



Resolución Ministerial

Lima, 14 de NOVIEMBRE del 2017

Visto, el Expediente N° 17-051757-001 que contiene el Informe N° 008-2017-MAZO-DAS-DGAIN/MINSA, la Nota Informativa N° 173-2017-DGAIN/MINSA y el Memorandum N° 758-2017-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los numerales 1) y 2), del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbitos de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas y el aseguramiento en salud, respectivamente;

Que, el artículo 4 de la Ley precitada, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la acotada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA,



W. BORJAR



M. ATARAMA C.



C. VIRÚ

tiene como objeto establecer el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, con miras a establecer un marco integrado, sistémico y coordinado, que permita el acceso a todo residente en el territorio nacional, a las prestaciones esenciales de cobertura de salud sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el marco del proceso de descentralización y dentro de un criterio de progresividad;

Que, el artículo 139 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece que 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;

Que, mediante el Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, se dictó disposiciones destinadas a optimizar el intercambio prestacional en salud en el sector público, con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad, mediante la articulación de la oferta pública existente en el país; entendiéndose por intercambio prestacional a las acciones de articulación interinstitucional que garantice el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional;

Que, la Cuarta Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1302, dispuso que en un plazo que no exceda de noventa (90) días hábiles a partir de la publicación de dicho Decreto Legislativo, el Ministerio de Salud, mediante Decreto Supremo, establecerá las normas reglamentarias que correspondan;

Que, el numeral 3 del artículo 13 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, dispone que los proyectos de reglamento se publican en el portal electrónico respectivo y por no menos de cinco (5) días calendario, para recibir aportes de la ciudadanía, cuando así lo requiera la Ley;

Que, a efectos de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, así como de la ciudadanía en general, resulta conveniente publicar el proyecto de Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, en el portal electrónico del Ministerio de Salud;

Que, mediante el Informe N° 771-2017-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;





Resolución Ministerial

Lima, 14 de Noviembre del 2017

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Disponer que la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General efectúe la publicación del proyecto de Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica de normas legal: <http://minsa.gob.pe/index.asp?op=10>; a efectos de recibir sugerencias y comentarios de las entidades públicas y privadas de la población en general, durante el plazo de diez (10) hábiles, a través del correo electrónico webmaster@minsa.gob.pe.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, el procesamiento y sistematización de las sugerencias y comentarios que se presenten, así como la elaboración del proyecto final.

Regístrese, comuníquese y publíquese


FERNANDO ANTONIO D'ALESSIO IPINZA
Ministro de Salud



W. BORJAR



M. ATARAMA C.



C. VIRÚ



Decreto Supremo

Lima, de..... del.....

DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1302, QUE OPTIMIZA EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 30506, el Congreso de la República delegó facultades legislativas al Poder Ejecutivo, a fin de que dicte medidas para la optimización de servicios en las entidades públicas del Estado, que coadyuve al fortalecimiento institucional y la calidad en el servicio al ciudadano, de conformidad con lo establecido por el literal h) del numeral 1 del artículo 2 de la citada Ley;

Que, bajo dicho marco legal, se expidió el Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, habiéndose dispuesto en su cuarta disposición complementaria final, que en un plazo que no excederá de noventa (90) días hábiles, a partir de su publicación, el Ministerio de Salud, mediante Decreto Supremo, establecerá las normas reglamentarias que correspondan;

Que, el artículo 9° de la Constitución Política del Perú, establece que el Estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación. Asimismo, es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, el artículo VII del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre

elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido;

Que, la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cuyo Texto Único Ordenado fue aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, tiene como objeto establecer el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, con miras a establecer un marco integrado, sistémico y coordinado, que permita el acceso a todo residente en el territorio nacional, a las prestaciones esenciales de cobertura de salud sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el marco del proceso de descentralización y dentro de un criterio de progresividad;

Que, el artículo 139 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece que 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;

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se determina y regula el ámbito de competencia, las funciones y la estructura básica del Ministerio de Salud, así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades del Estado;

Que, en el país el sistema de salud se encuentra fragmentado, existiendo diferentes establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) así como distintas instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, cada uno de ellos con una presencia no homogénea a nivel nacional, lo que hace que no se cuente con una capacidad de oferta suficiente para atender a los millones de peruanos; por ello, a fin de reducir la brecha no atendida es que se presenta el intercambio prestacional, como el medio idóneo para procurar el otorgamiento de servicios recíprocos entre dos o más instituciones del aseguramiento en salud, con la finalidad de brindar atención integral y oportuna de salud a las personas aseguradas según los planes establecidos y con el objeto de generar una cobertura más eficiente y optimizar el uso de la capacidad instalada existente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas a nivel nacional;

Que, la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, tiene como función proponer y supervisar políticas sectoriales, normas, lineamientos y demás documentos en materia de intercambio prestacional a nivel nacional en el marco de la normatividad vigente, tal como así lo establece el literal e) del artículo 99 de Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; por lo que ha elaborado el anteproyecto de reglamento del Decreto Legislativo N° 1302 que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público;



Decreto Supremo

Lima, de..... del.....

Que, en el marco de los dispositivos antes citados, es necesario aprobar el Reglamento del Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público;

De conformidad con lo dispuesto en el inciso 8) del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo aprobada por Ley N° 29158; el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público; el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA y su modificatoria; el Reglamento de la Ley Marco para la Producción y Sistematización Legislativa, aprobada por Decreto Supremo N° 008-2006-JUS;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación de reglamento

Apruébese el reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, que consta de siete (7) capítulos, treinta (30) artículos, seis (6) Disposiciones Complementarias Finales, dos (2) Disposiciones Complementarias Transitorias y Anexos (Flujograma del proceso de atención a los asegurados en IPRESS bajo el intercambio prestacional en salud, Flujograma de los procesos facturación y pago de las prestaciones del intercambio prestacional en salud, Modelo de formato de registro de atención de intercambio prestacional en salud), que forman parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Publicación

Publíquese el presente Decreto Supremo y su reglamento en el Diario Oficial El Peruano y en el Portal Institucional del Ministerio de Salud.

Artículo 3.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros, el Ministro de Salud, el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministro de Defensa, el Ministro del Interior y el Ministro de Justicia.

Disposición Complementaria Transitoria

Única.- Apruébese mediante Resolución Ministerial otras disposiciones necesarias para la implementación del Reglamento aprobado.

Disposiciones Complementarias Derogatorias

Primera.- Deróguese el Decreto Supremo N° 003-2016-SA que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público.

Segunda.- Deróguese el Decreto Supremo N° 031-2014-PCM, que crea la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente de intercambio prestacional.

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

**PROYECTO DE REGLAMENTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1302, DECRETO
LEGISLATIVO QUE OPTIMIZA EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD EN EL
SECTOR PÚBLICO**

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto establecer las precisiones técnico administrativas referidas a las disposiciones contenidas en el Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el sector público.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

Las precisiones contenidas en el presente Reglamento son de aplicación para las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas.

Artículo 3. Naturaleza del Intercambio Prestacional en Salud

Por Intercambio Prestacional en salud se entiende al conjunto de acciones de articulación interinstitucional que garantice el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.

Artículo 4. Definiciones

Para los efectos del presente Reglamento, se aplicarán las siguientes definiciones:

4.1 Capacidad de Oferta disponible: Es la capacidad tecnológica, financiera y administrativa que la IPRESS brinda a los asegurados, sin perjuicio de los servicios de salud que brinde a los asegurados de sus IAFAS.

4.2 Capacidad Resolutiva: Es la facultad que tiene la IPRESS de producir el tipo de servicios para solucionar las diversas necesidades de la población. (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

4.3 Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios: Es el listado estandarizado de las denominaciones y codificaciones de los servicios de salud que brinda la IPRESS a los asegurados de las diferentes IAFAS públicas.



4.4 Compra de servicios de salud: Es el acto a través del cual se adquiere un servicio de salud de acuerdo al plan de cobertura de los asegurados y sobre la base del Acuerdo suscrito.

4.5 Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación de SUSALUD (Modelo TEDEF): Es aquel que comprende todas las prestaciones de salud brindadas a los asegurados, independientemente del mecanismo y de la modalidad de pago utilizados, las mismas que deberán ser identificadas y reportadas por las IPRESS y las IAFAS.

4.6 Pago de servicios de salud: Es la retribución del valor del servicio de salud brindado, debidamente valorizado de acuerdo a las tarifas, cuadros de equivalencias, mecanismos y modalidades de pago establecidos en el Acuerdo, previo acuerdo entre las partes.

4.7 Pago prospectivo: Sistema a través del cual el importe total es definido por la Entidad aseguradora o financiadora quien preestablece los volúmenes a ser pagados antes de que se realicen las prestaciones, con diferentes grados de evaluación por un determinado periodo, de manera anticipada.

4.8 Pago retrospectivo: Sistema a través del cual el importe total de las prestaciones realizadas es definido por la presentación de expedientes o fichas de atención que representen a la prestación realizada previa evaluación de los datos contenidos, y se pagan luego de que se brinda la prestación.

4.9 Prestación de salud: Es aquel servicio de salud que la IPRESS pública pueda ofrecer ante una necesidad o demanda.

4.10 Red preferente: Aquellas IPRESS públicas financiadas parcialmente por las IAFAS públicas, de acuerdo a los procedimientos establecidos en la normatividad aplicable.

4.11 Red propia: Aquellas IPRESS públicas vinculadas a una IAFAS pública.

4.12 Régimen de Atención Ambulatoria: Son las IPRESS públicas del Primer Nivel de Atención.

4.13 Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud (SITEDS): Es aquel que permite a los asegurados de las IAFAS realizar acreditaciones, consulta de los estados, coberturas, planes, etc. Asimismo, permite realizar consultas de los asegurados en el Registro de Afiliados de SUSALUD, logrando el intercambio de información ente la IPRESS y la IAFAS de manera confiable y fidedigna para la atención de los asegurados

4.14 Unidad Relativa de Valor: La Unidad Relativa de Valor (URV) es una valoración ponderada y equivalente entre los servicios de salud considerados en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Ministerio de Salud.



Estas URV no representan un valor monetario, ni la tarifa del servicio de salud, ni el costo o el precio, es simplemente un valor referencial entre las diferentes prestaciones de salud, que van a permitir a los usuarios elaborar o negociar las tarifas.

4.15 Venta de servicios de salud: Es el acto a través del cual se ofrece un servicio de salud conforme al Acuerdo suscrito.

CAPÍTULO II

ACUERDO EN EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD

Artículo 5. El rol del Ministerio de Salud en el Intercambio Prestacional en Salud

El Ministerio de Salud, como organismo rector que define la política nacional y sectorial, y conduce del Sistema Nacional de Salud, desarrolla las siguientes acciones:

- 5.1** Conducir la implementación del Intercambio Prestacional en Salud y promover las condiciones para su optimización, entre ellas, la generación y uso de herramientas de gestión y tecnologías de información.
- 5.2** Modular y desarrollar el proceso de articulación de las UGIPRESS e IPRESS públicas de su propia red prestadora y la de los Gobiernos Regionales con las IAFAS públicas, siendo este proceso de carácter vinculante para los Gobiernos Regionales.
- 5.3** Brindar la asistencia técnica a las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas a través del órgano competente del Ministerio de Salud, para el desarrollo del Intercambio Prestacional en Salud.
- 5.4** Monitorear el proceso y los resultados del Intercambio Prestacional en Salud, en aspectos financieros y prestacionales, y, de ser necesario, realizar las acciones que se requieran para optimizar su desarrollo.

Artículo 6. De la obligatoriedad del Intercambio Prestacional en Salud

- 6.1.** Esta obligatoriedad rige para las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas en todo el país, siempre que la capacidad de atención de la IAFAS pública que la requiera no pueda ser satisfecha por su red prestadora, según la normativa aplicable, y que la IPRESS pública requerida cuente con la capacidad resolutive y capacidad de oferta disponible para proceder al Intercambio Prestacional en Salud, de conformidad al Decreto Legislativo N° 1302 y el presente Reglamento.
- 6.2.** Todas las UGIPRESS e IPRESS públicas participan del Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud, con todas las prestaciones de su cartera de servicios de salud de acuerdo a su capacidad resolutive y capacidad de oferta disponible; pudiendo incluir el traslado y transporte asistido de pacientes, así como la aplicación de tecnologías de información y comunicaciones (Telesalud) en su atención, permitiendo garantizar la continuidad de la atención de los asegurados.
- 6.3.** La certificación de la capacidad resolutive de las IPRESS públicas la realiza la autoridad competente, sin perjuicio de las actividades que la Superintendencia Nacional de Salud realiza en el marco de sus competencias para el cumplimiento de esta disposición.



6.4. La determinación de la capacidad de oferta disponible de las IPRESS públicas la realiza su titular. En caso se comunique que no se cuenta con capacidad de oferta disponible, se remitirá copia de esta determinación a la autoridad competente para el control posterior que corresponda, sin perjuicio de la función de supervisión que ostenta la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 7. De las condiciones para el intercambio Prestacional en Salud

7.1. Las IAFAS públicas deben evaluar la demanda insatisfecha de sus asegurados teniendo en cuenta la lista de espera, diferimiento o la carencia de prestadores de su red propia y preferente. De existir demanda insatisfecha, éstas indican la condición de las IAFAS para requerir el Intercambio Prestacional en Salud, debiendo tomar en cuenta para esto lo dispuesto por el artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1302.

7.2. Las UGIPRESS e IPRESS públicas o la Entidad a la cual pertenezcan las IPRESS deben evaluar la capacidad de oferta disponible y la capacidad resolutive. De existir capacidad de oferta disponible y capacidad resolutive, éstas indican la condición de las IPRESS para realizar prestaciones en el marco del Intercambio Prestacional en Salud.

Artículo 8. Del Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud

8.1 Se suscribe un Acuerdo entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, según corresponda, y las IAFAS públicas, en el cual se establece el Intercambio Prestacional en Salud como mecanismo de articulación de la oferta de servicios de salud pública y sus obligaciones en salud correspondientes. Este acuerdo comprende a las UGIPRESS e IPRESS públicas que conforman la red propia de cada una de las partes.

8.2 Los Gobiernos Regionales y Locales, en representación de sus UGIPRESS e IPRESS públicas a su cargo, suscriben el documento de vinculación al Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud, para dar cumplimiento al presente Reglamento. (Anexo 5).

CAPÍTULO III

DE LOS PROCESOS OPERATIVOS Y RESOLUCIÓN DE CONTRVERSAS EN EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD

Artículo 9. Del proceso de comunicación del Intercambio Prestacional en Salud a los asegurados

Las IAFAS públicas, en coordinación con la UGIPRESS e IPRESS públicas, deben comunicar a sus asegurados el objeto y la extensión de la cobertura del Intercambio Prestacional en Salud, debiendo quedar constancia expresa de ello. Se debe tomar como información mínima obligatoria a consignar, la siguiente:

- Las IPRESS a las que se encuentra adscrito el asegurado.



- El procedimiento de identificación del asegurado para su atención de salud.
- El proceso de referencia y contrarreferencia para la continuidad de atención del asegurado.
- El procedimiento de atención de quejas y reclamos a interponer por los asegurados.
- Cualquier otra información sobre aspectos del Acuerdo que coadyuve a preservar los derechos del asegurado al acceso a los servicios de salud.

Artículo 10. Del proceso de adscripción, identificación y acreditación de los asegurados en el Intercambio Prestacional en Salud

- 10.1.** Las IAFAS públicas realizan el proceso de adscripción de sus asegurados para el Intercambio Prestacional en Salud, tomando en cuenta la proximidad de las IPRESS públicas al lugar de residencia del asegurado.
- 10.2.** En el marco de Intercambio Prestacional en Salud, las IPRESS públicas de adscripción se configuran como las puertas de ingreso al sistema desde el primer nivel de atención, pudiendo ser de la red propia y preferente de la IAFAS pública del asegurado, o de otras IPRESS públicas. El proceso de adscripción se da en todos los distritos a nivel nacional.
- 10.3.** En las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, el documento de identificación para la atención y registro de prestaciones de los ciudadanos peruanos es el Documento Nacional de Identidad. En el caso de extranjeros es el Carné de Extranjería o Pasaporte, salvo las excepciones establecidas por Ley.
- 10.4.** La información de acreditación de los asegurados se transmite entre IAFAS públicas e IPRESS públicas a través del Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud – SITEDS, el cual contiene la información del asegurado y las condiciones de cobertura para el Intercambio Prestacional en Salud.

Artículo 11. Del proceso de atención de los asegurados en el Intercambio Prestacional en Salud

- 11.1.** Para la atención en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, los asegurados acuden directamente a sus IPRESS públicas de adscripción. (Ver Anexo 1).
- Adicionalmente, en el caso de complementariedad de atenciones en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, los asegurados deben ser referidos por las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, de acuerdo al procedimiento establecido en la norma de referencia y contrarreferencia aprobada por el Ministerio de Salud. (Ver Anexo 1).
- 11.2.** Para la atención en las IPRESS públicas de régimen hospitalario, los asegurados deben ser referidos por las IPRESS públicas de régimen ambulatorio u hospitalario, según sea el caso, de acuerdo al procedimiento establecido en la norma de referencia y contrarreferencia aprobada por el Ministerio de Salud. (Ver Anexo 1).



- 11.3.** Para la atención de los asegurados en casos de emergencia, se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus modificatorias, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 11.4.** Las prestaciones de salud en el Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud, indistintamente del nivel de atención en que se brinden, serán autorizadas por las IAFAS públicas a través del Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud – SITEDS, en forma automática.

Artículo 12. De la atención de los asegurados ante la necesidad de prestaciones no codificadas ni incluidas en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios

Durante la atención en las IPRESS públicas, si el asegurado necesita una prestación que no está codificada ni incluida en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios, las IPRESS públicas brindan esta prestación, siempre que cuenten con capacidad resolutive y capacidad de oferta disponible, previa autorización de la IAFAS del asegurado.

Artículo 13. De la atención de los asegurados ante la necesidad de prestaciones que exceden la capacidad resolutive o capacidad de oferta disponible de la IPRESS pública

- 13.1.** Durante la atención en las IPRESS públicas, si el asegurado necesita una prestación que exceda la capacidad resolutive o capacidad de oferta disponible, éstas deben referir al asegurado a otras IPRESS públicas para la continuidad de su atención, según la red de referencia determinada por la IAFAS pública.
- 13.2.** Solo en caso de que la red de referencia no estuviera determinada, las IPRESS públicas deberán efectuar la referencia a otras IPRESS públicas que tengan la capacidad resolutive o la capacidad de oferta disponible, en coordinación con las IAFAS públicas del asegurado sujeto de la prestación.

Artículo 14. Del proceso de Registro Prestacional

- 14.1.** Las IAFAS, las UGIPRESS e IPRESS públicas ejecutan el mecanismo, cronograma y sistema de información para el proceso de Registro Prestacional, conforme el Acuerdo y el presente Reglamento.
- 14.2.** Una vez culminada la atención al asegurado, las IPRESS públicas registran la información de la prestación en el Formato de Registro de Atención (Ver Anexo 3) y en el sistema de información de registro de las prestaciones, según el cronograma acordado por las partes.

Artículo 15. Del proceso de validación y conformidad prestacional

- 15.1.** Las IAFAS, las UGIPRESS e IPRESS públicas ejecutan el mecanismo, plazos y sistema de información para el proceso de validación prestacional, conforme el Acuerdo y el presente Reglamento.



- 15.2.** Recepcionado el Formato de Registro de Atención en medio físico o electrónico, según el cronograma acordado por las partes y el presente Reglamento, las IAFAS públicas validan, valorizan y dan conformidad a las prestaciones.
- 15.3.** Las prestaciones que superen el proceso de validación son consideradas prestaciones conformes y son reconocidas para su facturación y pago. Las que no superen dicho proceso son consideradas prestaciones observadas, pudiendo recurrir al proceso de reconsideración.
- 15.4.** Las IAFAS públicas comunican los resultados del proceso de validación a las UGIPRESS e IPRESS públicas, en un plazo que no excederá los treinta (30) días calendario. Esta comunicación puede incluir las causales de las observaciones a las prestaciones, las que deben ser formuladas por las IAFAS públicas en un solo acto y por única vez.

Artículo 16. Del proceso de reconsideración de las prestaciones observadas

- 16.1.** Las IAFAS, las UGIPRESS e IPRESS públicas ejecutan el mecanismo, plazos y sistema de información para el proceso de reconsideración prestacional, conforme el Acuerdo y el presente Reglamento.
- 16.2.** Las UGIPRESS e IPRESS públicas tienen treinta (30) días calendarios, contados desde la recepción de las prestaciones observadas, para enviar a las IAFAS públicas el informe de subsanación correspondiente. Vencido este plazo, no se puede plantear otra reconsideración.
- 16.3.** Una vez recibido el informe de subsanación, las IAFAS públicas tienen quince (15) días calendarios, contados desde la recepción de dicho informe, para evaluar y comunicar los resultados del presente proceso a las UGIPRESS e IPRESS públicas. La reconsideración otorga conformidad total o parcial a las prestaciones observadas.

Artículo 17. Del proceso de facturación y pago prestacional

- 17.1.** Las IAFAS, las UGIPRESS e IPRESS públicas ejecutan el mecanismo, plazos y sistema de información para el proceso de facturación y pago prestacional, conforme el Acuerdo y el presente Reglamento.
- 17.2.** Una vez recibidos los resultados de los procesos de validación o reconsideración, según corresponda, las UGIPRESS e IPRESS públicas deben elaborar el documento de pago respectivo, tomando como base la valorización de las prestaciones conformes. El documento de pago debe ser enviado a las IAFAS públicas, en un plazo que no excederá los quince (15) días calendario, contados desde la recepción de los resultados de los procesos de validación o reconsideración, según corresponda.



- 17.3.** Una vez recibido el documento de pago, las IAFAS públicas evalúan su conformidad y proceden al pago correspondiente en el plazo acordado, el mismo que no excederá los treinta (30) días calendarios, contados desde la presentación del documento de pago. En caso de ser observado el comprobante de pago presentado, las IAFAS públicas deben comunicar en forma inmediata a las UGIPRESS o IPRESS públicas para su subsanación (ver Anexo 2).
- 17.4.** La información de facturación de la atención de los asegurados se transmitirá entre IAFAS e IPRESS públicas a través del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF.

Artículo 18. Del proceso de control prestacional en el Intercambio Prestacional en Salud

- 18.1.** Las IAFAS públicas realizan el control prestacional mediante visitas inopinadas y acciones de supervisión, acciones para medir la satisfacción de los asegurados, auditoría de las prestaciones de salud a las IPRESS públicas que brindan servicios a sus asegurados, y otras actividades de control que las IAFAS consideren pertinentes durante el desarrollo del Acuerdo.
- 18.2.** Las IPRESS públicas cumplen esta disposición, bajo responsabilidad administrativa, sin perjuicio de las acciones que realiza la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD para el cumplimiento de esta disposición, en el marco de sus competencias.
- 18.3.** La auditoría de las prestaciones de salud, se efectúa a través de medios electrónicos de manera automatizada y, por Médicos Auditores o Profesionales de la Salud capacitados en auditoría prestacional. Cada una de las Entidades involucradas designa a los auditores.

Artículo 19. De la solución de controversias en el Intercambio Prestacional en Salud

- 19.1.** Las controversias que surjan durante la ejecución del Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud pueden ser resueltas de mutuo acuerdo.
- 19.2.** En caso de persistir la controversia, ésta debe ser resuelta a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por el CECONAR.

CAPÍTULO IV

DE LAS TARIFAS EN EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD

Artículo 20. De las tarifas

- 20.1.** Las tarifas de las prestaciones aprobadas en el Intercambio Prestacional en Salud deben cumplir con tres criterios:



- a. Se definen tomando como base el código del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios y se elaboran en base a costos totales, según la normativa aplicable.
- b. No tienen fines de lucro.
- c. Son ajustadas a la modalidad de pago.

20.2. Para las tarifas de las prestaciones brindadas en el régimen hospitalario el precio de los productos farmacéuticos no está contenido en la tarifa, y para ello se aplica el costo de adquisición. La fuente de información para el costo de los productos farmacéuticos, es el Sistema integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos – SISMED u otros sistemas que hagan sus veces en las IAFAS, UGIPRESS o IPRESS públicas.

20.3. En la determinación de las tarifas de las prestaciones, las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, utilizarán el tarifario o las unidades relativas de valor que el Ministerio de Salud apruebe.

Artículo 21. Tarifa de prestaciones no codificadas ni incluidas en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios

La tarifa de prestaciones no codificadas ni incluidas en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios es pagada, conforme al artículo 20 del presente Reglamento, sobre la base de la tarifa de las IPRESS públicas que brindan la atención.

CAPÍTULO V

FINANCIAMIENTO, MODALIDADES Y MECANISMOS DE PAGO, Y USO DE LOS RECURSOS EN EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD

Artículo 22. Del financiamiento y la certificación presupuestal en el Intercambio Prestacional en Salud

Las prestaciones de salud objeto del Intercambio Prestacional en Salud se financian con cargo al presupuesto institucional de las IAFAS públicas, el mismo que debe contar con la certificación presupuestal correspondiente.

Artículo 23. De las modalidades y mecanismos de pago en el Intercambio Prestacional en Salud

23.1. Para las prestaciones que se brinden en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, la modalidad de pago definida será el pago capitado, el cual comprende como mínimo la Cartera de Atenciones de Salud de Establecimientos de Salud de Régimen de Atención Ambulatoria, de acuerdo a la normativa aplicable. Las prestaciones de salud que excedan la Cartera de Atenciones de Salud de Establecimientos de Salud de Régimen de Atención Ambulatoria son pagadas con la modalidad de pago del régimen hospitalario. De igual forma, en el caso de



complementariedad de servicios, las prestaciones de salud son pagadas con la modalidad de pago del régimen hospitalario.

El pago capitado es a costo total y el mecanismo de pago es de forma prospectiva, sujeta a procesos de ajuste y control posterior.

23.2. Para las prestaciones que se brinden en las IPRESS públicas de régimen hospitalario, la principal modalidad de pago es el pago por servicio, según tarifario. Otras modalidades de pago deben ser acordadas entre las partes. Asimismo, el mecanismo de pago debe ser acordado entre las partes, pudiendo ser en forma prospectiva o retrospectiva, según favorezca la sostenibilidad financiera y operativa de las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas.

23.3. Para las prestaciones que se brinden en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio u hospitalario, relacionadas a la atención de los asegurados en casos de emergencia, son pagadas con la modalidad de pago del régimen hospitalario.

Artículo 24. Del uso de los recursos financieros del Intercambio Prestacional en Salud

24.1. Las Entidades que gestionan y administran recursos financieros del Intercambio Prestacional en Salud garantizan el uso exclusivo de estos recursos con el fin de que las IAFAS públicas financien las prestaciones de salud y que las UGIPRESS o la Entidad a la que pertenecen las IPRESS públicas realicen la provisión de recursos, reposición de gastos y mejora de servicios para la atención directa de los asegurados. Para su cumplimiento, las Entidades están sujetas a sus normas específicas.

24.2. Las IAFAS públicas entregan los recursos financieros del Intercambio Prestacional en Salud a las Unidades Ejecutoras de Los Gobiernos Regionales y del Ministerio de Salud, debiendo informar éstas últimas a sus respectivas IPRESS públicas y al órgano competente del Ministerio de Salud, la entrega de dichos recursos financieros dentro del plazo de 15 días calendarios.

CAPÍTULO VI

TRANSPARENCIA, SISTEMA DE INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Artículo 25. De la transparencia en el Intercambio Prestacional en Salud

25.1. Las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas se deben reciprocidad en la información sobre los procedimientos, actos médicos y en general sobre todo acto vinculado con los servicios prestados en el marco del Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud y Documento de Vinculación, que corresponda.



25.2. Las IAFAS públicas colocan en su portal institucional el Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud y el Documento de Vinculación, así como toda aquella información relacionada a su desarrollo, así como las tarifas de las prestaciones.

25.3. Lo dispuesto en el presente artículo, respecto a la información de carácter personal y su protección, se supedita a lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus modificatorias, a la Ley de Protección de Datos Personales y a la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y sus respectivos reglamentos y normas complementarias.

Artículo 26. Actuación del Ministerio de Salud en el Intercambio Prestacional en Salud

26.1. El Ministerio de Salud define metas e indicadores, realiza el seguimiento al proceso y a la evaluación de los resultados del Intercambio Prestacional en Salud a nivel nacional a través de su órgano competente, de acuerdo a la normativa aplicable.

26.2. El Ministerio de Salud hace uso del Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud – SITEDS, el Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF u otros sistemas de información que se requiera. Asimismo, solicita información sobre todos los aspectos vinculados al Intercambio Prestacional en Salud, incluyendo los aspectos financieros y prestacionales, a las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, estando éstas obligadas a entregar dicha información dentro del plazo que establezca el Ministerio de Salud según normativa aplicable.

Artículo 27. De la supervisión y sanción de las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas por parte de SUSALUD

SUSALUD, en coordinación con el Ministerio de Salud, supervisa el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Reglamento. Asimismo, supervisa el cumplimiento del Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud entre las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, de acuerdo a la normativa aplicable, aplicando medidas correctivas y recomendando el inicio del procedimiento administrativo sancionador a que diera lugar.

Artículo 28. Del uso e interoperabilidad de los sistemas de información en el Intercambio Prestacional en Salud

28.1. El uso del Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud – SITEDS y del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF es obligatorio para las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas en el Intercambio Prestacional en Salud.

28.2. El sistema electrónico de transferencia de información de IPRESS y UGIPRESS y el Registro Nacional de IPRESS, deben interoperar para compartir información de la cartera de atenciones de salud de las IPRESS públicas a nivel nacional y en tiempo real, así como para ser usados y monitorear el Intercambio Prestacional en Salud.



- 28.3.** Los procedimientos que se utilicen en el Intercambio Prestacional en Salud deben estar denominados y codificados según el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios aprobado por el Ministerio de Salud. De requerirse uno o más procedimientos no contenidos en dicho catálogo, las IAFAS públicas deben solicitar su incorporación, denominación y codificación al Ministerio de Salud.

CAPÍTULO VII

MECANISMO DE ARTICULACION Y OPERACIÓN PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL ACUERDO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD Y SU DOCUMENTO DE VINCULACIÓN

Artículo 29. De la suscripción del Acuerdo

- 29.1.** El Ministerio de Salud en su rol modulador del Intercambio Prestacional, coordina la suscripción del Acuerdo, según lo señalado en el artículo 8° del presente Reglamento.
- 29.2.** El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Seguro Integral de Salud, el Seguro Social de Salud, Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, Fondo de Salud de la Fuerza Aérea del Perú, Fondo de Salud de la Marina de Guerra del Perú e Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Ejército del Perú - FOSPEME, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles de haber sido notificados para la reunión, informarán al Ministerio de Salud las condiciones para el Intercambio Prestacional en Salud, según lo reglado por el artículo 9° del presente Reglamento.
- 29.3.** El Ministerio de Salud monitorea la suscripción del Documento de Vinculación que se suscriba, en el marco del Intercambio Prestacional en salud.

Artículo 30. De la suscripción del Documento de Vinculación.

- 30.1.** El Ministerio de Salud convoca a todos los Gobiernos Regionales a fin de celebrar la suscripción del Documento de Vinculación que corresponda.
- 30.2.** Los Gobiernos Regionales informan al Ministerio de Salud las condiciones para el Intercambio Prestacional en Salud, de conformidad con lo estipulado por el artículo 8° del presente Reglamento.



DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. De los convenios vigentes

En caso exista algún convenio de Intercambio Prestacional en Salud vigente, este se resuelve de forma automática al suscribirse el Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud o Documento de Vinculación, según sea el caso.

En un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días hábiles, posteriores a la publicación del presente Reglamento, se firma el acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud.

Segunda. De la Prioridad de las IPRESS públicas para la conformación de la red prestadora de las IAFAS públicas

Las IAFAS públicas están obligadas a priorizar las IPRESS públicas para la conformación de su red prestadora, debiendo articular la oferta pública existente en el país.

Tercera. Del uso del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios en el Intercambio Prestacional en Salud

Los procedimientos que se utilicen en el Intercambio Prestacional en Salud deben estar denominados y codificados según el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios aprobado por el Ministerio de Salud. De requerirse uno o más procedimientos no contenidos en dicho catálogo, las IAFAS públicas deben solicitar su incorporación, denominación y codificación al Ministerio de Salud.

Cuarta. Del uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos en el Intercambio Prestacional en Salud

Las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas o las Entidades a las cuales pertenezcan, priorizan la compra de productos farmacéuticos a través de la Compra Corporativa sectorial, conducida por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos del Sector Salud (CENARES).

La disponibilidad y utilización de medicamentos en las IPRESS públicas para la atención de los asegurados en el marco del Intercambio Prestacional en Salud, se sujetan a lo dispuesto en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud, y los petitorios de otras Entidades, según corresponda.

Quinta. De la protección de los asegurados ante el gasto de bolsillo indebido en salud

Las IAFAS públicas deben aprobar en un plazo de treinta (30) días hábiles, contados desde la vigencia del presente Reglamento, el procedimiento de reembolso a sus asegurados por el gasto de bolsillo indebido durante la atención en las IPRESS públicas bajo Intercambio Prestacional en Salud, conforme a la normativa aplicable.



Las IAFAS públicas pueden repetir o descontar el importe reembolsado a sus asegurados, contra las UGIPRESS o IPRESS públicas en las que se ejecutó el gasto de bolsillo indebido. Esto se realiza, sin perjuicio de la facultad para verificar las causas que dieron origen a dicha situación, o del inicio del procedimiento administrativo sancionador que corresponda.

Las controversias que surjan serán resueltas según lo dispuesto en el artículo 19 del presente Reglamento.

Sexta. De la efectivización del pago

El pago de las prestaciones de una IAFAS pública a una UGIPRESS o IPRESS pública se efectiviza mediante los mecanismos propios de cada IAFAS o a través de la emisión de un comprobante de pago.

Séptima. De la Protección de Datos Personales en Salud

De acuerdo a las leyes vigentes, las acciones que se deriven de la aplicación del Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el sector público, y el presente Reglamento, deben cautelar la Protección de Datos Personales en Salud de los usuarios.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera. De la progresividad de la Interoperabilidad de los sistemas de información en el Intercambio Prestacional en Salud

Las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas implementan el Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud, como máximo hasta el 31 de agosto de 2018, fecha a partir de la cual su uso será obligatorio en el Intercambio Prestacional en Salud.

Hasta que dicho sistema se implemente, la consulta sobre la vigencia de afiliación del asegurado se realiza a través de la plataforma web "Resuelve" del Registro de Afiliados de SUSALUD, o la que haga sus veces u otro mecanismo según acuerdo de las partes.

Para ello, las IAFAS públicas deben mantener actualizada la información de afiliación en el Registro de Afiliados de SUSALUD. En caso se produzca la atención de su asegurado en una IPRESS pública y éste no tenga información actualizada en el Registro de Afiliados de SUSALUD, es responsabilidad de la IAFAS pública para todo efecto relacionado con el pago de la prestación de salud.

Las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas implementan el Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF como máximo



hasta el 31 de diciembre del 2018, fecha a partir de la cual su uso será obligatorio en el Intercambio Prestacional en Salud.

De no contar con un sistema de información, las IPRESS públicas deben enviar a las IAFAS públicas el Formato de Registro de Atención en medio físico o electrónico.

Hasta que dicho sistema se implemente, se mantendrá el procedimiento actual para el proceso de notificación de facturación entre las IAFAS e IPRESS públicas.

Las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas implementan el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios, según la norma que apruebe el Ministerio de Salud para dicho efecto, fecha a partir de la cual su uso será obligatorio en el Intercambio Prestacional en Salud.

Hasta que dicho Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios se implemente, se mantendrá el procedimiento actual para el proceso de notificación de procedimientos entre las IAFAS públicas e IPRESS públicas.

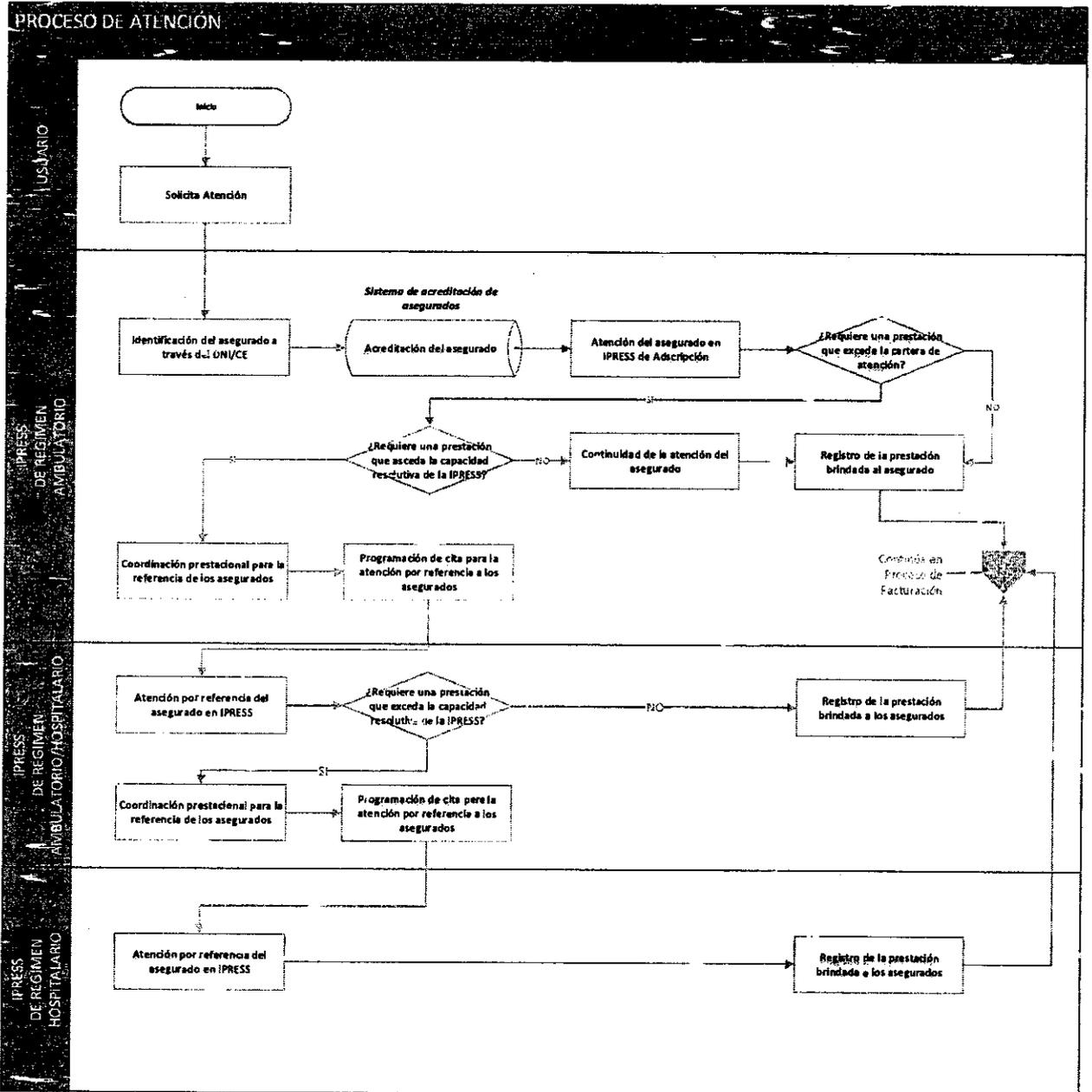
Segunda. De la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

En un plazo que no excederá de treinta (30) días hábiles a partir de la publicación del presente Reglamento, mediante Resolución Ministerial se aprobará la actualización de la Norma Técnica de Salud de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes aplicable al sector salud.



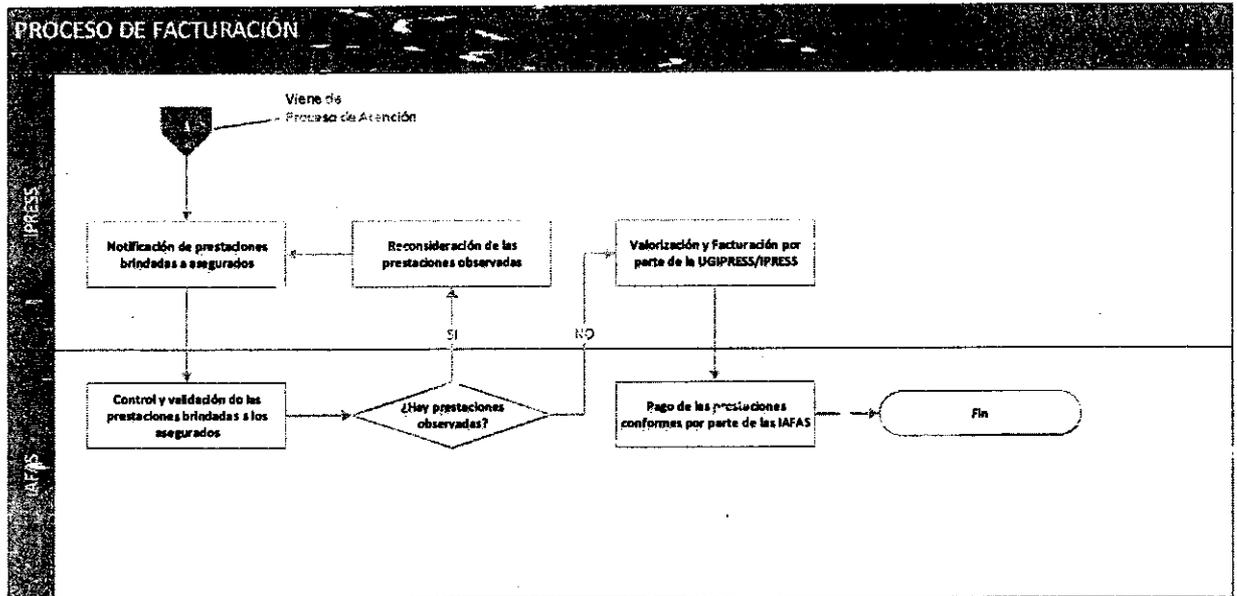
Anexo 1

Flujograma del proceso de atención a los asegurados en IPRESS bajo el Intercambio Prestacional en Salud



Anexo 2

Flujograma de los procesos de facturación y pago de las prestaciones del Intercambio Prestacional en Salud



EXPOSICION DE MOTIVOS DEL REGLAMENTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1302, DECRETO LEGISLATIVO QUE OPTIMIZA EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Análisis de la Constitucionalidad y Legalidad del Reglamento:

Mediante Ley N° 30506, se aprobó la Ley que delega facultades legislativas al Poder Ejecutivo, en la cual, en su literal h) del numeral 1 del artículo 2, se faculta a dictar medidas para la optimización de servicios en las entidades públicas del Estado, coadyuvando al fortalecimiento institucional y la calidad en el servicio al ciudadano.

Bajo ese marco legal, se emitió el Decreto legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, aprobado por Decreto Legislativo 1302, en la cual, en su cuarta disposición complementaria final, sobre la reglamentación, estableció que en un plazo que no excederá de noventa (90) días hábiles, a partir de su publicación, el Ministerio de Salud, mediante Decreto Supremo, establecerá las normas reglamentarias que correspondan.

Por lo expuesto, la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, que tiene como función "Proponer normas y lineamientos en materia de intercambio prestacional", entre otras, ha elaborado el anteproyecto de reglamento del Decreto Legislativo optimización del intercambio prestacional en salud en el sector público.

2. Descripción del Problema

El Sistema de Salud en el Perú se encuentra compuesto por varios subsistemas prestadores de servicios de salud como: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante IPRESS¹) del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, las IPRESS del Seguro Social de Salud – ESSALUD, las IPRESS de las Fuerzas Armadas, que a su vez se dividen en las que pertenecen al Ejército, a la Marina de Guerra y a la Fuerza Aérea, las IPRESS de la Policía Nacional del Perú, las IPRESS de los Gobiernos Locales, las IPRESS del Instituto Nacional Penitenciario y las IPRESS privadas. Asimismo, está compuesto por varios financiadores como: la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante IAFAS²) Seguro Integral de Salud (SIS) adscrito al Ministerio de Salud; La IAFAS Seguro Social de Salud (ESSALUD) adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; las IAFAS FOSPEME, FOSMAR y FOSFAP adscritas al Ministerio de la Defensa; y la IAFAS SALUDPOL adscrita al Ministerio del Interior; y las IAFAS



¹ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención. Fuente: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (LMAUS), Ley N° 29344, Art. 8.

² Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, son aquellas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados; Ley N° 29344, Art. 7.

privadas. En pocas palabras, lo expuesto significa que tenemos un Sistema de Salud fragmentado y segmentado.

Las IAFAS públicas, tienen redes prestadoras de servicios de salud con una presencia territorial heterogénea en el país, esto es, cada IAFAS no cuenta con IPRESS públicas situadas en todo el país que les permita atender a toda su población asegurada por distrito. Esta heterogeneidad puede ser homogenizada de alguna manera, si se considera el universo de IPRESS públicas que existen en el país, las que se encuentran presentes en casi todos los ámbitos territoriales donde están los asegurados de las IAFAS públicas.

Las IPRESS públicas tienen que complementarse entre sí para atender a todos los asegurados del país que pertenecen a una u otra IAFAS pública, sin limitar la atención al tipo de IAFAS a la que se encuentra afiliado. Esto va a demandar la implementación de mecanismos de articulación entre los diversos actores públicos con la finalidad de atender, sino a la totalidad, a la mayor parte de población peruana.

En ese sentido, la articulación interinstitucional entre IAFAS, UGIPRESS³ e IPRESS públicas, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, comprende, entre otros, al intercambio prestacional en salud, el que se encuentra regulado en la Ley N° 29344, que aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud, en su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA y en su Texto Único Ordenado aprobado por Decreto Supremo 020-2014-SA. Además, se observa que mediante el Decreto Legislativo N° 1159 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 003-2016-SA, se buscó establecer las condiciones para su implementación y desarrollo en el sector público; que mediante Decreto Supremo N° 031-2014-PCM, se creó la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente de intercambio prestacional, con la finalidad de impulsar, coordinar, desarrollar y hacerle seguimiento en todos los subsectores y niveles de gobierno; y que mediante Decreto Supremo N° 005-2012-SA se aprobaron disposiciones complementarias entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud – SIS y el Seguro Social de Salud – ESSALUD, relativas al intercambio prestacional en salud.



Bajo el marco normativo descrito, se han suscrito convenios entre el Seguro Integral de Salud (en adelante SIS), el Seguro Social de Salud (en adelante ESSALUD) y los Gobiernos Regionales (en adelante GORES), con una baja producción de prestaciones de salud, y con diversas dificultades durante su implementación, las que fueron expuestas a través de los informes remitidos por los GORES y el SIS al Ministerio de Salud, de los cuales, una vez sistematizados, se pueden identificar los siguientes procesos críticos:

- **Proceso de suscripción y/o modificación de convenios de intercambio prestacional:** Ausencia de convenios entre IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas distintas a las de los GORES, SIS y ESSALUD, existiendo la necesidad de otras IAFAS de suscribir convenios con IPRESS distintas a las de su sector o con las de los GORES; falta de modificación de los convenios, para su adecuación a la normatividad vigente.

³ Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Fuente: Resolución de Superintendencia N° 114-2014-SUSALUD-S.



- **Proceso de modificación de las IPRESS de la red prestadora, las prestaciones de salud y las tarifas de los convenios de intercambio prestacional:** Limitada cantidad de IPRESS que participan en los convenios; prestaciones de salud no contempladas en los convenios no son reconocidas para el pago; prestaciones de emergencias en la que las partes no se ponen de acuerdo sobre la tarifa a aplicar para el pago; no inclusión de transporte asistido y/o traslados de pacientes en los convenios; dificultades en la actualización del tarifario por la obligatoriedad de estar sustentadas en estructuras de costos.
- **Proceso de acreditación de los asegurados:** Retrasos en el envío y recepción de base de datos de asegurados, para la acreditación de su condición de asegurado y su cobertura prestacional; dificultades para la autorización de las prestaciones de salud, en ambos casos ocasionando que asegurados que sí les corresponde no puedan ser atendidos o viceversa.
- **Proceso de atención de los asegurados en las IPRESS:** No se ha definido el procedimiento cuando se presentan casos de prestaciones no contempladas en los acuerdos, ocasionando que no se le brinde la prestación o que el asegurado tenga que pagar por ella (gasto de bolsillo).
- **Proceso de referencia de los asegurados a otras IPRESS:** No se ha definido el procedimiento cuando se exceda la capacidad resolutive de la IPRESS y que el asegurado tenga que ser referido (red de referencia y contrarreferencia, y sus mecanismos de coordinación para la referencia).
- **Proceso de registro, control y validación prestacional, y reconsideración:** Dificultades en la aplicación de los criterios para validación prestacional (reglas de consistencia y de validación complejas y que no facilitan el proceso), deficiencias en el aplicativo de SIASIS principalmente en el proceso de reconsideración; en ocasionando alto porcentaje de prestaciones con observaciones y reconsideraciones por motivo de extemporaneidad.
- **Proceso de pago de las prestaciones brindadas a los asegurados:** Retrasos en la valorización, emisión de documentos de pago y pago por las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS; deficiente control sobre los recursos financieros del intercambio prestacional en salud para reponer los gastos que incurren las IPRESS.

De otro lado, las estadísticas sobre las prestaciones brindadas en el marco del intercambio prestacional en salud muestran un incremento desde el 2013 al 2015 y el primer trimestre del 2016, sin embargo éstas no serían suficientes para reducir significativamente la demanda no atendida de los asegurados de las distintas IAFAS.

| REPORTE DE PRESTACIONES BRINDADAS EN EL MARCO DEL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD A JUNIO DE 2016 | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| ENTIDAD | * PRESTACIONES REGISTRADAS | ** PRESTACIONES NO REGISTRADAS | TOTAL DE PRESTACIONES |
| ESSALUD | 66,589 | — | 66,589 |
| SIS | 1,720 | 6,986 | 8,706 |

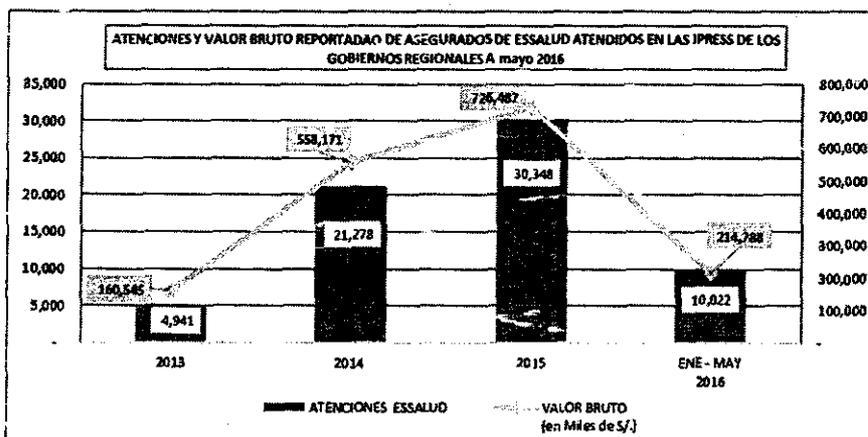
| | | | |
|--------------|---------------|--------------|---------------|
| TOTAL | 68,309 | 6,986 | 75,295 |
|--------------|---------------|--------------|---------------|

*Reporte base de datos de la OGTI del SIS

** Reporte de las UDR, no registradas en la base de datos del SIS

En cuando a las prestaciones brindadas a los asegurados de ESSALUD en las IPRESS de los GORES, principalmente en el primer nivel de atención, se realizaron 4,941 prestaciones en el 2013 y se quintuplicó a 30,348 en el 2015, y en el primer trimestre del 2016 se realizaron 10,022 prestaciones lo cual indica un probable incremento de las prestaciones para ese año.

Prestaciones registradas a los asegurados de ESSALUD

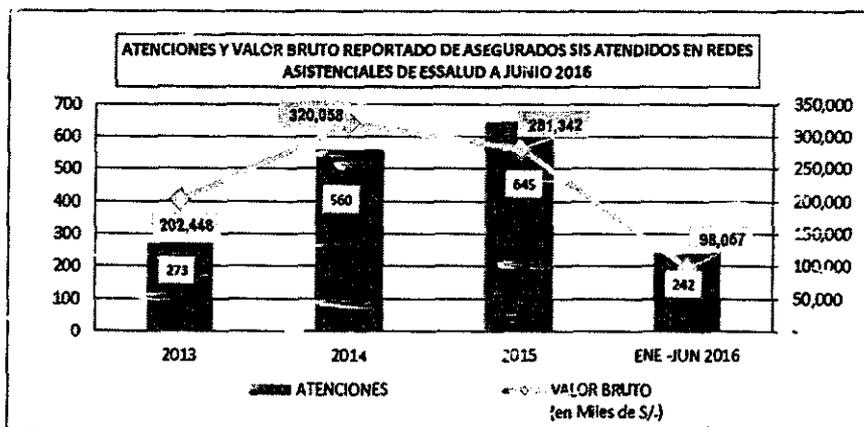


Fuente: OGTI – SIS. Elaboración: GREP – SIS



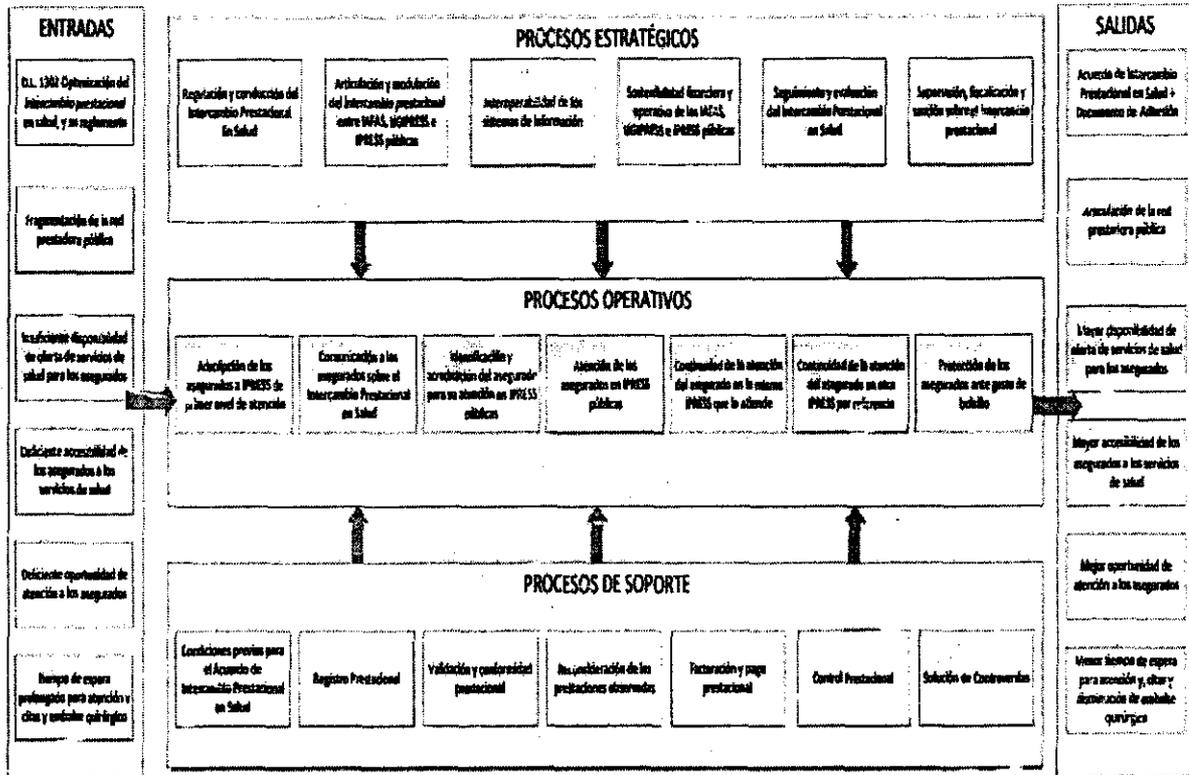
En cuando a las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS en las IPRESS de las Redes Asistenciales de ESSALUD, principalmente en el segundo y tercer nivel de atención, se realizaron 273 prestaciones en el 2013 y se duplicó a 645 en el 2015, y en el primer semestre del 2016 se realizaron 242 prestaciones lo cual indica una probable disminución de las prestaciones para ese año.

Prestaciones registradas a los asegurados del SIS



Los Procesos en el Intercambio Prestacional en Salud en el sector público

MAPA DE PROCESOS DEL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO



3. Análisis exhaustivo del contenido de la propuesta de Reglamento

Ámbito de aplicación:

Abarca a los siguientes agentes del Aseguramiento Universal en Salud: Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas pertenecientes al Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Naturaleza del Intercambio Prestacional en Salud:

El sentido del Intercambio Prestacional debe estar en concordancia con lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 1302 "Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud del Sector Público", que en su artículo 2 define al Intercambio Prestacional como las acciones de articulación interinstitucional que garantizan el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas. Estas acciones van a contribuir a una mayor disponibilidad y accesibilidad, mejor oportunidad de atención, y uso eficiente de la oferta disponible, a través de la articulación de la red prestadora pública a nivel nacional.

El rol del Ministerio de Salud en el Intercambio Prestacional en Salud:

El Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras establecidas en la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobada mediante Decreto Legislativo N° 1161, conduce y promueve la implementación y condiciones para la optimización del intercambio prestacional en salud entre las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas a nivel nacional, con la finalidad de articular la red prestadora pública. Asimismo, el Ministerio de Salud realiza el seguimiento durante la implementación del intercambio prestacional y da asistencia técnica a las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, así como monitorea el proceso y los resultados del intercambio prestacional en salud y de acuerdo a ello, de ser necesario, realiza las acciones que permitan optimizar su desarrollo.

Asimismo, según lo establecido en el artículo 8 del D.L. 1302 el Ministerio de Salud modula y desarrolla el proceso de articulación de las UGIPRESS e IPRESS públicas de su propia red prestadora y la de los Gobiernos Regionales con las IAFAS públicas, lo que debe establecerse por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial. Además, el Ministerio de Salud tiene un rol articulador y modulador del intercambio prestacional en salud entre las IAFAS y las UGIPRESS e IPRESS públicas distintas a las del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, a pedido de éstas en forma voluntaria, oficial y mediante disposición expresa de su máxima autoridad.



Obligatoriedad del Intercambio Prestacional en Salud:

Se dispone como obligatorio la participación de todas las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas de todo el país, siempre que cumplan con dos requisitos: 1. Que la capacidad de atención de la IAFAS pública requerida no pueda ser satisfecha por su red prestadora; 2. Que la IPRESS pública requerida cuente con la capacidad resolutive y la capacidad de oferta disponible para proceder al Intercambio Prestacional en salud.

Asimismo, se establece que todas las UGIPRESS e IPRESS públicas deben suscribir el Acuerdo de intercambio prestacional en salud, con todas las prestaciones de su cartera de servicios, considerando su capacidad resolutive y su capacidad de oferta disponible, pudiendo incluirse el traslado y el transporte asistido de pacientes, así

como la aplicación de tecnologías de información y comunicaciones (Telesalud) para la atención, con la finalidad de asegurar que los asegurados continúen con su atención.

La capacidad resolutive de las IPRESS públicas, es certificada por la autoridad competente. Ello, sin perjuicio de la facultad que posee la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante SUSALUD) para velar por el cumplimiento de esta disposición.

La capacidad de oferta disponible de las IPRESS públicas deben ser determinadas por el titular de dicha IPRESS, contando con la supervisión de SUSALUD. Para aquellos casos en que una IPRESS pública comunique que no cuenta con oferta disponible, deberá remitir copia de esta determinación a la autoridad competente para su verificación y control posterior. Se busca evitar que las IPRESS públicas se nieguen de manera injustificada a recibir pacientes teniendo oferta disponible.

Condiciones para el Intercambio Prestacional en Salud:

Según el artículo 3 del D.L. N° 1302, las condiciones para el intercambio prestacional son establecidas en el reglamento, debiendo contener como mínimo: identificación de la demanda insatisfecha, formalización del Acuerdo entre las partes, capacidad resolutive, sistema de identificación sobre la base del DNI, tarifas aprobadas por las partes, intercambio de información e interoperabilidad de los sistemas y certificación presupuestal.

Para las IAFAS públicas, la lista de espera (colas de pacientes para conseguir ser atendidos) o el diferimiento y el que no se cuente con prestadores de su red propia y preferente, señalan la condición para requerir el Intercambio Prestacional en Salud.

Para las UGIPRESS e IPRESS públicas, según corresponda, la capacidad de oferta disponible y la capacidad resolutive de las IPRESS, indican las condiciones para realizar prestaciones en el marco del Intercambio Prestacional en Salud.

Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud:

Por tener carácter de obligatorio el Intercambio Prestacional en Salud entre IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, de conformidad a lo dispuesto por el artículo 4 del Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, se ha dispuesto la suscripción de un Acuerdo entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos con las IAFAS, en el que se establezca el intercambio prestacional en salud como mecanismo de articulación entre la oferta de servicios de salud pública y sus obligaciones en salud que correspondan.

Asimismo, es importante indicar que los Gobiernos Regionales y Locales, así como los diferentes sectores que tengan a su cargo UGIPRESS e IPRESS públicas, se



vincularán al Acuerdo mencionado en el párrafo anterior, conforme lo ordenado en el Decreto Legislativo 1302.

Proceso de comunicación del Intercambio Prestacional en salud a los asegurados:

Constituye una de las primeras condiciones para que el intercambio prestacional en salud se dé. A través de este proceso, se busca que los asegurados estén informados sobre todos los alcances del mismo, principalmente respecto a: las IPRESS a las cuales se encuentra adscrito el asegurado, el proceso de identificación y acreditación de los asegurados para su atención de salud, el proceso de referencia y contrarreferencia, el procedimiento de atención de quejas y reclamos, así como cualquier otra información que pudiera resultar relevante para preservar los derechos del asegurado al acceso a los servicios de salud.

En razón de esto, se ha dispuesto que las IAFAS públicas en coordinación con las UGIPRESS e IPRESS públicas, deben comunicar a sus asegurados dichos aspectos.

Proceso de adscripción, identificación y acreditación de los asegurados en el Intercambio Prestacional en Salud:

El proceso de adscripción en el marco del intercambio prestacional en salud es la puerta de ingreso al sistema de salud. La adscripción se da en todos los distritos a nivel nacional, pudiendo ser de la red propia y preferente o de otra IPRESS pública. Para que este proceso de adscripción se concrete es necesario que se tenga en cuenta la proximidad de la IPRESS pública al lugar de residencia del asegurado.

Según lo dispuesto en la primera disposición complementaria final del Decreto Legislativo N° 1302 que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, la identificación del asegurado es el DNI, el carnet de extranjería, y el pasaporte, salvo las excepciones establecidas por Ley.

Asimismo, debido a que el SIS y los Gobiernos Regionales informan que hay problemas en la acreditación de los asegurados ya que los envíos de las bases de datos de información no es oportuna y en algunos casos, no es coherente con la información que se muestra en los sistemas administrativos de las IAFAS: SIS y ESSALUD, se ha dispuesto que se utilice el Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas – SITEDS, como canal de transmisión de dicha información, debiendo contener la información del asegurado y las condiciones de cobertura.

Proceso de atención de los asegurados en el Intercambio Prestacional en Salud:

Con la finalidad de facilitar la atención de los asegurados en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, es necesario que se disponga que los asegurados acudan directamente sin la necesidad de ser referidos, previa adscripción.



De la misma forma, se busca regular aquellos casos en donde exista complementariedad de atenciones en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, para lo cual los asegurados deben ser referidos por las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, según lo que disponga la norma de referencia y contrarreferencia aprobada por el Ministerio de Salud.

Para la atención en las IPRESS públicas de régimen hospitalario, los asegurados deben ser referidos por las IPRESS públicas de régimen ambulatorio u hospitalario, siguiendo las disposiciones de la normativa sobre referencia y contrarreferencia que expida el Ministerio de Salud.

Asimismo, es necesario precisar que, para la atención de los asegurados en los casos de emergencia, se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos; y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 016-2002-SA.

Finalmente, establecerse que las prestaciones de salud contempladas en los Acuerdos de Intercambio Prestacional en Salud, serán autorizadas por la IAFAS pública a través del Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud – SITEDS, de manera automática.

De la atención de los asegurados ante la necesidad de prestaciones no codificadas ni incluidas en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios:

Para facilitar la continuidad de la atención de los asegurados, sin que tengan que hacer éstos un gasto de bolsillo, se ha dispuesto que en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, las prestaciones no codificadas ni incluidas en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios, sean brindadas de todas formas siempre que se cuente con capacidad resolutive y capacidad de oferta disponible, y exista previa autorización de la IAFAS del asegurado.

De la atención de los asegurados ante la necesidad de prestaciones que exceden la capacidad resolutive o capacidad de oferta disponible de la IPRESS pública:

El presente artículo tiene como sustento la continuidad de la atención de los pacientes buscando salvaguardar su vida y su integridad.

Para los casos en que un asegurado requiera una prestación que excede la capacidad resolutive y la capacidad de oferta disponible de la IPRESS pública en que se viene atendiendo, se debe optar por referirlo a otra IPRESS pública, teniendo en cuenta la red de referencia determinada por la IAFAS pública, con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención.

Asimismo, establece una salvedad a la regla del párrafo anterior, para aquellos casos en que la red de referencia no estuviera determinada. En este caso, la IPRESS



pública debe efectuar la referencia a otra IPRESS que tenga la capacidad resolutive o capacidad de oferta disponible, en coordinación con la IAFAS pública del asegurado.

Proceso de registro prestacional:

En lo que corresponde al registro de la información de la prestación, las IAFAS públicas y las UGIPRESS o IPRESS públicas, realizan este registro según el mecanismo, cronograma y sistema de información que se acuerde, y en correspondencia con lo dispuesto en el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302.

La IPRESS pública realiza el registro de la información de la prestación en el Formato de Registro de Atención, y en el Sistema de Información de Registro de las Prestaciones, según el cronograma acordado por las partes.

El presente artículo tiene como finalidad controlar de manera permanente todas las prestaciones que se dan en el marco del intercambio prestacional en salud.

Proceso de validación y conformidad prestacional:

Se tiene como finalidad validar, valorizar y dar conformidad a las prestaciones que fueron registradas en el Formato de Registro de Atención, y enviadas en medios físicos o electrónicos. Luego, las IAFAS públicas comunican los resultados del proceso de validación a las UGIPRESS o IPRESS públicas, así como las causales de las observaciones a las prestaciones, en un plazo que no debe exceder los 30 días calendarios.

Las prestaciones que superen el proceso de validación deben ser consideradas prestaciones conformes y son reconocidas para la facturación y el pago, y las que no superen este proceso son consideradas prestaciones observadas y pueden acudir al proceso de reconsideración.

Es importante precisar que todas las observaciones de la prestación deben ser formuladas en un solo acto y por única vez, con la finalidad de no dilatar el proceso.

Proceso de reconsideración de las prestaciones observadas:

La reconsideración tiene como efectos otorgar conformidad total o parcial de las prestaciones observadas.

Una vez recepcionadas las prestaciones observadas, las UGIPRESS o IPRESS públicas, tienen 30 días calendarios para subsanar y levantar dichas observaciones con el sustento que corresponda, así como para enviar el informe de subsanación a la IAFAS pública. Es importante precisar que una vez transcurrido este plazo, no se puede plantear otra reconsideración. Luego, la IAFAS, debe evaluar el informe de subsanación remitido, para después comunicar a las UGIPRESS o IPRESS públicas los resultados a que arribe, en un plazo de que excederá los 15 días calendarios, contados desde la fecha de recepción del informe de subsanación.



Proceso de facturación y pago prestacional:

Se tiene como finalidad que las UGIPRESS e IPRESS públicas facturen y paguen las prestaciones validadas a las IAFAS públicas por las prestaciones que fueron brindadas.

Para que así sea, con los resultados del proceso de validación o reconsideración, la UGIPRESS o IPRESS pública, elabora los documentos que sustentan el pago por las prestaciones que se hubieran brindado, considerando la valorización de las prestaciones conformes. El documento de pago, debe ser enviado a la IAFAS pública, dentro de los 15 días calendarios, los que se computarán desde la recepción de los resultados de los procesos de validación o reconsideración, según corresponda.

Una vez recibido el documento de pago, la IAFAS pública, evalúa su conformidad y procede al pago correspondiente. El plazo para la evaluación de la conformidad no debe exceder los 30 días calendario, contados desde la presentación del documento de pago. Si es que el comprobante de pago tuviera observaciones, la IAFAS pública debe comunicar inmediatamente a la UGIPRESS o IPRESS pública para su subsanación.

La información de facturación de la atención de los asegurados se transmitirá entre IAFAS e IPRESS públicas a través del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF.

Proceso de control prestacional y auditoría en el Intercambio Prestacional en Salud:

En todo proceso siempre es importante establecer una etapa que controle su funcionamiento. En el Intercambio Prestacional en Salud, se da a través de visitas inopinadas y acciones de supervisión, acciones para medir la satisfacción de los asegurados, auditoría de las prestaciones de salud a las IPRESS públicas que brindan servicios a sus asegurados, y otras actividades de control. Lo realiza la IAFAS pública sobre las IPRESS públicas que prestan servicios a sus asegurados.

Las IPRESS públicas se encuentran obligadas a cumplir esta disposición, acarreando responsabilidad administrativa en caso de no hacerlo, sin perjuicio de las acciones que SUSALUD realice en el marco de sus competencias para que exija el cumplimiento de la presente disposición.

Asimismo, es necesario indicar que la auditoría de las prestaciones se realiza mediante medios electrónicos y de manera automatizada, o a través de Médicos Auditores o Profesionales de la Salud capacitados en auditoría prestacional. Para esto, cada una de las entidades involucradas deberá designar a los auditores que correspondan.

Solución de controversias en el Intercambio Prestacional en Salud:



Se busca que, en un primer momento, las controversias que resulten del Acuerdo de intercambio prestacional en salud sean resueltas de mutuo acuerdo; y que en caso persista la controversia, será el Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD, o los centros que se encuentren registrados y habilitados por el CECONAR, los que resolverán.

SUSALUD se encarga de la supervisión del cumplimiento del Acuerdo de intercambio prestacional en salud, en el marco de su competencia y funciones, y en caso de persistir controversias durante la implementación del Acuerdo de intercambio prestacional en salud, éstas deben ser absueltas a través del CECONAR o los centros que se encuentren registrados y habilitados por el CECONAR, según lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, y el Decreto Legislativo N° 1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las tarifas en el Intercambio Prestacional en Salud:

Existen 3 criterios que deberán ser tomados en cuenta al momento de celebrar el Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud: a) Las tarifas se definirán tomando como base el código del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios y la tarifa se elabora en base a costos totales; b) No tienen fines de lucro; y c) Son ajustadas a la modalidad de pago (en el caso del mecanismo de pago prospectivo).

Es necesario resaltar que las tarifas de procedimientos de salud en el intercambio prestacional en salud, según el Decreto Legislativo N° 1302 no deben perseguir un fin de lucro y deben ser acordadas entre las partes del Acuerdo de intercambio prestacional en salud.

Por ejemplo, los 26 convenios suscritos y vigentes entre el SiS, ESSALUD y los GORES, utilizan el costo total de la prestación de salud en sus tarifas, es decir, SiS le paga a ESSALUD el costo total de la prestación y ESSALUD le paga a los GORES el costo total de la prestación.

Es necesario precisar que el precio de los productos farmacéuticos no se encuentra contenido en la tarifa, para aquellas prestaciones que sean brindadas en el régimen hospitalario, por lo que se aplicará el costo de adquisición. Asimismo, el costo de los productos farmacéuticos, será extraído del Sistema integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos – SISMED u otros sistemas que hagan sus veces en las IAFAS, UGIPRESS o IPRESS públicas.

Las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, en la determinación de las tarifas de las prestaciones utilizarán el tarifario y las unidades relativas de valor que el Ministerio de Salud apruebe.



Finalmente, para aquellas prestaciones no codificadas ni incluidas en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios, se deberá usar el tarifario de la IPRESS pública que brinda la prestación, el que deberá estar publicado previamente.

Financiamiento y certificación presupuestal en el Intercambio Prestacional en Salud:

El financiamiento de las prestaciones de salud en el intercambio prestacional se realiza a través del presupuesto institucional de cada una de las IAFAS.

Los procedimientos de salud para el intercambio prestacional deben contar con la certificación presupuestal correspondiente. Es decir, debe existir disponibilidad presupuestal con sujeción a la programación anual de compromisos de las IAFAS o IPRESS públicas.

La Oficina de Planeamiento o la que haga sus veces en la IAFAS pública, emite opinión de disponibilidad presupuestal para realizar los compromisos, con sujeción a la Programación de Compromisos Anual (PCA), con el objeto de financiar las prestaciones de salud de Intercambio Prestacional en Salud, tomando en cuenta el principio de legalidad, y asignación de competencias y atribuciones que por Ley corresponde atender a cada Entidad pública, así como los principios constitucionales de Programación y Equilibrio Presupuestario reconocidos en los artículos 77° y 78° de la Constitución Política del Perú; procediendo posteriormente a emitir la certificación de crédito presupuestario, garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible y libre de afectación para comprometer gastos relacionados a los pagos del intercambio prestacional, previo cumplimiento de las disposiciones legales vigentes que regulen el objeto materia del compromiso. Dicha certificación implica la reserva del crédito presupuestario, hasta el perfeccionamiento.



Modalidades y mecanismos de pago en el Intercambio Prestacional en Salud:

Se ha consensado que para los procedimientos de las IPRESS públicas de régimen ambulatorio, la modalidad de pago será capitado, incluyendo la Cartera de Atenciones de Salud de Establecimientos de Salud de Régimen de Atención Ambulatoria, como mínimo.

Asimismo, para aquellas prestaciones complementarias de servicios o que excedan la Cartera de Atenciones de Salud de Establecimientos de Salud de Régimen de Atención Ambulatoria de las IPRESS públicas de régimen ambulatorio la modalidad de pago a aplicar será las de las IPRESS públicas de régimen hospitalario.

Es importante indicar que el pago capitado es a costo total, y que el mecanismo de pago será prospectivo y estará sujeto a procesos de ajustes y control posterior.

En las IPRESS públicas de régimen hospitalario, la modalidad principal de pago es por servicio, según tarifario. Otras modalidades de pago deben ser acordadas entre las

partes. El mecanismo de pago, será acordado por las partes, pudiendo ser prospectivo o retrospectivo.

Finalmente, es necesario regular aquellas prestaciones que se brindan en las IPRESS públicas de régimen ambulatorio u hospitalario, relacionadas a la atención en casos de emergencia, por ser una situación que preocupa a algunas IAFAS. Estas prestaciones son pagadas bajo la modalidad de pago del régimen hospitalario.

Uso de los recursos financieros del Intercambio Prestacional en Salud:

Para tener un mayor y mejor control en el uso de los recursos financieros del intercambio prestacional en salud, sobre todo cuando los pliegos y unidades ejecutoras reciben los pagos por las prestaciones brindadas y que éstos se utilicen para reponer los gastos en que incurren las IPRESS públicas que brindaron la atención a los asegurados, se ha dispuesto que las Entidades que gestionan y administran recursos financieros (el Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, en el artículo 5 señala que las UGIPRESS son las encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS, y el artículo 6 señala que las IAFAS captan y gestionan fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud) deben utilizar exclusivamente estos recursos con el fin que las IAFAS públicas financien las prestaciones y que las UGIPRESS e IPRESS públicas realicen la provisión de los recursos, reposición de los gastos y mejora de los servicios para la atención directa de los asegurados.

Finalmente, las Unidades Ejecutoras de los Gobiernos Regionales y del Ministerio de Salud que reciban recursos financieros del Intercambio Prestacional en Salud, tendrán el plazo de 15 días calendarios para informar sobre los pagos de intercambio prestacional en salud realizados por las IAFAS públicas a sus respectivas IPRESS públicas.



La transparencia en el Intercambio Prestacional en Salud:

Según lo dispuesto en el artículo 7 del Decreto Legislativo N° 1302, la reciprocidad en la información la deben tener las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, sobre todos los actos vinculados al intercambio prestacional en salud, así como sobre otras acciones que realicen las IAFAS públicas en relación a la atención de salud de sus asegurados en las IPRESS públicas.

Para que la transparencia en la información del intercambio prestacional en salud se concrete es necesario que las IAFAS públicas publiquen en su portal institucional el Acuerdo de intercambio prestacional en salud que suscriban, las tarifas de las prestaciones, así como toda aquella información que consideren relevante en el desarrollo del mismo, de conformidad con lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 1302.

La transparencia en la información debe tener como marco legal lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias, la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos personales y la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, junto a sus respectivos reglamentos y normas complementarias.

Actuación del Ministerio de Salud en el Intercambio Prestacional en Salud:

De conformidad con lo establecido por el literal d) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, éste organismo del Poder Ejecutivo, rector del sector salud en el Perú, tiene la función de realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia.

En razón de lo expuesto, y de conformidad con el actual Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, éste Ministerio realiza el seguimiento al proceso y la evaluación de los resultados del Intercambio Prestacional en Salud a nivel nacional, a través de su Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud.

Para cumplir con esta función, el Ministerio de Salud hace uso del Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud – SITEDS, el Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF u otros sistemas de información que se requiera, estando facultada para pedir la información que considere necesaria a las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas.

Si en las acciones de seguimiento, el Ministerio de Salud encontrara algún incumplimiento a lo dispuesto en el presente Reglamento o sobre el Acuerdo de intercambio prestacional en salud, lo comunicará a SUSALUD para que éste proceda de acuerdo a sus funciones y atribuciones.

Supervisión y sanción de las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas por SUSALUD:

SUSALUD y el Ministerio de Salud se encargan de la supervisión del cumplimiento del Acuerdo de intercambio prestacional en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Uso e interoperabilidad de los sistemas de información en el Intercambio Prestacional en salud:

Durante la implementación del intercambio prestacional en salud entre el SIS, GORES y ESSALUD se han presentado problemas en la acreditación de sus asegurados, al no acreditarlos cuando correspondía, o viceversa, sobre todo para los asegurados de ESSALUD. Esto se debió a la desactualización de la base de datos de asegurados o por incoherencia entre esta base y la información sobre asegurados contenida en su portal institucional. Todo esto generó que no haya una autorización explícita para la



atención de los asegurados, trasladando el riesgo a la IPRESS, de no reconocer el pago de la prestación brindada. Asimismo, hubo otros problemas que se daban en el proceso de facturación y pago que se realizaba manualmente, con retrasos en el envío de los documentos que sustentan el pago, su conformidad u observaciones, y el propio pago.

Por ello, se ha dispuesto la progresividad del uso de sistemas de información que administra SUSALUD: Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud – SITEDS y el Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF, para los procesos de acreditación y facturación respectivamente; sistemas que son obligatorios para las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas.

Asimismo, los procedimientos que se utilicen en el intercambio prestacional en salud deben estar denominados y codificados según el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios aprobados por el Ministerio de Salud. Si en caso fuera necesario requerir procedimientos no contenidos en dicho Catálogo, la IAFAS pública debe solicitar su incorporación, denominación y codificación al Ministerio de Salud.

Mecanismo de articulación y operación para la suscripción del Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud y su documento de vinculación.

El literal a) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece como función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno. Asimismo, el literal c) del artículo 7° de la referida Ley, establece que el Ministerio de Salud cumple como función específica la de establecer la política de aseguramiento en salud, regular a las entidades y los procesos vinculados a ésta.

Es necesario establecer el procedimiento y plazos a seguir para que se logre suscribir el Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud, así como su documento de vinculación, por parte de los diferentes sectores involucrados, IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas.

El Ministerio de Salud, ejerciendo su rol modulador, debe convocar al resto de sectores, como: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; así como a las IAFAS: Seguro Integral de Salud, Seguro Social de Salud, Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, Fondo de Salud de la Fuerza Aérea del Perú, Fondo de Salud de la Marina de Guerra del Perú e Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Ejército del Perú; para que de forma conjunta, suscriban el Acuerdo que servirá de marco al Intercambio Prestacional en Salud.

De la misma forma deberá hacerlo para la suscripción del documento de vinculación por parte de los Gobiernos Regionales.



Disposiciones complementarias

De los convenios vigentes:

Se busca regular el vacío existente para aquellas prestaciones que se encuentren vigentes a la promulgación del Decreto Supremo que Reglamenta el Decreto Legislativo N° 1302, los que se resolverán de manera automática a la firma del Acuerdo de Intercambio Prestacional en Salud o Documento de Vinculación, según sea el caso.

De la misma forma, es imperiosa la necesidad de regular el plazo para la firma del Acuerdo de intercambio Prestacional en Salud, el que debe darse a los 45 días hábiles posteriores a la publicación del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302.

Prioridad de las IPRESS públicas para la conformación de la red prestadora de las IAFAS públicas:

El intercambio prestacional en salud es un mecanismo para articular la oferta pública existente en el país, por ello se ha establecido en esta disposición complementaria que la conformación de la red prestadora de las IAFAS públicas deben priorizar las IPRESS públicas y sobre ellas establecer el Acuerdo de intercambio prestacional en salud que corresponda.

Uso del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios en el Intercambio Prestacional:

Los procedimientos que se utilicen en el intercambio prestacional en salud deben estar denominados y codificados según el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios aprobados por el Ministerio de Salud. Si en caso fuera necesario requerir procedimientos no contenidos en dicho Catálogo, la IAFAS pública debe solicitar al Ministerio de Salud su incorporación, denominación y codificación.

Uso del Pettitorio Nacional Único de Medicamentos en el Intercambio Prestacional:

El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos del Sector Salud – CENARES, es el órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de ejecutar los procesos de compras corporativas. En coordinación con los órganos y organismos públicos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales realiza la programación de las necesidades de los recursos estratégicos en salud para el abastecimiento de los establecimientos de salud del ámbito nacional. Asimismo, gestiona con las Entidades del Sector para la programación de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos a ser incluidos en las Compras Corporativas Nacionales.



Es necesario dejar establecido que las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas o las entidades a las cuales pertenezcan, deben priorizar la compra de productos farmacéuticos a través de la compra corporativa sectorial conducida por el CENARES.

Con la finalidad de que las prescripciones, dispensaciones, adquisiciones y utilizaciones de medicamentos en todos los establecimientos de salud del sector salud se encuentren acorde con la Política Nacional de Medicamentos, es necesario que éstos se sujeten a lo contemplado en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos del Sector Salud; dejándose abierta la posibilidad de emplear también los petitorios de otras entidades, según corresponda.

Protección de los asegurados ante el gasto de bolsillo indebido en salud:

Las IAFAS públicas tienen la obligación de establecer el procedimiento de devolución de gastos de bolsillo indebidos a sus asegurados. Dicho procedimiento deberá ajustarse a lo dispuesto por el Código Civil y demás normas aplicables.

Asimismo, se establece el derecho de repetición o descuento del pago que tienen las IAFAS públicas, por el importe reembolsado a sus asegurados contra la UGIPRESS o IPRESS pública en la que se ejecutó el gasto de bolsillo indebido.

Efectivización del pago:

Se dispone que el pago de las prestaciones de una IAFAS públicas a una UGIPRESS o IPRESS pública deba realizarse teniendo en cuenta los mecanismos propios de cada IAFAS públicas o a través de la emisión de un documento de pago.

Progresividad de la interoperabilidad de los sistemas de información en el Intercambio Prestacional:

Se propone que la implementación del Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas de Datos en Salud (SITEDS), así como del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación (Modelo TEDEF), sea progresiva, a fin que las IAFAS puedan ir desarrollando los proyectos tecnológicos y administrativos que requieran previo al uso del SITEDS y el Modelo TEDEF, proponiendo como plazo máximo de implementación del SITEDS hasta el 31 de agosto del 2018 y del TEDEF al 31 de diciembre del 2018.

Asimismo, se considera que mientras el SITEDS se implemente, la consulta sobre la vigencia de afiliación del asegurado se realiza a través de la plataforma web "Resuelve" del Registro de Afiliados de SUSALUD, o la que haga sus veces u otro mecanismo según acuerdo de las partes.

En el caso del Modelo TEDEF, se mantendrá el procedimiento actual para el proceso de notificación de facturación entre las IAFAS e IPRESS públicas.

Además, las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas implementan el Catálogo de Procedimiento Médicos y Sanitarios según la norma que apruebe el Ministerio de



Salud, fecha a partir de la cual su uso será obligatorio en el intercambio prestacional en salud.

De la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

Es importante y prioritario para el desarrollo del intercambio prestacional en salud contar con un sistema de referencias y contrarreferencias que incluya a todas las IAFAS operantes en el sector salud. Por eso se hace necesario establecer un plazo para su aprobación, el cual no deberá exceder de treinta (30) días hábiles computados a partir de la publicación del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302.

II. ANALISIS COSTO BENEFICIO

La Promulgación del reglamento no significará gasto adicional, al contrario, es la optimización de los servicios de salud, y por tanto se espera una mayor eficiencia y ahorro al sistema de salud. Además, la promulgación del Reglamento permitirá la articulación interinstitucional que garantice el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), las Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, otorgando coherencia, sinergia y eficacia al sistema de salud.

III. EFECTO SOBRE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

La promulgación del reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el intercambio prestacional en salud en el sector público, se realiza en concordancia a lo establecido en la Cuarta Disposición Complementaria Final del mencionado Decreto Legislativo.

