



ESCUELA VIRTUAL DE RIESGOS Y SEGUROS

DECRETO SUPREMO 008 - 2012 - SA

DECRETO SUPREMO QUE
REGLAMENTA LA
LEY N° 29561

“LAS PERSONAS Y
EMPRESAS ENFRENTAN
DIARIAMENTE
RIESGOS QUE PUEDEN
OCASIONARLES PÉRDIDAS
ECONÓMICAS”

Gustavo Cerdeña - Director General



Decreto Supremo

APRUEBAN REGLAMENTO DE LA LEY N° 29561, LEY QUE ESTABLECE LA CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIAS EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7° de la Constitución Política del Perú dispone que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa;

Que, los artículos II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que es de interés público, la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 89° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece que en ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión, siendo la declaración de enfermedad preexistente obligatoria por parte del asegurado, al momento de su afiliación;

Que, los artículos 13° y 14° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social señalan que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) como empresas o instituciones públicas o privadas distintas a EsSALUD, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia o de terceros, se sujetan a los controles de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud;

Que, el segundo párrafo del artículo 41° del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, establece que la cobertura que ofrezca la Entidad Empleadora por medio de una Entidad Prestadora de Salud (EPS) no excluirá el tratamiento de las dolencias preexistentes y comprenderá las prestaciones de Capa Simple, manteniendo los asegurados su derecho a las coberturas de Caja Compleja por cuenta de EsSalud;



Que, en ese sentido, se aprobó la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud, con el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud, que es aplicable a los trabajadores y sus derechos habientes, y cuya Segunda Disposición Final ha dispuesto que el Poder Ejecutivo reglamentará la misma;



Que, el artículo 9° de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud creó la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia;



Que, por Resolución Ministerial N° 079-2012/MINSA, se publicó en el portal de internet del Ministerio de Salud el proyecto de Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades prestadoras de Salud, habiéndose recibido los aportes y/o sugerencias formulados por la opinión pública en general;

Que, en tal sentido, resulta necesario aprobar el Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud;



De conformidad con lo establecido en el numeral 8 del artículo 118° de la Constitución Política del Perú;

DECRETA:

Artículo 1°.- Aprobación

Aprobar el Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud, que consta de tres (03) Títulos, doce (12) artículos y tres (03) Disposiciones Complementarias Finales, el cual forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2°.- Vigencia

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

Artículo 3°.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por la Ministra de Salud.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los treinta y un días del mes de octubre del año dos mil doce.

OLLANTA HUMALA TASSO
Presidente Constitucional de la República

MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI
Ministra del Salud



D. CASPECES M.

REGLAMENTO DE LA LEY N° 29561, LEY QUE ESTABLECE LA CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIAS EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

**TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 1°.- OBJETO DEL REGLAMENTO

El objeto de la presente norma es reglamentar el procedimiento y disposiciones necesarias para el adecuado otorgamiento de la continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambien dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

Artículo 2°.- DEFINICIÓN DE CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

Es el derecho del asegurado y sus derechohabientes a seguir recibiendo, en términos y condiciones equivalentes, las prestaciones de salud por contingencias diagnosticadas y no resueltas durante la vigencia de un plan de salud contratado con anterioridad al cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

Artículo 3°.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Reglamento es de aplicación a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que brindan cobertura de salud de capa compleja, así como a los asegurados regulares y derechohabientes que forman parte del objeto de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud.

**TÍTULO II
DEL PLAN DE SALUD Y LA CONTINUIDAD DE COBERTURA**

Artículo 4°.- CLÁUSULA DE GARANTÍA

Los contratos de los planes de salud que incluyan cobertura de capa compleja deberán incorporar la siguiente cláusula general:

"La EPS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud y su Reglamento."

Artículo 5°.- INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Los planes de salud incluirán la información respecto al derecho del asegurado a gozar de la continuidad de cobertura de preexistencias, a que se refiere el presente Reglamento.

Artículo 6°.- CONDICIONES DE OTORGAMIENTO

Para el otorgamiento de la continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado, se deberá cumplir con:

- Al momento del diagnóstico de la enfermedad el asegurado se encuentre bajo la cobertura adicional de capa compleja de una EPS.
- La preexistencia no haya sido excluida del contrato previo.
- La preexistencia no haya sido excluida por declaración inoportuna, falsa o reticente del asegurado.
- Sea un diagnóstico cubierto también por el nuevo plan de salud, hasta los límites establecidos en la nueva cobertura.



D. Suárez

Artículo 7°.- PROHIBICIÓN DE EXCLUSIONES

Los planes de salud no podrán excluir los diagnósticos no resueltos y cubiertos por la anterior Entidad Prestadora de Salud en tanto formen parte del contenido del nuevo plan de salud.

Para efectos de la continuidad de cobertura de preexistencias, el nuevo plan de salud no podrá establecer periodos de carencia ni de espera.

Artículo 8°.- LÍMITE DE COBERTURA

Las Entidades Prestadoras de Salud no podrán limitar la cobertura de preexistencias a los límites que dicha condición tenía en el plan donde se evidenció el diagnóstico.

Si el diagnóstico determina que el tratamiento excede la cobertura del plan de salud contratado, la EPS será responsable de coordinar la referencia del paciente a un hospital del Seguro Social de Salud, para cuyo efecto deberá comunicar en forma indubitable a EsSalud la ocurrencia, siendo de aplicación lo previsto en el Capítulo 9 del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

El costo de las atenciones iniciales que lleven a diagnosticar que una contingencia no está cubierta por el Plan de Salud, debe ser asumido por la EPS a la que se encuentra afiliado el asegurado.

Artículo 9°.- EXCEPCIONES

No se considera continuidad de cobertura de preexistencias para efectos del presente Reglamento, a aquellos casos en que la ocurrencia se produzca fuera del sistema de Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

TÍTULO III DE LA INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR

Artículo 10°.- PROCEDIMIENTO

Para efectos de la incorporación del trabajador al nuevo plan de salud, son de aplicación las disposiciones previstas en el artículo 53° del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N° 29561, la Entidad Prestadora de Salud deberá incluir en su solicitud de afiliación, la obligación a cargo del trabajador, de declarar bajo juramento si se encuentra o ha encontrado bajo la cobertura de un plan de salud en el sistema de Entidades Prestadoras de Salud, con indicación del nombre de la anterior EPS, así como la fecha de cese de su último vínculo laboral.

Asimismo, deberá recabar la autorización del trabajador para solicitar la información necesaria a la anterior EPS respecto a las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud, así como al reporte de las prestaciones de salud recibidas por el titular y sus derechohabientes durante su vigencia.

La continuidad de cobertura de preexistencias opera con la sola presentación de dicha declaración jurada del trabajador, siendo obligación de la Entidad Prestadora de Salud proceder a su cobertura de conformidad a lo previsto en el presente Reglamento.

En caso de comprobarse la declaración falsa o reticente del trabajador, éste podrá ser excluido de la cobertura de la Entidad Prestadora de Salud, correspondiendo el reintegro del monto de los gastos que se hubiera incurrido por la atención de dichas enfermedades.

Artículo 11°.- CAMBIO DE CENTRO LABORAL

Para tener derecho a la continuidad de cobertura de preexistencias a consecuencia del cambio de centro laboral, el periodo entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio del vínculo laboral actual, no podrá exceder de los plazos máximos establecidos por el



artículo 37° del Decreto Supremo 009-97-SA y sus modificatorias referentes al total de periodo de latencia.

En caso el trabajador no tenga derecho de latencia, por motivo de no alcanzar los meses de aporte mínimo requeridos, el periodo entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio del vínculo laboral actual no podrá exceder de los dos (02) meses.

Artículo 12°.- REMISIÓN DE INFORMACIÓN

Las Entidades Prestadoras de Salud se encuentran obligadas a remitir, a solicitud de la nueva EPS, la información referida a las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud, así como al reporte de las prestaciones de salud recibidas por el titular y sus derechohabientes durante su vigencia, dentro del plazo máximo de noventa (90) días calendario, para efectos de la inscripción a que se refiere el artículo 3° de la Ley N° 29561, sin perjuicio de lo dispuesto en el cuarto párrafo del artículo 10° del presente Reglamento.

Las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes deberán facilitar el acceso a los documentos médicos relacionados, así como brindar copia de los mismos a solicitud de la Entidad Prestadora de Salud, dispensándolos del secreto profesional, de conformidad a lo previsto en el artículo 25° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- SUPERVISIÓN Y SANCIÓN

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) se encargará de supervisar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en el presente Reglamento, así como sancionar a las Entidades Prestadoras de Salud que incurran en infracción al mismo, de conformidad a la tipología establecida en su Reglamento de Infracciones y Sanciones vigente.

Segunda.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las controversias surgidas en cuanto a la aplicación de la continuidad de cobertura de preexistencias previstas en la Ley N° 29561 y el presente Reglamento, serán sometidas a los mecanismos alternativos de solución de controversias a cargo del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).

Tercera.- TRANSVERSALIDAD DE COBERTURA EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Una vez concluida la adecuación de los planes de salud a lo dispuesto en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, la continuidad de cobertura de preexistencias se aplicará de modo transversal a todas las IAFAS consideradas en el artículo 7° de la misma, de conformidad a lo previsto en los artículos 89° y 100° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

