

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 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 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.

Afiliados Dependientes: Toda persona que laboralmente se encuentre bajo relación de dependencia o se califique como asalariado. Corresponde al Régimen de financiamiento contributivo y semicontributivo y es una modalidad nominativa de dichos afiliados.

Afiliados Independientes: Personas que no cuentan con un puesto de trabajo en relación de dependencia. De acuerdo con el numeral 1 del Artículo 5º de la Ley 29344, su afiliación es obligatoria, por lo que adquieren la condición de afiliado contributivo en el caso de los residentes no calificados como pobres enfrentan un aporte, cotización o contribución. Incluye a los antes denominados afiliados potestativos al amparo de la Ley 26790. En el caso de los residentes en situación de extrema pobreza los aportes correrán por cuenta del SIS por lo que adquieren la condición de afiliado al régimen subsidiado.

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 SUSALUD, en lo que corresponde a los riesgos de salud.

Asociación Fondo Contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT): 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. (Ley 28839 y Reglamento Decreto Supremo N° 040-2007-MTC - SOAT)

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 SUSALUD.

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

Capa Simple: Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el ANEXO 1 del D.S. 009-97-SA. Pueden ser prestadas por el ESSALUD Salud o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud. Para efectos de la presente norma, se presenta una conversión y sustitución de la cobertura consideradas como Capa Simple a las condiciones asegurables del PEAS.

Capa Compleja: Al conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el ANEXO 1 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. Son de cargo de ESSALUD. Para efectos del presente reglamento, se presenta una sustitución de la cobertura definida como Capa Compleja denominándose como Planes Complementarios o “en exceso a la cobertura del PEAS”.

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

Copago (coaseguro, costo-compartido 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 - PEAS.

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 SUSALUD. Esta determinación dentro del objeto social de la persona jurídica es compatible con la prestación de servicios de salud.

ESSALUD: Entidad administradora del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, conforme a su ley de creación, Ley N° 27056.

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 26790 y otros con arreglo a ley, sujetándose a los controles de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

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.

Exclusiones del Seguro Social de Salud: al conjunto de intervenciones de salud no cubiertas por el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, administrado por ESSALUD. No necesariamente tiene coincidencia con las exclusiones del PEAS.

Gasto Catastrófico en Salud: Gasto inusualmente alto destinado a atender un suceso infausto que altera gravemente el orden regular de la salud. Se estima que el gasto es catastrófico cuando es igual o mayor al 40% de la capacidad de pago de una persona o supera el 50% del ingreso efectivo familiar mensual.

Infraestructura Propia: Establecimientos de salud que se encuentren bajo control directo y exclusivo de una IAFAS, cualquiera que fuere el título legal bajo el cual se hubiere adquirido tales derechos.

Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud: Toda institución, pública, privada o mixta, creada o por crearse como persona jurídica, dedicada a ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados mediante la captación y administración de fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud, de acuerdo con el artículo 7° de la Ley 29344.

Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Especializadas: Las entidades de medicina prepagada que prestan servicios de salud especializados en determinadas áreas de la medicina únicamente.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Establecimientos de salud públicos, privados y mixtos que brindan servicios de salud al AUS.

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.

Microempresa: Empresa de uno (1) hasta diez (10) trabajadores inclusive y ventas anuales hasta el monto máximo de 150 Unidades Impositivas Tributarias (UIT).

Órgano Rector: El Ministerio de Salud que tiene la responsabilidad de establecer las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud.

Pequeña Empresa: Empresa de uno (1) hasta cien (100) trabajadores inclusive; y, cuyas ventas anuales hasta un monto máximo de 1,700 Unidades Impositivas Tributarias.

Plan Mínimo de Atención: Al conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud. El Plan Mínimo de Atención definido en la Ley 26790 adquiere el nivel de las condiciones asegurables del PEAS.

Prevención y Promoción de la Salud: Las actividades o intervenciones orientadas a la prevención de enfermedades y a la promoción de estilos de vida saludables.

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.

Régimen de Financiamiento: Modalidades de financiamiento para el aseguramiento universal en salud, contiene a los regímenes Subsidiado, Semicontributivo y Contributivo.

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.

Seguro Integral de Salud: La Institución Administradora de los fondos para el financiamiento del Régimen Subsidiado, asumiendo un componente semicontributivo en casos determinados por norma expresa.

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.

Exclusiones del Seguro Social de Salud: al conjunto de intervenciones de salud no cubiertas por el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, administrado por ESSALUD. No necesariamente tiene coincidencia con las exclusiones del PEAS.

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
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

IPRES	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
SUSALUD	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
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SPNP	Sanidad de la Policía Nacional del Perú
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

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 IAFA los usuarios tendrán libre elección, como derecho del asegurado, para adscribirse a sus respectivas redes, diferenciadas únicamente por precios, externalidades y extensión geográfica.

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 de riesgos.

Artículo 5º.- DE LA UNIVERSALIDAD

La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú y demás documentos y convenios suscritos por el Estado peruano, leyes y demás normas de menor jerarquía; por ello, el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

Artículo 6º.- EXPANSIÓN GRADUAL DEL AUS

La universalización del aseguramiento en salud será gradual y progresiva en el territorio nacional, en lo referido a la extensión de la cobertura contenida en el PEAS y a la extensión geográfica de aplicación.

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. Le corresponde definir de manera participativa, las normas y políticas nacionales del aseguramiento universal en salud, desarrollando la siguiente competencia:

- a. Establecer las políticas y normas para la promoción, implementación y el fortalecimiento del AUS.
- b. Aprobar normas regulatorias de sujeción obligatoria por 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.

- c. Conducir y promover la articulación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud según lo previsto en el Artículo N° 22 de la Ley 29344.
- d. Conducir y promover la articulación con las instancias gubernamentales de nivel nacional, regional y local, instituciones del sector de aseguramiento público, privado o mixto, entidades representativas de la sociedad civil y demás entidades que permitan la implementación progresiva del proceso de aseguramiento universal en salud.
- e. Integrar 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.
- f. Determinación de los indicadores de gestión que deberán observar los agentes intervinientes en los regímenes contributivo subsidiado y semicontributivo.
- g. Desarrollar e implementar mecanismos que permitan armonizar la provisión de servicios de salud de manera de alcanzar el cumplimiento de los principios y características señalados en los Artículos 4° y 5° de la Ley.
- h. Garantizar el derecho progresivo del aseguramiento en salud a toda la población residente en el país.

Artículo 8°.- DEL NIVEL REGIONAL

Corresponde a los gobiernos regionales liderar el desarrollo del proceso de aseguramiento en su región, 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 específicas 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. Formular y ejecutar el plan de desarrollo regional concertado incluyendo iniciativas del proceso de aseguramiento universal en salud.
- c. Coordinar con los gobiernos municipales, instancias públicas y privadas de su jurisdicción y la sociedad civil organizada, 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 órgano rector y a la ciudadanía de los avances del proceso de AUS.
- e. Implementar las acciones correctivas dispuestas por SUSALUD en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 9º.- PARTICIPACION Y VIGILANCIA CIUDADANA

El MINSA establecerá los espacios y mecanismos de participación y vigilancia ciudadana en el marco del aseguramiento universal en salud, con miras a contribuir a la defensa de los derechos de la población, con especial atención al cumplimiento de los principios legalmente establecidos, en un contexto descentralizado y desconcentrado, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a SUSALUD.

Capítulo II

DE LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 10º.- OBJETO

Las 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 prestaciones de salud y la cobertura de riesgos de salud de los asegurados bajo el AUS. Para su constitución están obligadas a solicitar su autorización de organización y funcionamiento, así como su registro ante SUSALUD. 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 de riesgos 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 grupos de población no cubiertos 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 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 SUSALUD 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 procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- h. Asumir responsabilidad frente a los usuarios por las prestaciones de salud que oferta en los planes de salud a través de infraestructura propia o de terceros, sin perjuicio del derecho de repetición a que hubiere lugar.

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 la IAFAS un ejemplar del plan a 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, cuestionarios.
- e. 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.
- f. La prima, contribución, cotización, aporte o precio a pagar, cuando corresponda, por el seguro contratado y su forma de pago.
- g. Las demás que determine el Ministerio de Salud y SUSALUD

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 SUSALUD determinará los criterios y montos del capital

referido, expresado en porcentaje referido a la UIT, empleando para tal fin los criterios actualmente vigentes establecidos por SUSALUD.

La IAFAS deberá solicitar a la SUSALUD mediante un representante, se le otorgue Autorización de Organización.

El representante presentará como mínimo:

- a. Copia simple del proyecto de Escritura de Constitución.
- b. Copia simple de Escritura de Otorgamiento de Poderes de los representantes legales.
- c. Copia simple del documento de identidad de los representantes legales.
- d. Copia de la acreditación en el RUC emitida por la SUNAT
- e. Estudio de Factibilidad Económico – Financiero
- f. Los demás requisitos que determine SUSALUD

De tratarse de una Persona Jurídica Extranjera que cuente con documentación en idioma diferente al español, deberá presentar la misma documentación de Persona Jurídica, con traducción certificada al español, excepto los siguientes documentos:

- a. Copia de proyecto de Escritura de Constitución
- b. Copia de la acreditación en el RUC emitida por la SUNAT

De tratarse de una entidad pública, deberá presentarse como mínimo:

- a. Oficio dirigido a SUSALUD solicitando la Autorización de organización, suscrito por la autoridad máxima de la Entidad Pública, en el que se sustente:
 - Finalidad de actuar como IAFAS,
 - Capacidad administrativa y presupuestaria
 - Capacidad operativa que garantice la eficiente administración de los fondos.
 - Compatibilidad de las operaciones con el objeto de creación de la entidad pública aprobado por Resolución de la máxima autoridad de la entidad.
 - Estudio de Factibilidad Económico – Financiero

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 SUSALUD por un monto equivalente al 5% del capital mínimo actualizado que esta 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 SUSALUD establecer el arancel o derechos correspondientes para su inscripción y solicitar toda información que de manera previa y general se requiera.

SUSALUD definirá por norma el proceso de otorgamiento de la Autorización de Organización.

Artículo 13°.- AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

Los organizadores de las IAFAS deberán de solicitar a la SUSALUD 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. Manual de Organización y Funciones.
- 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 de estar enmarcados en la legislación vigente.
- g. Certificado que acredite el pago del capital social mínimo definido por la SUNASA.
- h. Los demás requisitos que determine SUSALUD

Están exceptuadas de este trámite la IAFAS públicas creadas por Ley-

Artículo 14°.- SOLVENCIA

Las IAFAS mantendrán los márgenes de solvencia y los niveles de otros indicadores de terminados por SUSALUD para garantizar la solidez patrimonial y el equilibrio financiero, de sus operaciones en el corto y mediano plazo.

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 se requerirá que tramiten ante SUSALUD 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 SUSALUD bajo las condiciones que esta 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 períodos a ser establecidos por SUSALUD, u otros que esta determine, cuando corresponda.

Artículo 17°.- ACCESO DE LOS ASEGURADOS

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 la IAFAS podrá negar a un asegurado el acceso a la infraestructura contemplada en el Plan de Salud elegido.

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 garantice 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 SUSALUD.

Artículo 18°: CAMPO DE ACCIÓN DE LAS IAFAS

Para garantizar la prestación del 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 Instituciones Prestadoras de Salud, 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 SUSALUD.

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 establecimientos de salud registrados en SUSALUD de acuerdo a las normas que esta establezca.

Artículo 20°.- INFRAESTRUCTURA PROPIA

Se entiende por infraestructura propia aquella que se encuentre bajo control directo y exclusivo de una IAFA, 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 21º: 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 deberán organizarse de manera tal que exista una clara separación contable y administrativa de las actividades de aseguramiento y financiamiento de las actividades de prestación. Se mantienen contabilidades separadas según se trate de IAFAS o IPRESS, sometidas al control de la SUSALUD.

En todos los casos de integración vertical a que se refiere el presente artículo, en la contratación de los servicios de salud ofertados, las IAFAS deberán observar las normas sobre precios de transferencia establecidas por la regulación tributaria.

En el caso de la Sanidad de las FFAA y PNP, y ESSALUD, tal separación se establecerá en forma progresiva en los términos que establezca SUSALUD.

Artículo 22º.- ELIMINACION DE SUBSIDIOS CRUZADOS

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

Capítulo III

DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 23º: NATURALEZA

La prestación de servicios en el ámbito del AUS se desarrolla a través de las IPRESS, sean estas públicas, privadas o mixtas. En el caso de éstas dos últimas, gozan de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Artículo 24°: OBJETO

Las IPRESS son Instituciones 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 solicitar su registro ante la SUSALUD.

Asimismo, la SUSALUD deberá supervisar a las IPRESS, contando para ello con las facultades sancionadoras que la Ley 29344 le confiere, sin perjuicio de la fiscalización o vigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el 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 el MINSA o las instancias Regionales de Salud, así como el registro correspondiente ante SUSALUD.

Artículo 25°: FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Son funciones de las IPRESS brindar los servicios en su nivel de atención correspondiente 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 eficiencia. Gozan de autonomía administrativa, técnica 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 tendrán plena libertad para vender servicios a todas las IAFAS e intercambiar servicios entre sí.

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

Artículo 26°: CALIDAD Y OPORTUNIDAD

Las IPRESS se encuentran obligadas a cumplir con las garantías 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 de acreditación vigentes.

Artículo 27°: DE LOS PAGOS A CUENTA

Los afiliados del aseguramiento universal en salud podrán estar sujetos a pagos compartidos, copagos y deducibles, con el objetivo de racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar el financiamiento del PEAS. Las IPRESS son responsables de realizar tales cobros.

Artículo 28°: ATENCIÓN A LOS USUARIOS

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

Artículo 29°: DE LAS PRIORIDADES DE DOTACIÓN DE LA RED PRESTACIONAL

Los gobiernos regionales 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 centros, puestos de salud y establecimientos de mayor nivel de complejidad, de forma tal que se fortalezca la dotación básica de equipo y de personal que defina el MINSA.

Los requerimientos de dotación que tendrán las IPRESS de cualquier nivel o redes de atención, serán establecidos por el MINSA o por el Gobierno regional de la jurisdicción, el mismo que ejercerá el control técnico sobre la dotación de tales instituciones, directamente o a través de una autoridad delegada.

Artículo 30°: DE LOS DERECHOS E INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

Las IPRESS garantizarán un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios. SUSALUD determinará normas de calidad y satisfacción de usuarios, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas 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 la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Asimismo, 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.
- b. Trato respetuoso y digno por parte de todo el personal de la IPRESS.
- c. La información debe ser confidencial y los servicios con respecto a la privacidad.
- d. Brindar seguridad para el asegurado, sus acompañantes y sus pertenencias durante el servicio al que acuda.
- e. El asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de las personas que le presten el servicio.
- f. La información sobre el padecimiento, diagnóstico, tratamiento y alternativas de curación.
- g. El paciente tendrá derecho a estar comunicado, en todo momento, con sus familiares.
- h. Disponer del consentimiento del paciente o familiar para cualquier acción terapéutica.

Título III

DE LA SUPERVISIÓN DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Capítulo I

DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 31º.- NATURALEZA DE LA SUPERINTENDENCIA

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUSALUD) 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 Superintendencia 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 Ministerio de Salud

Artículo 32º.- Ámbito de Competencia de la Superintendencia

- a. La Superintendencia 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 Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado.
- b. También ejerce competencia en materia de supervisión de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones de salud.

Artículo 33º.- Funciones Generales de la Superintendencia.

La Superintendencia cuenta con las funciones generales siguientes:

- a. Función de registro. Esta función comprende la facultad de registrar, renovar y cancelar la inscripción de las actividades y/o agentes vinculados al aseguramiento universal en salud, cuya inscripción se establezca por el ordenamiento jurídico.
- 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 libremente a las entidades supervisadas y exigir 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 y en el Reglamento de Organización y Funciones.

Artículo 34º.- Funciones Específicas de la Superintendencia

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 por tanto en la Ley como los definidos por el MINSA.
- d. Velar por el uso y destino eficiente de los fondos administrados por las IAFAS, incluyendo la supervisión de los fondos administrados por el FISSAL.
- e. Vigilar los procesos asociados al acceso 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.
- g. Regular sobre la solvencia, patrimonio mínimo, obligaciones técnicas, intangibilidad de fondos, oportunidad de pago y presentación de estados financieros de las IAFAS.
- 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 correspondan, 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. Supervisar el cumplimiento de los compromisos del aseguramiento en salud.

Con respecto a las IPRESS

- a. Registrar, renovar y cancelar la inscripción de las IPRESS, estableciendo los requisitos, normas y procedimientos para tales efectos.
- b. Supervisar 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 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 35°.- Recolección, transferencia y difusión de Información.

SUSALUD es responsable de mantener información de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud para su difusión y presentación al Ministerio de Salud y otras instancias competentes.

SUSALUD está facultada para reunir información relativa a las actividades y agentes vinculados al 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, SUSALUD establecerá mecanismos para intercambiar e interrelacionar información con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradores 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 SUSALUD deben brindar a los funcionarios autorizados toda la información y facilidades que éstos soliciten, lo que incluye el

acceso a archivos y documentos, así como facilitar el ejercicio de todas las funciones de SUSALUD.

SUSALUD 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 36°.- Órgano Máximo de la Superintendencia.

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

Artículo 37°.- 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.

Artículo 38°.- 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 39°.- 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.
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 SUSALUD; y,

Acreditar por lo menos estudios completos de postgrado en materias relacionadas a las actividades y funciones de la Superintendencia.

Artículo 40°.- De la vacancia de los miembros del Consejo Directivo.

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

- a. Fallecimiento;
- b. Incapacidad permanente;
- c. Renuncia aceptada;
- d. Impedimento legal sobreviniente a la designación;
- e. Remoción por falta grave, conforme a la ley de la materia; y,
- f. Inasistencia injustificada a tres (3) sesiones consecutivas o cinco (5) no consecutivas del Consejo Directivo, en el período 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 41°.- 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, patrimonio o conducción de IAFAS, IPRESS, u otra entidad bajo el ámbito de supervisión de la Superintendencia o vinculación directa con empresa o entidad que celebre contratos como proveedor excepto que se trate de entidades del Estado.
2. Prestar servicios personales de naturaleza civil, mercantil o laboral, para IAFAS, IPRESS u otra entidad bajo el ámbito de supervisión de la Superintendencia, bajo cualquier modalidad contractual; con excepción de los servicios que se prestan en calidad de trabajadores en puestos que no son de confianza o de dirección y quienes tengan sólo la calidad de usuarios. No están comprendidos las prestaciones personales de servicios efectuadas para las entidades públicas, conforme a la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público.

3. Los que tenga sanción disciplinaria por el Comité de Ética del Colegio Profesional correspondiente.
4. Los que hayan sido sancionados con resolución administrativa firme, en su calidad de trabajador público, con sanción de despido o destitución, aparejada de inhabilitación administrativa.
5. Los 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 Superintendencia.
6. 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.
7. Quien haya sido condenado por algún delito que merezca pena privativa de la libertad, hasta el cumplimiento de la condena.
8. Las demás prohibiciones establecidas por norma expresa.

Las prohibiciones establecidas en los incisos a) y b) para el acceso a ser miembro del Consejo Directivo, son igualmente incompatibilidades en ejercicio de la función, y restringen la libertad de trabajo y de contratar del consejero hasta un año de producida la vacancia; sin perjuicio de las incompatibilidades, sanciones y penalidades establecidas en la Ley N° 27588.

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

Artículo 42°.- 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 43°.- 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 44°.- De la remoción del miembro del Consejo Directivo por falta grave.

Los miembros del Consejo Directivo de la Superintendencia 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 del Ministro del Sector que lo designó.

En el caso de remoción, el Ministro informará, dentro de los diez (10) días útiles, a la Comisión Permanente del Congreso de la República las razones que motivaron dicha decisión.

Artículo 45°.- De la aceptación de la renuncia del miembro del Consejo Directivo.

Las renunciaciones de los miembros del Consejo Directivo de la Superintendencia se formulan por escrito ante el respectivo Consejo Directivo con anticipación a la fecha de la próxima sesión programada del Consejo Directivo. El Consejo Directivo deberá correr traslado de la renuncia presentada por el miembro del Consejo Directivo 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 presentación de su renuncia.

Artículo 46°.- 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 podrán ser no 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.

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

La asistencia no presencial de uno o más miembros del Directorio, será considerada como asistencia plena para todos los efectos.

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.
- c. Expedir resoluciones 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. Delegar en el Superintendente las atribuciones que no le sean privativas.
- h. 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 Superintendencia.

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. Representar a la Superintendencia ante autoridades públicas, instituciones nacionales o del exterior, y Consejo Directivos de empresas.
- b. Convocar y presidir las sesiones del Consejo Directivo y determinar los asuntos a ser incorporados en la Agenda.
- c. Supervisar la correcta ejecución de los acuerdos del Consejo Directivo.
- d. 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 Superintendencia.
- e. Aprobar el Plan Operativo, el Plan de Acción y demás planes que requiera la Superintendencia.
- f. Aprobar la política de administración, personal, finanzas, imagen y relaciones institucionales en concordancia con las políticas generales que establezca el Consejo Directivo.
- g. Aprobar la adquisición de bienes y contratación de servicios con cargo al Presupuesto Institucional.
- h. Aprobar el Presupuesto Institucional, el balance general y los estados financieros.
- i. En el caso que no sea posible reunir al Consejo Directivo para sesionar válidamente, adoptar medidas de emergencia sobre asuntos que corresponda conocer al Consejo Directivo, dando a conocer de la adopción de dichas medidas en la sesión más próxima del Consejo Directivo.
- j. 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 52°.- DEL INTENDENTE GENERAL

El Intendente General es el funcionario que ocupa el más alto cargo administrativo, es designado por el Superintendente y le competen las funciones que se desarrollan en el Reglamento de Organización y Funciones de SUSALUD, debiendo ser un profesional de primer nivel con estudios adicionales y experiencias en áreas de salud o seguridad social.

Artículo 53º.- 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 Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia establecerá las disposiciones para su administración y funcionamiento.

El sometimiento de las controversias que surjan entre los afiliados al AUS y las IPRESS o IAFAS, según corresponda, o entre IAFAS o IPRESS, o entre IAFAS E IPRESS, será resuelta mediante arbitraje de derecho. En el caso de conflictos donde intervenga un afiliado, el sometimiento a la jurisdicción arbitral será de carácter obligatorio para las entidades mencionadas y voluntario para los afiliados. El Centro Arbitral será el propuesto por el afiliado, salvo oposición de la IAFA. En caso de no llegarse a un acuerdo respecto del centro arbitral a utilizar, éste será el designado por SUSALUD.

- b. **Órgano Consultivo:** Conformado por un representante del SIS, un representante de EsSALUD, un representante de las IAFAS del sector privado y un representante de las IPRESS del sector privado, un representante de las FFAA y uno de la PNP. Tiene voz en relación a la emisión de normas regulatorias a ser expedidas por la SUSALUD.
- c. **Plataforma de atención de quejas y reclamo:** SUSALUD implementará el sistema de recepción y atención de quejas de los usuarios, así como el régimen de respuestas, medidas correctivas y sanciones correspondiente.
- d. **Del Consejo de Usuarios (Afiliados).** La Superintendencia contará con uno o más Consejos de Usuarios que serán órganos consultivos externos responsables 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 los Consejos de Usuarios, garantizando el Principio Participativo, contenido en el numeral 7 del artículo 4º de la Ley Marco.

Artículo 54º.- NORMAS DE GESTION:

Sobre la base de lo establecido en el Estatuto y en su Reglamento de Organización y Funciones, SUSALUD aprobará a través de su CONSEJO DIRECTIVO, las demás normas de gestión que estime necesarias para su eficiente operatividad.

Artículo 55º.- DE LA SBS Y SUSALUD

Para el caso de las Compañías de Seguros Privados que ofertan cobertura de asistencia médica, SOAT, accidentes personales, SCTR 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 SUSALUD alcanza 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.

En virtud del marco legal que rige las actividades y facultades de la SBS, constituido por el Artículo 87º de la Constitución Política del Estado, la Ley N° 26702, sus normas modificatorias y reglamentarias, las disposiciones del presente reglamento, así como el marco legal que rige las actividades de SUSALUD, la SBS delega a SUSALUD la regulación y supervisión de los aspectos técnicos y operativos asociados a la cobertura y prestación de servicios de salud, así como de la oportunidad de pago de las Compañías de Seguros que actúan como IAFAS, manteniendo para sí todas aquellas adicionales contenidas en la Ley 26702 y demás dispositivos aplicables.

Capítulo II

DEL REGIMEN DE SANCIONES APLICABLE A LOS AGENTES PUBLICOS Y PRIVADOS

Artículo 56º.- POTESTAD SANCIONADORA

La potestad para imponer sanciones a los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en Salud, compete de modo exclusivo a SUSALUD, 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, resultarán aplicables de modo supletorio, las disposiciones contempladas en los artículos 229º al 237º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Artículo 57º.- FINALIDAD DE LA ACTIVIDAD SANCIONADORA

El régimen de sanciones a cargo de SUSALUD tiene como fin promover el cumplimiento de los objetivos de la Ley, 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:

- a. Proceso de prestación de servicios de salud;
- 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 Superintendencia; y,
- e. Otras obligaciones que establezca la Superintendencia en sus normas específicas.

También se considera infracción a las acciones u omisiones que contravengan las obligaciones contenidas en las normas de derecho común, siempre que importen amenaza o violación a los derechos de los asegurados o la continuidad de los servicios de salud, siempre que se encuentren debidamente tipificadas.

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 sanciones aplicables a los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud se hará en forma progresiva de acuerdo a su adecuación al mencionado régimen, iniciándose con el régimen de sanciones de las EPS, cuya tipificación se halla comprendida en el ANEXO del presente Reglamento. La tipificación de infracciones y establecimiento de sanciones de los demás agentes vinculados al Sistema de Aseguramiento Universal en Salud se efectuará mediante Resolución de Consejo Directivo de SUSALUD, a través del proceso de incorporación de nuevos ANEXOs al texto del presente Reglamento. Tanto el ANEXO del presente reglamento como los ANEXOs que se incorporen progresivamente bajo la modalidad indicada, podrán ser modificados mediante Resolución de Consejo Directivo SUSALUD.

En un lapso no mayor de tres años contados a partir de la vigencia del presente Reglamento, de conformidad con el cronograma que para tales efectos apruebe SUSALUD, deberá culminarse la incorporación en el régimen de sanciones de todos los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud y la tipificación de las conductas sancionables.

Artículo 60°.- OBJETIVIDAD DE LA SANCIÓN

Las infracciones se determinan en forma objetiva, en función al daño efectivamente irrogado a los agentes, usuarios o al sistema en su conjunto. El cumplimiento de la sanción por el infractor no convalida la situación irregular. En consecuencia, el infractor debe cesar de inmediato las acciones u omisiones que dieron lugar a la imposición de la sanción.

Artículo 61°.- DE LAS MODALIDADES DE INFRACCIONES Y SANCIONES

Las infracciones en las que incurran los agentes vinculados al aseguramiento universal en salud se clasifican en:

- a. Infracciones leves;
- b. Infracciones graves; e
- c. Infracciones muy graves.

Artículo 62°.- RESPONSABILIDAD DE LOS AGENTES

Son imputables a los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud las infracciones en las que incurran las Personas Naturales que actúen a través de ellos. Igualmente, en el caso de integración vertical, son imputables a dichos agentes, las infracciones en las que incurran los establecimientos de salud a través de los cuales prestan servicios a sus usuarios.

Artículo 63°.- TIPOS DE SANCION

SUSALUD, de acuerdo a la gravedad de la infracción cometida, puede imponer a los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud los siguientes tipos de sanción:

- a. Amonestación escrita;
- b. Multa hasta un monto máximo de 100 UIT;
- c. Suspensión de la Autorización de Funcionamiento por un plazo máximo de 6 meses; y
- d. Revocación de la Autorización de Funcionamiento.

Artículo 64°.- SUSPENSIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

La suspensión de la Autorización de Funcionamiento de una IAFA o IPRESS acarrea la pérdida temporal del derecho a participar, por sí misma o por medio de representantes, en la prestación de planes del PEAS, Planes Complementarios, Específicos o Especializados, lo cual incluye la prohibición de llevar a cabo cualquier acto que, a criterio de SUSALUD, sea de naturaleza conexas o vinculada.

Igualmente, la suspensión de la Autorización de Funcionamiento de una IAFA o IPRES acarrea la pérdida temporal del derecho para efectuar, por sí misma o por medio de representantes, la afiliación de asegurados dependientes o independientes, lo cual incluye la prohibición de llevar a cabo cualquier acto que, a criterio de SUSALUD, sea de naturaleza preliminar al proceso de afiliación.

La suspensión de la Autorización de Funcionamiento impide a las IAFAS e IPRESS celebrar nuevos contratos con entidades vinculadas a los Planes de Salud que ofrecen, ampliar su capacidad de afiliación y ampliar el ámbito geográfico de sus operaciones.

La suspensión de la Autorización de Funcionamiento en ningún caso liberará a las IAFAS e IPRESS del cumplimiento de las obligaciones asumidas con anterioridad en los contratos en ejecución celebrados con los afiliados al Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 65°.- CRITERIOS PARA SANCIONAR

Para efectos de la determinación de una sanción, SUSALUD 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 afectación al interés público;
7. 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.

SUSALUD establecerá mediante Resolución de Superintendencia, los criterios específicos con miras a determinar la metodología de cálculo de la sanción imponible.

Artículo 66°.- DE LA REITERANCIA

Se configura reiterancia de infracciones cuando un agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en salud comete otras infracciones dentro del plazo de un año computado desde la fecha de la comisión de su última infracción sancionada y siempre que la Resolución que la impuso haya quedado firme.

Se configura reincidencia de infracciones cuando un agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en salud comete la misma infracción dentro del plazo de un año computado desde la fecha de la comisión de la primera infracción y siempre que la Resolución que impuso sanción haya causado estado.

Artículo 67°.- PROCESO INVESTIGATORIO A AGENTES PUBLICOS

En el caso de los agentes públicos vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud, mediante Decreto Supremo podrá establecerse un régimen especial que privilegie la aplicación de sanciones pecuniarias y administrativas sobre los funcionarios, respecto de las sanciones a tales agentes públicos. Dicha norma deberá establecer asimismo las características y duración de dicho régimen especial.

Artículo 68°.- CUMPLIMIENTO DE LAS SANCIONES IMPUESTAS

La máxima autoridad de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud será responsable del cumplimiento de las sanciones impuestas por SUSALUD. La renuencia o negativa de dichos agentes al cumplimiento de la sanción impuesta, dará lugar al inicio de las acciones coercitivas correspondientes.

Artículo 69°.- INDEPENDENCIA DE SANCIONES

Las sanciones que se detallan en el presente Reglamento se aplican sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que los hechos que la motivan pudieran ocasionar.

Artículo 70°.- DEVOLUCION DE COBROS INDEBIDOS

SUSALUD dispondrá la devolución de los montos indebidamente cobrados a los asegurados, incluyendo los intereses de ley, sin perjuicio de los procesos judiciales a que hubiere lugar. Para tal efecto, la Resolución de primera instancia deberá precisar la forma y plazos para la devolución de tales sumas.

Artículo 71°.- RESOLUCIONES INTERPRETATIVAS

Las resoluciones de SUSALUD que interpreten de modo expreso y con carácter general el sentido del aseguramiento universal en salud, constituirán precedentes administrativos de observancia obligatoria para los órganos de SUSALUD, mientras dicha interpretación no sea modificada conforme a lo establecido en la Ley del Procedimiento Administrativo General.

La Resolución interpretativa de SUSALUD, 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 72°.- DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

Las sanciones administrativas que se impongan al administrado son compatibles con la exigencia de la reposición de la situación alterada por el mismo, a su estado anterior, así como con la indemnización por los daños y perjuicios ocasionados.

Cuando el cumplimiento de las obligaciones previstas en una disposición legal corresponda a varias personas conjuntamente, responderán en forma solidaria de las infracciones que, en su caso, se cometan, y de las sanciones que se impongan, hecho que deberá precisarse en la resolución que impone la sanción.

Artículo 73°.- PRESCRIPCIÓN

La facultad de la autoridad para determinar la existencia de infracciones administrativas por SUSALUD prescribe en el plazo de cinco años computados a partir de la fecha en que se cometió la infracción o desde que cesó, si fuera una acción continuada.

El plazo de prescripción sólo se interrumpe con la iniciación del procedimiento sancionador, reanudándose el plazo si el expediente se mantuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al administrado.

Los administrados plantean la prescripción por vía de defensa y la autoridad debe resolverla sin más trámite que la constatación de los plazos, debiendo en caso de estimarla fundada, disponer el inicio de las acciones de responsabilidad para dilucidar las causas de la inacción administrativa.

Artículo 74°.- CARACTERES DEL PROCEDIMIENTO SANCIONADOR

Para el ejercicio de la potestad sancionadora se requiere obligatoriamente haber seguido el procedimiento legal o reglamentariamente establecido caracterizado por:

1. Diferenciar en su estructura entre la autoridad que conduce la fase instructora y la que decide la aplicación de la sanción, cuando la organización de la entidad lo permita.
2. Considerar que los hechos declarados probados por resoluciones judiciales firmes vinculan a las entidades en sus procedimientos sancionadores.

3. Notificar a los administrados los hechos que se le imputen a título de cargo la calificación de las infracciones que tales hechos pueden construir y la expresión de las sanciones que, en su caso, se le pudiera imponer, así como la autoridad competente para imponer la sanción y la norma que atribuya tal competencia.
4. Otorgar al administrado un plazo de siete días para formular sus alegaciones y utilizar los medios de defensa admitidos por el ordenamiento jurídico, sin que la abstención del ejercicio de este derecho pueda considerarse elemento de juicio en contrario a su situación.

Artículo 75°.- PROCEDIMIENTO SANCIONADOR

SUSALUD en el ejercicio de su potestad sancionadora se ceñirá a las siguientes disposiciones:

1. El procedimiento sancionador se inicia siempre de oficio, bien por propia iniciativa o como consecuencia de orden superior, petición motivada de otros órganos o entidades o por denuncia.
2. Con anterioridad a la iniciación formal del procedimiento se podrán realizar actuaciones previas de investigación, averiguación e inspección con el objeto de determinar con carácter preliminar si concurren circunstancias que justifiquen su iniciación.
3. Decidida la iniciación del procedimiento sancionador, la autoridad instructora del procedimiento formula la respectiva notificación de cargo al posible sancionado, la que debe contener los datos a que se refiere el numeral 3 del artículo precedente para que presente sus descargos por escrito en un plazo que no podrá ser inferior a cinco días hábiles contados a partir de la fecha de notificación.
4. Vencido dicho plazo y con el respectivo descargo o sin él, la autoridad que instruye el procedimiento realizará de oficio todas las actuaciones necesarias para el examen de los hechos, recabando los datos e informaciones que sean relevantes para determinar, en su caso, la existencia de responsabilidad susceptible de sanción.
5. Concluida, de ser el caso, la recolección de pruebas, la autoridad instructora del procedimiento resuelve la imposición de una sanción o la no existencia de infracción. En caso de que la estructura del procedimiento contemple la existencia diferenciada de órganos de instrucción y órganos de resolución concluida la recolección de pruebas, la autoridad instructora formulará propuesta de resolución en la que se determinará, de manera motivada, las conductas que se consideren probadas constitutivas de infracción, la norma que prevé la imposición de sanción para dicha conducta y la sanción que se propone que se imponga; o bien se propondrá la declaración de no existencia de infracción. Recibida la propuesta de resolución, el órgano competente para decidir la aplicación de la sanción podrá disponer la realización de

actuaciones complementarias, siempre que sean indispensables para resolver el procedimiento.

6. La resolución que aplique la sanción o la decisión de archivar el procedimiento será notificada tanto al administrado como al órgano u entidad que formuló la solicitud o a quién denunció la infracción, de ser el caso.

Artículo 76°.- MEDIDAS DE CARÁCTER PROVISIONAL

La autoridad que instruye el procedimiento podrá disponer la adopción de medidas de carácter provisional que aseguren la eficacia de la resolución final que pudiera recaer, así como la adopción de las garantías necesarias para el adecuado funcionamiento del régimen de aseguramiento universal en salud, evitando las conductas que puedan poner en riesgo la vida o salud de los usuarios.

Las medidas que se adopten deberán ajustarse a la intensidad, proporcionalidad y necesidades de los objetivos que se pretende garantizar en cada supuesto concreto.

El cumplimiento o ejecución de las medidas de carácter provisional que en su caso se adopten, se compensarán, en cuanto sea posible, con la sanción impuesta.

Artículo 77°.- RESOLUCIÓN

En la resolución que ponga fin al procedimiento no se podrán aceptar hechos distintos de los determinados en el curso del procedimiento, con independencia de su diferente valoración jurídica.

La resolución será ejecutiva cuando ponga fin a la vía administrativa. La administración podrá adoptar las medidas cautelares precisas para garantizar su eficacia, en tanto no sea ejecutiva.

Cuando el infractor sancionado recurra o impugne la resolución adoptada, la resolución de los recursos que interponga no podrá determinar la imposición de sanciones más graves para el sancionado.

Artículo 78°.- DISPOSICIONES PROCEDIMENTALES ESPECÍFICAS.

Las demás normas procedimentales específicas, tales como plazos, órganos competentes, instancias, requisitos para la presentación de documentos y, en general, todas las disposiciones que estén vinculadas con el desarrollo del procedimiento administrativo sancionador, serán reguladas por SUSALUD mediante resolución de Superintendencia.

Artículo 79°.- CONCURRENCIA DE INFRACCIONES.

Si por la realización de un mismo acto u omisión un agente 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.

Cuando un agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud incurre 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 80°.- RÉGIMEN DE REDUCCIÓN DE SANCIONES.

La SUSALUD podrá reducir las sanciones de multa aplicables a un agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud cuando dichas entidades subsanen las infracciones en que hayan incurrido. Para tal fin, seguirá el siguiente régimen:

- Si el agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud subsana a su propia iniciativa la infracción antes de la notificación de la Resolución de inicio de investigación, SUSALUD impondrá una multa que podrá ser reducida en un 75% de su valor o emitirá una amonestación escrita.
- Si el un agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud subsana la infracción luego de notificada la Resolución de inicio de investigación, pero antes del vencimiento del plazo dispuesto para presentar los descargos por escrito, SUSALUD impondrá una multa que podrá ser reducida en un 50% de su valor.
- Si el agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud subsana la infracción luego del vencimiento del plazo dispuesto para presentar sus descargos, pero antes de la notificación de la Resolución que establezca la sanción, la SUSALUD impondrá una multa que podrá ser reducida en un 25% de su valor.

Artículo 81°.- REQUISITOS.

La reducción de multas por efecto de la subsanación de las infracciones será procedente cuando el agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud investigado, en cualquier estado del proceso antes de la notificación de la resolución de primera instancia, presente una solicitud por escrito a SUSALUD, en la cual:

- a. Se señalen los hechos constitutivos de la infracción;
- b. Se acredite fehacientemente que los hechos que constituyen la infracción incurrida se han revertido completamente;

- c. Se obligue a devolver a los asegurados los cobros indebidos que se les pudieren haber efectuado, en la forma y el plazo que la SUSALUD le ordene;
- d. Se solicite expresamente la aplicación del régimen de reducción de sanciones.

Artículo 82°.- EMISIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE REDUCCIÓN.

En atención al reconocimiento de la comisión de la infracción efectuada por el agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud, la SUSALUD, dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud mencionada en el artículo anterior, expedirá la Resolución de reducción correspondiente

Artículo 83°.- DEVOLUCIÓN DE LOS COBROS INDEBIDOS.

La Resolución dispondrá la forma y plazo en el cual el agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud deberá devolver los cobros indebidos que haya efectuado a los asegurados.

Artículo 84°.- PROCEDIMIENTO ABREVIADO.

Cuando SUSALUD toma conocimiento, ya sea de oficio o por iniciativa de parte, sobre la subsanación a propia iniciativa de un infractor y de manera previa al inicio de investigación de una infracción previamente tipificada, podrá requerir de oficio al administrado para que en un plazo máximo de cinco días hábiles presente los descargos correspondientes y de ser necesario, acredite la subsanación de los hechos infractorios. Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de dicho escrito, se expedirá Resolución imponiendo la sanción, de conformidad con las reglas previstas para el régimen de subsanación de infracciones.

Artículo 85°.- DE LA MEDIDA CORRECTIVA.

En los casos en que un agente vinculado al proceso de aseguramiento universal en Salud incurran en conductas que, no estando calificadas como infracción en el presente Reglamento, contravienen disposiciones legales vigentes o ponen en riesgo o afectan los derechos de los usuarios o ponen en riesgo o afectan la continuidad de sus operaciones o de los servicios de salud, SUSALUD se encuentra facultada a ordenar la implementación obligatoria de las medidas correctivas de aplicación necesaria que determine para enmendar las desviaciones presentadas, dentro de los límites establecidos en las normas que rigen el Aseguramiento Universal en Salud.

Artículo 86°.- FORMALIDADES DE LA MEDIDA CORRECTIVA.

La determinación de una medida correctiva de aplicación necesaria se expresará en una Resolución en la cual se establecerá el plazo para implementarla. El

incumplimiento en la implementación de una medida correctiva de aplicación necesaria se considera infracción tipificada en el ANEXO del presente Reglamento.

Capítulo III

DEL REGIMEN DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Artículo 87º.- DE LA SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Corresponde a SUSALUD, 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 88º.- 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 SUSALUD 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 89º.- DEL SISTEMA NACIONAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE EN SALUD

El Centro de Conciliación y Arbitraje de SUSALUD 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 SUSALUD proponer las normas de organización y funciones del Sistema Nacional de Conciliación y Arbitraje en Salud, para su aprobación por el Consejo Directivo de SUSALUD.

Artículo 90°.- 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 SUSALUD. 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 Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. 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.”.

Artículo 91°.- DE LOS CONFLICTOS DE COMPETENCIA.

Corresponde al Centro de Conciliación y Arbitraje de SUSALUD dirimir los conflictos de competencia entre dos o más centros de conciliación o arbitraje, 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 92°.- AUXILIO PARA LA SOLUCION DE CONTROVERSIAS.

En los casos de población comprendida en el régimen subsidiado y que se encuentre en condición de extrema pobreza, SUSALUD 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 su SALUD.

Artículo 93º.- 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 94º.- 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. Todas las IAFAS reportaran a SUSALUD.

Los padres se encuentran obligados a registrar a los menores de edad ante la RENIEC de acuerdo a legislación vigente sobre registro civil.

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

De acuerdo a lo anterior, la utilización del DNI y el Carné de Extranjería como dato único de información, constituirán la base del código correspondiente.

Artículo 95º.- 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. Aquella persona que no se encuentre afiliada al AUS estando obligada a hacerlo de acuerdo a los mecanismos de expansión progresiva establecidos por el MINSA, no podrá emplear válidamente el DNI para todos aquellos trámites en que se requiera la

verificación de su identidad. Los residentes en esta situación tampoco podrán ser atendidos en el AUS, salvo casos de emergencia, según definición contenida en la legislación vigente al respecto.

Entre otras, la demostración indubitable de afiliación vigente al AUS es requisito indispensable para:

- Colegiatura Profesional
- Trámites ante el Registro Civil y RENIEC
- Obtención o renovación de brevet
- Emisión y Renovación de Pasaportes
- Obtención de RUC
- Emisión y pago de recibo de honorarios profesionales
- Todos aquellos trámites que requieran identificación del residente en el país.

Artículo 96º.- REGÍMENES Y CRITERIOS DE AFILIACIÓN

En cuanto a la naturaleza del financiamiento, los ciudadanos peruanos y residentes se afilian al régimen de financiamiento que les corresponda (contributivo, subsidiado o semicontributivo), de acuerdo a los criterios establecidos por la Ley y el presente Reglamento.

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

Artículo 97º.- AFILIADOS DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES AL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Los afiliados dependientes a su vez se dividen en contributivos y semicontributivos.

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

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

- a) Los 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 Artículo 32º del presente reglamento.

Artículo 98º.- AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Son afiliados al régimen subsidiado todos los residentes en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro de salud. Como beneficiarios del régimen Subsidiado, tienen derecho al conjunto de prestaciones incluidas en el PEAS, con un subsidio del 100%.

Artículo 99º.- 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 Supremo N° 007-2008-TR.
2. Las personas beneficiarias o afiliadas individual o familiarmente, al Seguro Integral de Salud -SIS, dentro del componente denominado semisubsidiado, quienes gozan del conjunto de prestaciones incluidas en el PEAS, 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 100º.- 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. 326º del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados 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 considerará 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. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante. La calidad de asegurado del derechohabiente deriva de su condición de dependiente del afiliado contributivo.

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 períodos de carencia de acuerdo a lo señalado por el presente reglamento. Las atenciones por accidente no están sujetas a estos períodos 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 101º.- APORTES

La responsabilidad del aporte, contribución o retribución para el caso de los afiliados contributivos regulares o dependientes recae en la entidad empleadora o la Institución que abone las pensiones señaladas, en tanto para los casos de los afiliados contributivos independiente 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 los afiliados al régimen Subsidiado la obligación del aporte recae en el Tesoro Público, en función al avance progresivo del AUS, según lo determine el Ministerio de Salud.

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 Tesoro Público.

ARTÍCULO 102º.- 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.

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.

Para los afiliados pertenecientes al régimen semicontributivo el plazo de afiliación estará determinado por su norma específica de creación.

Título V

DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Capítulo I

DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 103°.- 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, comprenden obligatoriamente acciones de promoción de estilos de vida saludables, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación. Incluyen asimismo acciones de reinserción laboral en todos aquellos casos en que la actividad laboral específica aún no se encuentre expresamente obligada a la contratación del SCTR dentro del cronograma de universalización de esta cobertura. Para ello es necesario promover enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad como ideales de la prestación de servicios de salud.

Artículo 104°.- PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

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 residentes 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 SUSALUD. 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.

Artículo 105°.- PLAN DE BENEFICIOS

El PEAS se elabora, entre otros, sobre la base del Plan de Beneficios y define las condiciones asegurables 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.

Las condiciones asegurables son los objetivos de salud que buscan 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 106°.- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Las IAFAS deben desarrollar 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.

Ello sin menoscabo de las coberturas de la salud, evaluación y control de riesgos, e inmunizaciones previstas para los afiliados al régimen contributivo de la seguridad social en salud brindados a través de sus programas preventivo-promocionales.

Artículo 107°.- PREEXISTENCIAS Y CONTINUIDAD DE PRESTACIONES

En ningún caso se considerará preexistencia, pasible de exclusión, a las condiciones asegurables del PEAS..

Sin embargo, los planes de salud complementario 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 las siguientes condiciones:

- a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
- b) Su inscripción en el nuevo Plan de Salud debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.

Artículo 108°.- PERIODO DE CARENCIA O ESPERA

Las IAFAS podrán establecer períodos de carencia para el acceso a las prestaciones de salud del PEAS, con la excepción de casos de emergencia accidental o médico quirúrgicas. En ningún caso este período será mayor a tres meses. En el caso de

maternidad será suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

Para los afiliados dependientes, rigen las normas sobre derecho de cobertura y latencia, previstos en la legislación vigente.

Los planes complementarios, podrán estar sujetos a períodos de espera establecidos libremente.

Artículo 109°.- 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 110°.- 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 Fuerzas Policiales en tanto constituyen derechos adquiridos por sus afiliados.

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 para la aplicación obligatoria del aseguramiento universal en salud establecidos en el presente reglamento y aquellos que posteriormente defina el MINSA en relación a los regímenes subsidiado y semicontributivo.

Artículo 111°.- COBERTURA DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO CONTRIBUTIVO.

Las referencias hechas en la Ley 26790 como en su reglamento y disposiciones complementarias al afiliado regular o potestativo se entenderán como afiliados contributivos en el marco de la Ley 29344, 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 26790, sus modificatorias y normas reglamentarias.

Artículo 112°.- PRESTACIONES A CARGO DE ESSALUD

Los asegurados dependientes en actividad tienen derecho a las prestaciones del PEAS, a cargo de ESSALUD o de la Entidad Empleadora a través de servicios propios o de planes contratados con una EPS, según el caso; así como de las condiciones en exceso al PEAS, además de los subsidios económicos a cargo de ESSALUD, manteniendo la integralidad de la cobertura.

Los afiliados regulares pensionistas de ESSALUD tienen derecho a la integridad de las prestaciones de salud correspondientes al PEAS y a las condiciones en exceso al PEAS, así como la Prestación por Sepelio.

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

Los demás regímenes de Aseguramiento a cargo de ESSALUD mantienen sus condiciones en exceso al PEAS, pudiendo alcanzar coberturas mayores o integrales según mandato de creación de cada uno de los regímenes especiales.

Artículo 113°.- DE LOS PLANES ESPECÍFICOS

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 18° de la Ley, la estructuración de las coberturas para los afiliados a ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, 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.

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

Artículo 114°.- DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

En el caso de las IAFAS mencionadas en el Artículo 7° de la Ley, deben garantizar que sus asegurados tengan acceso cuando menos al 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 artículo 108 del 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.

Asimismo, los afiliados que contraten un plan complementario deberán acreditar previamente la cobertura del PEAS mediante declaración jurada ante la IAFA respectiva.

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

Artículo 115°.- EVALUACIÓN 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 y de la Superintendencia, en la periodicidad que estime conveniente, que le permita ejecutar una actualización bianual condicionada a la disponibilidad financiera y oferta de servicios.

Artículo 116°.- VALOR ECONÓMICO DEL PEAS SUBSIDIADO

El valor económico o unidad de referencia del PEAS para el régimen de financiamiento subsidiado es determinado por el MINSA. El SIS recibirá del Ministerio de Economía y Finanzas los recursos requeridos para el régimen subsidiado en base a dicha unidad de referencia y al número de asegurados proyectados.

La ejecución o prestación de servicios contenidas en el Plan de Beneficios del PEAS para el régimen subsidiado será adjudicado en función a la mejor oferta disponible en el mercado.

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.

Artículo 117º.- 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 de protección financiera.

Artículo 118º.- REAJUSTE

El valor económico o unidad de referencia del PEAS para el régimen subsidiado podrá reajustarse en función a la siniestralidad estimada, lo cual será aprobado por el MINSA.

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.

Corresponde a SUSALUD velar que los ajustes se realicen considerando procedimientos técnicos.

Artículo 119º.- PROCESO DE ELECCIÓN DE LAS EPS COMO IAFAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Para el caso de las IAFAS del régimen contributivo de la seguridad social en salud, susceptibles de financiar el PEAS con cargo al crédito contra las aportaciones a EsSALUD, según lo determina el artículo 15º de la Ley 26790, la elección se realizará de acuerdo a lo dispuesto por el presente reglamento.

El derecho al crédito se adquiere a partir del mes en que se inicia la vigencia del plan ofrecido a los trabajadores cubiertos.

Para gozar del crédito, las Entidades Empleadoras deberán haber cumplido con pagar las aportaciones a ESSALUD y la retribución que corresponda a la IAFAS constituida como EPS.

Artículo 120º.- 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, estos serán de libre contratación por los afiliados.
- c. Planes complementarios en el Sistema de EPS: Son aquellos Planes que podrán ser ofertados al trabajador y sus beneficiarios en exceso del 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 121º.- 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:

- a. 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.
- b. La Entidad Empleadora debe poner en conocimiento de los trabajadores la información suministrada por las EPS postoras con una anticipación no menor a 03 días hábiles ni mayor a 10 a la fecha límite fijada para la votación.
- c. Vencidos los plazos señalados, la Entidad Empleadora debe proporcionar a cada trabajador una cédula en la que emitirá su voto, indicando la fecha límite para la presentación de éstas. La cédula deberá permitir el voto por cualquiera de las Entidades Prestadoras y Planes ofrecidos.
- d. Cada trabajador emitirá su voto entregando la cédula debidamente llenada y firmada a la persona designada por el empleador para recibirlas. No serán válidas las cédulas entregadas después de la fecha límite.

Se considerará elegida a la Entidad y el Plan que hayan obtenido la mayoría absoluta de los votos válidamente emitidos por los trabajadores. No se considerarán válidamente emitidos los votos en blanco o viciados.

La Entidad Empleadora deberá actuar durante la elección procurando el máximo beneficio a los trabajadores, absteniéndose de toda acción que implique preferencia, ventaja o discriminación para alguna de las Entidades Prestadoras de Salud.

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. SUSALUD 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 122º.- ENTIDADES EMPLEADORAS QUE CUENTEN CON MÁS DE UN CENTRO DE TRABAJO

En el caso de las entidades empleadoras que cuenten con más de un centro de trabajo, la elección se practicará en cada uno de ellos, con efecto para los trabajadores que laboran en cada centro. No obstante, la Entidad Empleadora podrá agrupar a uno o más centros de trabajo los que se considerarán entonces como uno solo para efectos de la elección del Plan, su contratación y cobertura y la aplicación del crédito.

Artículo 123º.- 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.

Artículo 124º.- DERECHO DE RENUNCIA AL PLAN ELEGIDO

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de publicación de los resultados, los trabajadores que así lo deseen podrán manifestar al empleador su voluntad de no participar en el Plan elegido y de mantener su cobertura de salud íntegramente a cargo del ESSALUD. Estos trabajadores no serán comprendidos en el Plan.

Los trabajadores que, con posterioridad al vencimiento del plazo indicado en el párrafo precedente comuniquen a la Entidad Empleadora su decisión de apartarse del Plan contratado para que su cobertura quede únicamente a cargo del ESSALUD, quedarán excluidos del Plan a partir del primer día del mes siguiente.

La misma regla indicada en el párrafo anterior se aplicará para los trabajadores que optaron por mantener su cobertura totalmente en ESSALUD y deseen incorporarse al Plan. El trabajador puede individualmente ejercer el derecho de trasladarse del ESSALUD a la EPS elegida y viceversa, por una sola vez dentro de cada año contractual.

Artículo 125º.- VIGENCIA DEL PLAN ELEGIDO

Una vez vencido el plazo referido en el artículo anterior, la Entidad Empleadora procederá a contratar con la EPS a efectos que ésta otorgue a los trabajadores la cobertura contemplada en el Plan seleccionado, en los términos y condiciones ofrecidos. La cobertura del Plan se iniciará el primer día del mes siguiente a aquel en que se suscribe el contrato. Quedan comprendidos en el Plan todos los trabajadores del centro de trabajo que no hayan manifestado frente a la Entidad Empleadora, dentro del plazo fijado en el Artículo 124º de este reglamento, su voluntad de quedar excluidos de éste.

Artículo 126º.- NUEVOS TRABAJADORES

Los trabajadores que se incorporen al centro de trabajo deberán manifestar por escrito ante la Entidad Empleadora su voluntad de pertenecer al Plan o de obtener íntegramente la cobertura del ESSALUD, dentro de los cinco días hábiles siguientes al inicio de labores. A tal efecto, a más tardar el día de inicio de labores el empleador deberá proporcionarles el folleto informativo correspondiente al Plan y EPS elegidos. En caso de que el trabajador no realice la elección, se entenderá que ha optado por incorporarse al Plan.

Estos trabajadores nuevos quedan sujetos a todos los términos y condiciones del plan contratado por el empleador en la EPS, o de ESSALUD, según corresponda, desde la fecha de inicio de labores, de acuerdo con lo previsto en el primer párrafo del Artículo 1 de la Ley N° 26790.

Artículo 127º.- RETRIBUCION

La retribución correspondiente a la EPS será recaudada por ésta, directamente de la Entidad Empleadora con la que se vincula contractualmente. El pago de la retribución que corresponde a la EPS por parte de la Entidad Empleadora, deberá efectuarse previo a la oportunidad prevista para los aportes a ESSALUD. En caso de mora en el pago de la retribución a la EPS o de los aportes a ESSALUD, la Entidad Empleadora no podrá hacer uso del crédito señalado en el Artículo 15 de la Ley N° 26790.

Artículo 128º.- VIGENCIA DEL CREDITO

El derecho al crédito se adquiere a partir del mes en que se inicia la vigencia del plan ofrecido a los trabajadores cubiertos. Para gozar del crédito, las Entidades Empleadoras deberán haber cumplido con pagar las aportaciones al ESSALUD y la retribución que corresponda a la EPS.

La Entidad Empleadora presentará a ESSALUD una declaración de los trabajadores comprendidos en el Plan, adjuntado la liquidación de crédito y copia de la factura emitida por la respectiva EPS.

Artículo 129°.- PROCESO DE ELECCIÓN EN LA PEQUEÑA EMPRESA

Se considera pequeña empresa a todas aquellas que tienen hasta 100 trabajadores inclusive.

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 SUSALUD, expedirá las normas adicionales que resulten necesarias para la correcta aplicación de la presente disposición.

Una vez 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.

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 emitida por la respectiva EPS.

Artículo 130°.- COTIZACIÓN OBLIGATORIA DE LA EPS

Las EPS en ningún caso podrán negarse a cotizar el Plan de Salud o a suscribir el contrato respectivo, ni incorporar al Plan a los trabajadores que lo soliciten, en los términos originalmente contratados por el empleador.

La EPS no podrá negar tal afiliación, el afiliado mantendrá su derecho a atención en ESSALUD de las coberturas no incluidas en el PEAS, y una vez transcurrido un año, el cincuenta por ciento más uno de los trabajadores afiliados podrá solicitar el cambio de la EPS elegida.

Capítulo II

DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

ARTÍCULO 131º.- OBLIGATORIEDAD

La cobertura que brinda el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) debe ser otorgada progresivamente a la totalidad de las personas que desarrollan este tipo actividades, con prescindencia de su vinculación contractual de la empresa a la cual presta sus servicios.

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 132º: ALCANCES DEL SCTR

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo 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 alto riesgo señaladas. Comprende necesariamente las siguientes coberturas:

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

Son asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, la totalidad de los trabajadores de la Institución en la cual se desarrollan este tipo actividades, aún los que no pertenecen al local de trabajo, en el que se encuentran regularmente expuestos al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional los trabajadores de la Institución.

ARTÍCULO 133º: COBERTURAS

La cobertura de salud por trabajo de riesgo y enfermedad profesional, incluye prestaciones de asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional; atención médica; rehabilitación y readaptación laboral, cualquiera que sea su nivel de complejidad. No comprende los subsidios económicos que son por cuenta del Seguro Social de Salud según lo previsto en los artículos 15º, 16º y 17º del

Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud aprobado con el Decreto Supremo 009-97-SA.

Esta cobertura podrá ser contratada libremente con ESSALUD o con IAFAS especializadas. Las prestaciones de salud son otorgadas íntegramente por las IAFAS elegida para cuyo efecto las mismas podrán celebrar y acreditar ante SUSALUD los contratos de servicios complementarios de coaseguro o reaseguro que resulten necesarios.

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 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. Los beneficios de esta cobertura no pueden ser inferiores a los que por los mismos conceptos brinda el Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (AFP), regido por el Decreto Ley N° 25897 y sus reglamentos.

El derecho a las pensiones de invalidez del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo se inicia tan pronto sea otorgada la pensión por la entidad contratada, plazo que no podrá exceder de 120 días a partir de presentada la reclamación del trabajador dando inicio al trámite correspondiente. Si vencido este plazo no se ha materializado la calificación de la invalidez por causas no imputables al trabajador, la entidad contratada deberá iniciar el pago de una pensión provisional equivalente al 50% de la pensión reclamada.

La cobertura de 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.

ARTÍCULO 134°: 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 de acuerdo con el Anexo 1. En caso de prestar servicios para entidades distintas, deberán contratar una cobertura independiente por cada una de ellas. Cada empresa será responsable por verificar la existencia de tal cobertura, y deberá efectuar la cotización correspondiente, descontando los importes necesarios directamente de los honorarios pactados.

Las coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo no pueden en ningún caso establecer carencias ni copagos ni exclusiones a cargo del trabajador.

ARTÍCULO 135°: REGISTRO.

Las entidades empleadoras que desarrollan las actividades del Anexo 1 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

ARTICULO 136° DETERMINACION DEL NIVEL DE MENOSCABO

La determinación del grado de menoscabo o invalidez de los asegurados afectados por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, podrá realizarse accediendo a:

- Instituto Nacional de Rehabilitación,
- EsSALUD,
- Los procedimientos establecidos en el Sistema Privado de Pensiones, bajo control de la SBS, o
- Otros a señalarse por SUSALUD.

Con el fin de establecer los beneficios a los que tienen derecho por Salud y Pensiones. La elección de una de las alternativas antes señaladas anula la posibilidad de cambio posterior a alguna de las no elegidas originalmente.

ARTÍCULO 137°: 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 anterior 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 IAFA por el costo de las prestaciones que se otorgarán en caso de siniestro del trabajador afectado, independientemente de su responsabilidad civil frente al trabajador por los daños y perjuicios irrogados.

Cuando se presenten casos de enfermedades profesionales y el trabajador se encuentre desvinculado del sistema, deberá asumir las prestaciones aquella institución en la que estuvo asegurado durante el período de origen de la enfermedad. De igual manera de presentarse gastos por accidentes de trabajo estos serán cubiertos íntegramente por la Institución en la cual el trabajador se encontraba con cobertura al producirse el accidente independientemente de la fecha en la que se incurra en tales gastos.

Capítulo III

DE LAS GARANTIAS EXPLICITAS

Artículo 138°.- 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 de calidad y dignidad, así como recoger los Principios y Criterios establecidos por los Artículos 3º, 4º y 5º de la Ley 29344, y en especial las garantías específicas referidas en el Numeral 3 del Artículo 5º de la Ley.

Las garantías explícitas como instrumento de regulación sanitaria definen el alcance 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 139°.- DERECHOS DEL ASEGURADO

Las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el Artículo 5º Numeral 3 de la Ley, serán constitutivas de derecho para los asegurados del AUS bajo cualquier tipo de Plan de Salud, sea este obligatorio, voluntario o especializado, y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las IAFAS a las que estén afiliados y en instancia de queja ante SUSALUD 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 acceso, 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.

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

Artículo 140°.- 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 diagnóstica 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 141º.- GARANTÍA EXPLÍCITA DE CALIDAD

Están referidas al otorgamiento de las prestaciones de salud contenidas en el PEAS, relacionadas al mejor manejo clínico estipulado sobre la base de la mejor evidencia científica, al uso de mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos requeridos.

Artículo 142º.- GARANTÍA EXPLÍCITA DE OPORTUNIDAD

Son los plazos máximos para que el usuario reciba las prestaciones correspondientes establecidas en el PEAS.

Dichos plazos deberán considerar por lo menos el tiempo en el cual la IPRESS o la red asignada otorgue la prestación. De no cumplirse ésta, el tiempo para la atención en una IPRESS que defina la misma IAFAS, y en defecto de las anteriores, el tiempo en el que una IPRESS designada por la Superintendencia debe otorgar la prestación con cargo a la IAFAS responsable de la cobertura del afiliado. Para que no constituya infracción por el incumplimiento de esta garantía, la IAFAS deberá demostrar que respondió a un factor debidamente justificable o de fuerza mayor, salvando su responsabilidad de demostrarse causal atribuible al afiliado.

Este plazo será definido también para la referencia y contra-referencia a la red alternativa de proveedores.

Artículo 143º.- GARANTÍA EXPLÍCITA DE PROTECCIÓN FINANCIERA.

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. El SIS cuenta con la garantía del Estado.

Artículo 144º.- DESARROLLO DE LAS GARANTIAS EXPLICITAS

SUSALUD 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 13º de la Ley 29344.

Las IAFAS deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Sistema General de Garantías Explícitas en Salud para con 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 Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el MINSA.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, las IPRESS deberán estar acreditadas y registradas según condiciones y procedimientos que determine la SUSALUD.

Título VI

DEL FINANCIAMIENTO DE LOS PLANES DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 145º.- DE LOS RECURSOS DEL AUS

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

- a. Los recursos asignados por el Estado a la vigencia de la presente Ley, al Seguro Integral de Salud y los demás que se asignen posteriormente.
- 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. Los ingresos financieros y otros que la presente norma y la ley 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, 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 146º.- INTANGIBILIDAD

Los fondos de aseguramiento en salud son intangibles e inembargables. En el caso de los fondos públicos, no se podrá efectuar recortes presupuestales sobre partidas

aprobadas, ni destinar en cada nuevo período fiscal un monto inferior al destinado en el año fiscal anterior.

Artículo 147°.- 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
- 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.
- 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.
- 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 Tráfico 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.
- k. No están sujetas a copago alguno las atenciones de emergencia, la prestación de maternidad y preventivo 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 148°.- 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.

Tal crédito no podrá exceder de los siguientes montos:

a) En el caso de servicios propios, de la suma efectivamente destinada a las prestaciones de salud otorgadas a sus trabajadores en cada mes; quedando facultada la Entidad Empleadora para efectuar compensaciones entre los importes gastados mensualmente dentro del ejercicio económico. El ejercicio económico a considerar para realizar estas compensaciones, es el que corresponde al año calendario, a fin de que coincida con el ejercicio fiscal correspondiente.

Para estos efectos serán considerados como gasto de financiamiento de las coberturas de salud, los aportes a los fondos de reserva que se constituyan para garantizar la continuidad y estabilidad del servicio.

b) En el caso de servicios contratados a una EPS, al monto total de las sumas efectivamente pagadas a la EPS por el respectivo mes, por cuenta de sus trabajadores comprendidos en esta modalidad.

Artículo 149°.- COBERTURA OFRECIDA POR LAS ENTIDADES EMPLEADORAS CON CARGO AL CRÉDITO

La cobertura que ofrezca al Entidad Empleadora con cargo al crédito, sea a través de servicios propios o de planes contratados con una EPS, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo. Dicha cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes y comprenderá, al menos las prestaciones del PEAS y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo; manteniendo los asegurados su derecho a las coberturas adicionales al PEAS y a las prestaciones económicas por cuenta del ESSALUD.

La Entidad Empleadora que brinde cobertura de salud a sus trabajadores a través de servicios propios, para acogerse al crédito señalado en el inciso a) del Artículo 15° de la Ley N° 26790, deberá registrar los establecimientos correspondientes ante la SUSALUD y presentar a dicha institución el Plan de Salud para su aprobación. SUSALUD establece las formas y procedimientos pertinentes. Cumplidos los procedimientos establecidos, la Entidad Empleadora quedará apta para deducir el crédito de los aportes regulares a ESSALUD, a partir del mes siguiente.

Asimismo, para efectos de la aplicación del inciso a) del Artículo 16° de la Ley N° 26790, la Entidad Empleadora está obligada a mantener registros contables específicos de sus establecimientos de salud y presentar los estados correspondientes dentro de los noventa días posteriores al final de cada semestre. Los estados financieros presentados al cierre de cada ejercicio fiscal deben estar auditados. Para estos efectos serán considerados como gasto de financiamiento de las coberturas de salud, los fondos de reserva que se constituyan para garantizar la continuidad y

estabilidad del servicio, siempre que éstos sean mantenidos en cuentas bancarias exclusivamente destinadas a tal fin y sus informes de movimiento puestos a disposición de la SUSALUD.

En el caso de que la suma efectivamente destinada por la Entidad Empleadora para la cobertura de salud, durante un ejercicio fiscal, sea inferior al crédito aplicado, ésta deberá realizar la autoliquidación del saldo por pagar a ESSALUD y pagarlo a la presentación de los estados financieros auditados.

Artículo 150°.- DE LAS ENTIDADES EMPLEADORAS CON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PROPIOS

Las Entidad Empleadoras que cuenten con establecimientos de salud propios deberán cumplir con el registro de estos establecimientos como IPRESS, cumpliendo con lo establecido en el artículo 8º de la Ley 29344 y en el presente reglamento

El costo de las prestaciones de recuperación de la salud que dichos establecimientos otorguen a sus trabajadores, en exceso del PEAS, serán reembolsados por ESSALUD, sobre la base de las disposiciones que sobre la materia establezca SUSALUD, a fin de otorgar la mejor atención a los asegurados.

Los establecimientos de salud de las Entidades Empleadoras cuya infraestructura lo permita, podrán prestar servicios a terceros afiliados a ESSALUD o una EPS, recuperando el valor de dichas atenciones de la institución obligada a prestarlas. Para este efecto, ESSALUD y las EPS pagarán el importe que corresponda de acuerdo a las disposiciones específicos que para tal efecto establezca SUSALUD.

Los establecimientos de Salud de las Entidades Empleadoras podrán acordar con el Seguro Integral de Salud, el otorgamiento de ciertas prestaciones de recuperación de la salud a favor de una población determinada que no cuente con recursos para acceder al régimen contributivo de seguridad social. En tal caso, la Entidad Empleadora y el Seguro Integral de Salud acordarán los términos y condiciones conforme a los cuales se retribuirán dichos servicios.

Artículo 151°.- DE LOS FONDOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Los fondos intangibles destinados exclusivamente a cubrir las prestaciones contenidas en el 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 aportes y contribuciones que realicen los afiliados al SIS, de acuerdo con el régimen de aseguramiento.
- c. Los fondos que los gobiernos regionales y locales les asignen de acuerdo a sus competencias.

- d. Ingresos financieros
- e. Otros que la ley les asigne.

El MEF asignará obligatoriamente al SIS los recursos correspondientes conforme al valor estimado del PEAS y al número de sus afiliados.

Artículo 152°.- CARACTERÍSTICAS 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 los empleadores y en parte los recursos asignados por el Gobierno Nacional o los Gobiernos Regionales o Locales. Las IAFAS a cargo de estos regímenes 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 MINSA en coordinación con el MEF determinará, en base a estudios técnicos, el monto de los aportes y contribuciones que deberán realizar los afiliados del régimen semicontributivo.

Artículo 153°.- 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 o semicontributivo de la Seguridad Social en Salud.

Par 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 SUSALUD establecerá las condiciones de afiliación o de cambio de IAFAS por parte de los afiliados.

Artículo 154°.- RETRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS

Las IAFAS sean públicas, privadas o mixtas, cancelarán en los plazos 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.

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

Artículo 155°.- 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 cuyos costos exceden al monto máximo de cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS).

En tanto se generan los recursos necesarios para que el FISSAL pueda desarrollar sus actividades de IAFA en la atención de las enfermedades de alto costo no incluidas en el PEAS, tales como cáncer, cirugía mayor, tratamiento del gran trauma, gran quemado, trasplante, cuidados de alto costo del recién nacido, cirugías de enfermedades congénitas, etc., el financiamiento de estas enfermedades para los afiliados a los sistemas subsidiado y semicontributivo, será provisto a través de los mecanismos de financiamiento y subsidio a la oferta de los servicios públicos de salud, en la forma en que se vienen atendiendo hasta hoy.

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 156°.- DEL 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, su rol es financiar las, prestaciones de salud de alto costo, que no forman parte del Plan Esencial de" Aseguramiento en Salud -PEAS, destinado a la población del régimen subsidiado y semicontributivo.

Artículo 157°.- 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.

Artículo 158°.- 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 159°.- FINANCIAMIENTO DEL FISSAL.

El FISSAL para dar cobertura a los afiliados del régimen subsidiado se financiará con las transferencias que efectúen el Estado y sus diferentes niveles de gobierno. La cuantía de las transferencias será periódica y se determinará en base a estudios técnicos económico-epidemiológicos.

Para el caso de la población del régimen semicontributivo, el FISSAL dará cobertura a enfermedades con alto costo de atención, en función a los aportes que los empleadores y los afiliados realicen. La cuantía de los aportes será mensual y se determinará en base a estudios técnicos económico-epidemiológicos quinquenales.

Para ambos regímenes, serán recursos del FISSAL el 50% de lo recaudado por SUSALUD por concepto de las multas que se imponga a los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en Salud, así como las donaciones, intereses sobre depósitos, inversiones financieras y los recursos obtenidos por la prestación de servicios a terceros.

En los casos de compras corporativas o agregadas que efectúe el Ministerio de Salud en los que se adquieran bienes para los IAFAS e IPRESS privadas o mixtas, serán recursos del FISSAL, para ambos regímenes, el total de la comisión correspondiente al MINSA la conducción del proceso de selección.

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

Artículo 160°.- DE LA COMPLEMENTARIEDAD ENTRE LISTADO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DE ATENCIÓN Y EL PEAS

El financiamiento del 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 relativos al financiamiento, 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 y tramitada a través del SIS.

Artículo 161°.- DEL ACCESO A LA COBERTURA DEL FISSAL

Los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo serán beneficiarios del financiamiento de enfermedades de alto costo, desde el momento en que realizan los aportes y el Estado realiza las transferencias convenidas.

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.

Las omisiones: en las transferencias por parte del Estado o el no aporte del empleador o del afiliado del régimen semicontributivo, suspende la cobertura del FISSAL.

Artículo 162°.- DE LAS IPRESS RESPONSABLES DE LAS ATENCIONES EN CASO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO.

Las entidades acreditadas para brindar prestaciones de salud en enfermedades de alto costo a los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo, a quienes el FISSAL, 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.

Artículo 163°.- 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 tratamientos de las enfermedades de alto costo: exámenes, intervención(es) quirúrgica(s), hospitalización, medicamentos y demás deberán estar tarifadas. Corresponde al Ministerio de Salud aprobar las tarifas de precios para aquellas prestaciones de salud de alto costo que corresponde al Listado de Enfermedades con Alto Costo de Atención.

Artículo 164°.- 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 y al número de patologías con cobertura.

Artículo 165°.- DE LOS RECURSOS ESTABLECIDOS POR NORMAS

Los recursos para el financiamiento del FISSAL y la atención de las enfermedades de alto costo son los que se encuentran previstos en la Ley No 27812. Corresponde al ministerio de Economía y Finanzas y al Ministerio de Salud, disponer lo necesario a fin de que el FISSAL cuente con los recursos 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 así como los provenientes de la cooperación técnica internacional, tal como lo tiene previsto la norma precitada.

Artículo 166°.- DE LOS RECURSOS PROVENIENTES DE LAS APORTACIONES DE LOS TRABAJADORES Y LOS EMPLEADORES DE LAS MICROEMPRESAS

Sin perjuicio de lo anteriormente señalado, constituyen recursos del FISSAL los aportes que de manera adicional realizan los trabajadores o empleadores de las microempresas, expresamente para acceder a la cobertura del Listado de Enfermedades con Alto Costo de Atención que el MINSA apruebe. Mediante Decreto Supremo refrendado por los Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas, se expedirá la normativa complementaria que permita la entrega de recursos al FISSAL.

Título VII

DE LA ARTICULACIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA

Artículo 167°.- 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 168°.- DE LA ARTICULACIÓN DE LAS IAFAS

Las IAFAS, para el proceso de articulación tendrán procedimientos homogéneos básicos, 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 oportunidad, 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. Contar con 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 IPRES, 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 169°.- DE LA ARTICULACION DE LAS IPRESS

Las IPRESS se articulan bajo el concepto de redes funcionales de atención, de acuerdo a procedimientos homogéneos 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.

A nivel de atención primaria, los gobiernos regionales en coordinación con el MINSA implementaran 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, pudiendo

Artículo 170°- 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. Por lo que 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 171 °- 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 172°.- 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 farmacológica y autorización 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 173°.- 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.

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.

Artículo 174°.- DISPENSACIÓN FARMACOLÓGICA

El AUS está asociado a la aplicación de un Petitorio Único Nacional, el cual constituye un listado básico 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.

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.

Artículo 175°.- 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.

Artículo 176°.- DE LOS CRITERIOS DE INTERCAMBIO DE SERVICIOS

Las Instituciones Administradoras de Fondos, con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad y calidad de las prestaciones de salud a sus afiliados, suscribirán convenios con los representantes de las redes funcionales de atención y microrredes publicas, privadas o mixtas , de las zonas en las que reporten afiliados, permitiendo su asignación o adscripción a las IPRESS y estableciendo los mecanismos de contraprestación o financiamiento que corresponden a dichos servicios y con criterios de complementariedad y subsidiaridad.

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

En todos los casos las IAFAS se obligan a reconocer la prestación de servicios a sus afiliados, independiente de la IPRESS que la brinde cuando por causales técnicas justificadas o restrictivas presenten capacidad de resolución limitada o cuando se susciten emergencia o urgencia médica o accidental, encontrándose el afiliado fuera del alcance de su red de atención, siendo obligatoriamente atendidos por el establecimiento de salud requerido La ulterior recuperación de los valores correspondientes a la atención de emergencia se calculará en función de los acuerdos de modalidades de pago establecidos, caso contrario se aplica en el catalogo sectorial de procedimientos médicos.

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, por lo que los gobiernos regionales en coordinación con el Ministerio de Salud determinarán 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 y en procura de fortalecer la autonomía regional y local.

Artículo 177°.- SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Para los procesos de referencias y contrarreferencias, SUSALUD vigila las condiciones o normas técnicas mínimas de funcionamiento, y la capacidad para desarrollar transacciones de comunicación sustentados en sistemas de información estandarizados, de las IAFAS en relación a la red funcional de atención a la que pertenezca, permitiendo la continuidad y la integralidad de la atención de los servicios de salud.

El MINSA aprobará las normas técnicas y protocolos de referencia y contrarreferencia de los pacientes entre el nivel primario y secundario, para las enfermedades más prevalentes de cada especialidad.

Si un diagnóstico determina que el tratamiento excede del PEAS o plan de salud contratado, la IPRESS o la IAFAS en su caso, es responsable de comunicar en forma indubitable la ocurrencia y coordinar la referencia del paciente a la IPRESS o IAFAS que corresponda. Su responsabilidad culmina cuando el paciente es recibido conforme.

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. En especial será de aplicación la presente disposición en las relaciones entre ESSALUD y las EPS.

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

Artículo 178°.- DEL MANTENIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE GESTION ADMINISTRATIVA

Corresponde a la SUSALUD, 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 179°- DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO

El Estado promueve la interacción articulada y progresiva de los agentes de financiamiento y prestación de servicios eliminando la fragmentación, las barreras de acceso y las inequidades en salud, buscando la garantía del derecho de toda persona al acceso pleno y progresivo al aseguramiento en salud.

La cobertura brindada por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito tiene prelación en relación a otras coberturas otorgadas por las IAFAS, está sujeto a todas las garantías explícitas señaladas por el numeral 3 del artículo 5° de la Ley. Asimismo, el Fondo de Compensación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (D.S. N° 024-2004-MTC) y el cumplimiento de la Ley que promueve la transparencia de la información del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (Ley N° 29361).

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

Artículo 180.- ASOCIACIONES PUBLICO - PRIVADAS

El MINSA en su condición de órgano rector del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, propenderá a la conformación de asociaciones público -privadas- en base a la Ley Marco de Asociación Público Privadas (APP) - a fin de que faciliten la ampliación de la capacidad de infraestructura y ofrecer servicios de salud a la población, sobre la base de criterios geográficos, de especialización, u otros que determine la autoridades de salud nacional y regionales.

La SUNASA dentro de las funciones que la ley y sus normas estatutarias y de operación considerará igualmente el registro, regulación y supervisión de las IAFAS o IPRESS que se constituyan al amparo del Decreto Legislativo N° 1012 publicado el 13 de mayo de 2008

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS, TRANSITORIAS Y FINALES

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 SUSALUD

Dentro de los treinta (30) días de la vigencia del presente Reglamento, la SUSALUD 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

Facúltese a la SUSALUD a implementar métodos de notificación a los agentes del régimen de aseguramiento en Salud, alternativos a los métodos tradicionales, mediante la utilización de procedimientos electrónicos de comunicación para el cumplimiento de los distintos actos que corresponden a sus competencias. La SUSALUD establecerá los mecanismos necesarios para validar la información que se remita hacia dicha institución y de esta a sus supervisados.

CUARTA.- RÉGIMEN DE COMPRAS CORPORATIVAS

Incorpórese el Artículo 85°A al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, Decreto Supremo N° 184-2008-EF, con el siguiente texto:

“Artículo 85° A.- Compras Corporativas Público Privadas en el Sector Salud

El Ministerio de Salud podrá celebrar convenios con los agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud Privados que brinden servicios al Seguro Integral de Salud, con el fin de adquirir de modo agregado medicinas, equipamiento o instrumental médico, así como cualquier otro producto vinculado directa o indirectamente a tales materias. Dichos convenios serán suscritos por los funcionarios competentes de todas las partes, en el que se establezca el objeto y alcances del mismo, las obligaciones y responsabilidades de los participantes, en los que el Ministerio de Salud o quien este designe, será el encargado de llevar a cabo la compra corporativa, para la cual devengará una comisión que será abonada por los agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud Privados que en ningún caso será menor de 1% ni mayor al 3% del valor referencial convocado. La parte correspondiente al requerimiento de los actores privados no deberá ser incluida en el Plan Anual de Adquisiciones de ninguna de las entidades públicas participantes.

Para tales efectos, resultarán aplicables las disposiciones contenidas en el artículo 85° del presente Reglamento, en lo que resulte aplicable.

QUINTA.- GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE COMPETENCIAS

La implementación de las competencias de la SUSALUD se efectúa de modo progresivo e irreversible. Toda competencia asumida previamente por la SUSALUD 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.

De conformidad con las disposiciones contempladas en el presente Reglamento, la SUSALUD deberá asumir las competencias que le confieren la Ley N° 29344 y el

presente Reglamento, de conformidad con el cronograma que ella establezca, el mismo que deberá tener un plazo máximo de ejecución de cinco (5) años, a partir de su aprobación. Dicho cronograma deberá aprobarse dentro de los noventa (90) días de vigencia del presente Reglamento y deberá tener en cuenta lo siguiente:

- a. Prioridad de implementación en las áreas sujetas al Plan Piloto
- b. Incorporación prioritaria de las IAFAS en el siguiente orden: Instituciones que brindan servicios de salud prepagados, autoseguros públicos y privados, demás IAFAS privadas y finalmente IAFAS de naturaleza pública.
- c. Incorporación de las IPRESS en el siguiente orden: IPRESS privadas, IPRESS Públicas y, dentro de cada una de ellas, priorizar las de mayor nivel de categorización por sobre las de menor nivel.

SUSALUD podrá variar dicho orden atendiendo a las circunstancias del caso y teniendo en cuenta el interés de los asegurados, siempre que se mantenga el plazo máximo de implementación.

SEXTA.- Mientras dure el Plan Piloto de implementación de la Ley 29344, la portabilidad de los planes de salud comprendidos en dicho nuevo régimen, estará circunscrita a los casos de emergencia.

SETIMA.- ORGANIZACIÓN DEL SIS Y OTROS FONDOS PUBLICOS COMO IAFAS

El SIS y los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales como IAFAS, 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, para lo cual aprobarán su nuevo Reglamento de Organización y Funciones y otros instrumentos de gestión.

OCTAVA.- REGISTRO DE IAFAS PREEXISTENTES

Las IAFAS existentes a la vigencia del presente Reglamento, incluidos 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 SUSALUD, 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 SUSALUD, sin perjuicio de las normas de implementación que esta establezca.

NOVENA.- ACTUALIZACIÓN DE LA LISTA DE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO

El MINSA, SUSALUD y ESSALUD deberán designar en un plazo no mayor de 30 días a sus representantes para actualizar el Listado de Actividades de Alto 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 estar listo en un plazo no mayor a 6 meses.

DECIMA.- ESTÁNDARES DE DATOS EN SALUD

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

DÉCIMA PRIMERA.- 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 y 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, 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.

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 y las IPRESS establezcan los requerimientos de dotación y desarrollo de capacidades de los equipos básicos de atención correspondiente.

DECIMA SEGUNDA.- INTEGRACION DE ANEXOS AL REGLAMENTO

El ANEXO del presente Reglamento es parte integrante del mismo, así como los que se incorporen mediante Resolución de Consejo Directivo de SUSALUD, en los casos previstos en el presente dispositivo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- PROCESO DE ADECUACION DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

El proceso de adecuación de SUSALUD tendrá una duración de ciento veinte (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, al cabo de los cuales deberá iniciar sus actividades como Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

El Ministerio de Economía y Finanzas, mediante crédito suplementario a ser otorgado en el cuarto trimestre del 2009, proveerá de los fondos necesarios para el período de implementación de SUSALUD, y en el Presupuesto del ejercicio fiscal 2010 deberá de proveer los recursos presupuestales necesarios para su funcionamiento.

SEGUNDA.- CONTINUIDAD DE FUNCIONES, RÉGIMEN LABORAL DE LA SUSALUD E IMPEDIMENTOS.-

SUSALUD 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 cumpliendo con anterioridad a la vigencia de la presente norma, sin solución de continuidad.

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 SUSALUD como consecuencia de la Ley N° 29344 y la presente norma.

TERCERA.- DISPOSICIONES PREVIAS A LA ACREDITACION

En tanto el Ministerio de Salud implemente en su totalidad los mecanismos de categorización y acreditación de los establecimientos de salud, SUSALUD establecerá un registro provisional de los IPRES. Este registro debe ser desarrollado en el marco de las etapas de implementación del AUS en el país...Para acceder a dicho registro provisional, los establecimientos de salud deberán presentar como requisitos:

- Resolución de categorización actual o copia de la solicitud de inicio de trámite de categorización o recategorización, y
- Copia del documento oficial que comunica al MINSA el inicio de la autoevaluación o una declaración jurada de que iniciaran el proceso de autoevaluación en los próximos 6 meses posterior a la obtención del registro.

Estos requisitos estarán sujetos a control posterior por SUSALUD.

Cada IPRES tendrá un plazo máximo de 2 años para obtener la acreditación, contando desde el momento de su inclusión en el registro provisional.

CUARTA.- NORMAS TRANSITORIAS DE AUTONOMIA CONTABLE Y ADMINISTRATIVA

En el caso de IAFAS Públicas que desarrollen sus actividades en integración vertical, la separación contable y administrativa de las actividades de financiamiento y aseguramiento respecto a los que se destinen a la actividad prestacional, se efectuará de modo progresivo, de conformidad con las disposiciones que establezca SUSALUD para tales efectos. Dicho proceso de separación contable y administrativa deberá culminar en un período no mayor a los dos (2) años contados a partir de la vigencia del presente Reglamento, bajo responsabilidad.

QUINTA.- 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, sin perjuicio de la aplicación de las nuevas disposiciones cuando estas sean más favorables al administrado.

SEXTA.- GARANTIAS EXPLICITAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NO AUTORIZADOS

En tanto se culmine el proceso de registro de los establecimientos de salud en el territorio nacional, les serán aplicables de pleno derecho a los establecimientos no registrados, las garantías de acceso, oportunidad y calidad. SUSALUD 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 inscripción.

SÉPTIMA.- RECURSOS DEL FISSAL

En tanto se generan los recursos necesarios para que el FISSAL pueda desarrollar sus actividades de IAFA especializada, en la atención de las enfermedades de alto costo no incluidas en el PEAS, tales como cáncer, cirugía mayor, tratamiento del gran trauma, gran quemado, trasplante, cuidados de alto costo del recién nacido, cirugías de enfermedades congénitas, etc., el financiamiento de estas enfermedades para los afiliados a los sistemas subsidiado y semicontributivo, será provisto a través de los mecanismos de financiamiento y subsidio a la oferta de los servicios públicos de salud, mediante los mecanismos aplicables con anterioridad a la presente norma.

OCTAVA.- IMPEMENTACIÓN DEL PEAS

Todas las IAFAS deberán de ajustar su oferta de planes al PEAS y a planes complementarios, en un plazo de ciento ochenta (180) días contados a partir de la promulgación del presente reglamento. Para los contratos vigentes 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 vencidos los 180 días antes señalados.

NOVENA.- IDENTIFICACION ESTANDAR DE DATOS EN SALUD

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

DECIMA.- DETERMINACION DEL CREDITO SOBRE LOS APORTES A ESSALUD

El MINSA, SUSALUD y ESSALUD deberán designar en un lazo no mayor de 30 días 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 1 año.

Sobre la base de los resultados de este estudio, el MINSA establecerá el crédito correspondiente.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- DEL TUPA DE SUSALUD

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

SEGUNDA.- DEROGACIÓN

A partir de la vigencia de la presente norma, deróguense toda norma que se oponga al presente Decreto Supremo. En caso de duda o conflicto entre dos o mas normas son preeminentes las establecidas en el presente dispositivo.

De modo específico, quedan derogados los siguientes dispositivos:

- a. Decreto Supremo 004-2007/SA, en los pilotos seleccionados.
- b. Los artículos 2º, 4º, 7º, 20º, 21º, 22º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 34º, 35º, 42º, 44º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 58º, 59º, 63º, 64º, 82º, 83º, 84º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º y disposiciones transitorias del Decreto Supremo Nº 009-97-SA

TERCERA.- VIGENCIA

El presente Reglamento entra en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

ANEXO

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 SUSALUD lo disponga.
7. No remitir la información en los plazos o periodicidad requeridos o según establece SUSALUD.
8. Cumplir con la remisión de la información requerida o establecida en los plazos o periodicidad según dispuso la SUSALUD, pero de manera defectuosa o incompleta.

9. No presentar a SUSALUD, 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 SUSALUD.
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.
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 SUSALUD.
18. Ofertar condiciones generales o particulares que no cumplan las condiciones y formatos aprobados por SUSALUD.
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 SUSALUD 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 SUSALUD 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.
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 SUSALUD.
22. Realizar afiliaciones en un ámbito geográfico no autorizado por SUSALUD.
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 SUSALUD, 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 SUSALUD.
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 SUSALUD.
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 SUSALUD.
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 SUSALUD 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 ANEXO A, a criterio de SUSALUD.

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 SUSALUD 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 SUSALUD.
3. No implementar las medidas correctivas de aplicación necesarias, a satisfacción de SUSALUD.
4. Reincidir en la comisión de una misma infracción.