, equipos, consultorios físicos, salas de operaciones), con la finalidad de disminuir o compensar la brecha oferta demanda asistencial y poder lograr mayor cobertura de atención.
- d) Lineamientos que permitan mejorar u optimizar la oportunidad y calidad de atención; y
- e) Ejercer el control en los procesos de programación y ejecución asistencial, así como el de validez prestacional.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA.- APROBACIÓN DEL REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LA SUNASA

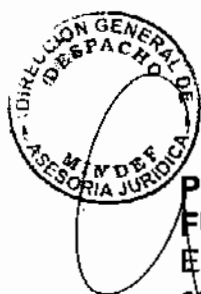
El MINSA aprobará el Reglamento de Organización y Funciones de la SUNASA en un plazo máximo de ciento veinte (120) días, contados a partir de la vigencia del presente Reglamento.

SEGUNDA.- PROCESO DE ADECUACION DE LA SUNASA

El proceso de adecuación de la SUNASA tendrá una duración de ciento ochenta (180) días contados a partir de la vigencia del presente Reglamento, a los efectos de su concordancia con los artículos 9º y 10º de la Ley N° 29344, al cabo de los cuales deberá iniciar sus actividades como SUNASA.

En tanto no concluya el proceso de adecuación seguirán vigentes los dispositivos actuales que tenga establecida la SEPS, en aquello que sea aplicable y que no se oponga al presente reglamento.

W. Olivera A



TERCERA.- CONTINUIDAD DE FUNCIONES, RÉGIMEN LABORAL DE LA SUNASA E IMPEDIMENTOS

La SUNASA asume el acervo documentario, bienes y personal de la SEPS. Durante el período de adecuación institucional, deberá adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la continuidad de sus actividades y el cumplimiento de las funciones que ya venía realizando con anterioridad a la vigencia de la presente norma.

Su personal se encontrará sujeto al régimen laboral de la actividad privada. Al personal que cese su vínculo en el período comprendido entre la vigencia de la presente norma y la culminación del período de adecuación, no le serán aplicables los impedimentos que se deriven de la asunción de las nuevas funciones que correspondan a la SUNASA como consecuencia de la Ley N° 29344 y la presente norma.

CUARTA.- DE LA ACREDITACION DE LAS IPREES

Las IPRESS, una vez obtenida la categorización, deberán iniciar, en un plazo máximo de tres (3) años, la acreditación de sus procesos. En el caso de las IPRESS que ya cuenten con categorización, dicho plazo máximo se computará una vez transcurridos los noventa (90) días de vigencia de la presente norma.

El proceso de acreditación, una vez iniciado, deberá culminar en un plazo no mayor a los tres (3) años.

QUINTA.- NORMAS TRANSITORIAS DE INFORMACION CONTABLE Y ADMINISTRATIVA

El proceso de separación contable y administrativa al que se refiere el artículo 21° del presente Reglamento, deberá culminar en un período no mayor a los dos (2) años contados a partir de la publicación del presente Reglamento.

SEXTA.- NORMAS APLICABLES EN LOS PROCESOS DE SANCIÓN

Los procesos sancionadores iniciados antes de la entrada en vigencia del presente Decreto Supremo se rigen por sus propias normas.

SÉTIMA.- GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NO REGISTRADOS

Serán aplicables de pleno derecho a los establecimientos no registrados, las garantías de oportunidad y calidad, sin perjuicio de las acciones administrativas y legales correspondientes. SUNASA deberá establecer las normas necesarias para procurar la incorporación en su registro, de todos los establecimientos que brindan servicios de aseguramiento en salud en el territorio nacional, así como adoptar las medidas correctivas, preventivas y sancionadoras a los que se mantengan renuentes a tal registro.

OCTAVA.- IMPLEMENTACIÓN DEL PEAS

Las IAFAS según corresponda deberán de ajustar su oferta de planes al PEAS y a planes complementarios, en un plazo de hasta doce (12) meses contados a partir de la promulgación del presente Reglamento. Para los contratos vigentes



N. Olivera A.

la migración será en forma paulatina a la renovación de los contratos de los planes, correspondiendo para ello un plazo no mayor a doce (12) meses de vencido el plazo indicado en la primera parte del presente párrafo.

NOVENA.- IDENTIFICACIÓN ESTÁNDAR DE DATOS EN SALUD

La identificación estándar de datos que utilizarán los agentes del Aseguramiento Universal en Salud, será la que establece el Decreto Supremo N° 024-2005-SA o norma que lo sustituya. En tanto se culmine el proceso de implementación de los catálogos, la SUNASA establecerá mecanismos alternativos temporales de estandarización de datos en salud para la recolección, transferencia y difusión de la información.

DÉCIMA.- DEL COMITÉ TÉCNICO DE COORDINACIÓN CENTRAL DE INVERSIONES

El MINSA conformará un Comité Técnico de Coordinación Central de Inversiones, conformado por tres representantes del MINSA, tres representantes de ESSALUD, un representante de la sanidad de la Fuerzas Armadas y un representante de las Fuerzas Policiales, los que se encargarán de coordinar y optimizar las inversiones y recursos de la oferta prestacional pública en las diferentes regiones, evitando duplicaciones o sub-utilizaciones.

El comité deberá instalarse dentro de los treinta (30) días de publicado el presente Reglamento.

DÉCIMA PRIMERA.- ESTUDIO TÉCNICO DEL CÁLCULO DEL CRÉDITO SOBRE LOS APORTES A ESSALUD

El Comité Técnico Implementador Nacional (CTIN), responsable del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, deberá designar en un plazo no mayor de treinta (30) días de publicado el presente Reglamento a sus representantes para desarrollar el estudio técnico del cálculo del crédito sobre los aportes para cubrir el PEAS en el sistema complementario de seguridad social en salud. Este estudio deberá culminarse en un plazo no mayor de once (11) meses.

Sobre la base de los resultados de este estudio, se propondrá la modificación de los porcentajes vigentes, siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 16° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y en el numeral c) del artículo 7° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

DÉCIMA SEGUNDA.- DEL TUPA DE LA SUNASA

Los procedimientos que establezca la SUNASA en virtud de la presente norma, serán oponibles a terceros, a partir de la incorporación en su Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA.

DÉCIMA TERCERA.- DEROGACIÓN Y SUSPENSIÓN

A partir de la vigencia de la presente norma, deróguense toda norma que se oponga al presente Decreto Supremo. Asimismo, suspéndase el Decreto Supremo N° 004-2007/SA, en las Regiones Piloto determinados por el MINSA o en aquellas en que progresivamente se determine la aplicación del AUS; salvo en aquellas prestaciones que a título personal se han otorgado de



W. Olivera A.



ANEXO TIPOLOGÍA DE INFRACCIONES

A. Infracciones Leves – Referidas al cumplimiento de obligaciones formales.

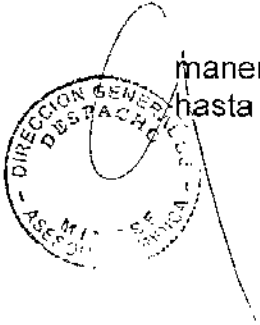
1. No informar a sus afiliados la interrupción del servicio que brinda en alguna de sus instalaciones, sucursales, o en las IPRESS que prestan servicios de salud.
2. Negar a un asegurado el acceso a la infraestructura de la EPS contemplada en el Plan de Salud.
3. Poner trabas al derecho del trabajador en la decisión de trasladarse para recibir cobertura integral por ESSALUD o de incorporarse a la cobertura del Plan de Salud, cuando corresponda.
4. Poner trabas a la incorporación al Plan de Salud de los nuevos trabajadores de la Entidad Empleadora.
5. No registrar de manera independiente a los reportes de afiliación regular, la siniestralidad correspondiente a la cobertura del SCTR y la que corresponde a planes complementarios.
6. No publicar en el Diario Oficial ni en otro de circulación nacional sus Estados Financieros, cuando corresponda o cuando SUNASA lo disponga.
7. No remitir la información en los plazos o periodicidad requeridos o según establece SUNASA.
8. Cumplir con la remisión de la información requerida o establecida en los plazos o periodicidad según dispuso la SUNASA, pero de manera defectuosa o incompleta.
9. No presentar a SUNASA, la información mínima o los contratos de prestación de servicios que celebren con las Entidades Empleadoras, en la forma y plazos exigidos.
10. Usar indebidamente información confidencial otorgada por las Entidades Empleadoras para efectos de la elección.
11. No ceñirse a la estructura y a las notas que constan en cualquiera de los formatos denominados "Plan de Salud", "Cotización de Plan de Salud", "Nota Técnica", aprobados por la SUNASA.
12. No suscribir o modificar, injustificadamente, las Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Salud sean las suscritas con las Entidades Empleadoras, afiliados, o las correspondientes al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
13. No cumplir con suscribir el documento denominado "Condiciones Particulares" para el caso de las coberturas complementarias o en exceso al PEAS que se contraten con las Entidades Empleadoras o afiliados según corresponda.
14. No entregar a los afiliados el Plan de Salud contratado o el formato de cotización en caso de afiliación a través del empleador.
15. Resolver unilateral e injustificadamente los contratos de prestación de servicios de salud que se hayan celebrado.
16. Presentar con posterioridad al plazo señalado por las Entidades Empleadoras, las propuestas de Planes de Salud, cotizaciones, condiciones generales o condiciones particulares.



N. Olivera A.



manera excepcional, las que formarán parte de la cobertura del asegurado hasta su total atención.



W. Olivera A.



17. No adjuntar a las propuestas presentadas en el marco de un proceso de elecciones, el folleto informativo o documento que haga sus veces según establece la SUNASA.
18. Ofertar condiciones generales o particulares que no cumplan las condiciones y formatos aprobados por SUNASA.
19. Sustituir o modificar las propuestas presentadas a las Entidades Empleadoras en el marco de un proceso de elección, con posterioridad a la fecha límite para su presentación.
20. No entregar a la Entidad Empleadora, con posterioridad a la suscripción del contrato que celebre con ella la EPS, copia del Plan de Salud, las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares del Contrato de Prestación de Servicios de salud y, de ser el caso, los folletos informativos u otros que SUNASA establezca.

B. Infracciones Graves – Asociadas a la prestación del servicio de salud

1. No reconocer como afiliado o beneficiario a quien tenga legítimo derecho.
2. No brindar a los afiliados las coberturas o prestaciones contenidas en los planes de salud contratados.
3. Excluir prestaciones de las condiciones asegurables del PEAS, según corresponda.
4. Infringir las disposiciones contenidas en los procedimientos de reclamos de usuarios.
5. No cumplir, injustificadamente, con las obligaciones asumidas en los contratos suscritos con las Entidades Empleadoras o los afiliados.
6. Ofertar en los Planes de Salud u otorgar, con cargo al crédito contra los aportes a ESSALUD, prestaciones que no contemplen los mismos beneficios para todos los trabajadores afiliados.
7. No otorgar a los afiliados, cuando corresponda, prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
8. Incluir en sus contratos cláusulas que contravengan los derechos de los asegurados definidos en la Ley y sus reglamentos.
9. Establecer, sin autorización del afiliado, copagos que excedan los límites establecidos en las normas legales.
10. Establecer copagos en casos prohibidos por las normas legales o cobrarlos en exceso a lo pactado.
11. Negar o poner trabas a la atención a un afiliado, incluso durante el periodo de latencia.
12. Negarse a atender a un paciente cuya referencia no fue tramitada, tramitada incorrectamente o no aceptada por ESSALUD.
13. Negarse a otorgar prestaciones en caso de emergencia, accidente u otras situaciones que no permitan llevar a cabo la referencia a ESSALUD.
14. Proporcionar a la SUNASA o a los afiliados, información que no corresponda a la realidad o que transgreda al derecho de la información veraz y oportuna.
15. Proporcionar información incompleta o que pueda inducir a error o confusión al momento de elegir o contratar el Plan de Salud.
16. No presentar o presentar en forma parcial una propuesta de Plan de Salud, cotización, condiciones generales y particulares durante el proceso de elección convocado por una Entidad Empleadora.



M. Olvera A.

17. Retirarse injustificadamente de un proceso de elección al cual ha sido invitado.
18. Negarse a la suscripción del contrato con la Entidad Empleadora a pesar de haberse procedido conforme a las disposiciones establecidas para estos efectos.
19. Reducir, al momento de la suscripción del contrato, las coberturas ofertadas en el proceso de elecciones.
20. No admitir la afiliación de aquellos que la soliciten.
21. Realizar afiliaciones sobrepasando la capacidad máxima de afiliación autorizada por SUNASA.
22. Realizar afiliaciones en un ámbito geográfico no autorizado por SUNASA.
23. Cobrar o pagar gastos de intermediación o de corredores del Aseguramiento en Salud, en casos no permitidos por las normas vigentes.
24. Operar con infraestructura no registrada en SUNASA, salvo casos excepcionales autorizados por ésta o casos de emergencia debidamente acreditados y comunicados a la misma.
25. No actualizar el capital mínimo, según lo dispuesto por SUNASA.
26. No contabilizar sus operaciones de acuerdo al Plan de Cuentas de las EPS.
27. No mantener las Reservas Técnicas, o estimarlas incorrectamente con riesgos de subestimación, según lo disponga SUNASA.
28. No mantener el Margen de Solvencia y otras condiciones sobre capital mínimo, solvencia o seguridad patrimonial y financiera de acuerdo a lo establecido por SUNASA.
29. Incorporar accionistas o directivos prohibidos de serlo.
30. Usar el capital pagado durante el proceso de organización en fines diferentes al establecido en la normativa vigente.
31. Reajustar el monto de las sumas a cobrar, en virtud a causales que no consten en las disposiciones emitidas por SUNASA o establecidas en los contratos al inicio de su vigencia, sin contar con la aceptación expresa de aquel que asumirá el pago.
32. No proporcionar a las Entidades Empleadoras la información referida a la siniestralidad producida durante el otorgamiento de las prestaciones contenidas en el Plan de Salud contratado en los plazos que corresponden, o proporcionar información que no se ajusta a la realidad.
33. No asumir la responsabilidad de manera directa en la referencia del asegurado a ESSALUD o a una IPRESS de mayor capacidad resolutive.
34. Reincidir en la comisión de una misma infracción contemplada en el presente Anexo, a criterio de SUNASA.

C. Infracciones Muy Graves - Asociadas al cumplimiento de sanciones y de medidas correctivas de aplicación necesaria.

1. No cumplir oportunamente con las sanciones que imponga la SUNASA o poner cualquier tipo de traba para su adecuado cumplimiento.
2. Negarse, resistirse, obstruir, impedir u obstaculizar la realización de auditorías o inspecciones o cualquier otra acción de supervisión de SUNASA.
3. No implementar las medidas correctivas de aplicación necesarias, a satisfacción de SUNASA.
4. Reincidir en la comisión de una misma infracción.



W. Olivera A

