

MINISTERIO DE SALUD



# Resolución Ministerial

Lima, 11 de MAYO del 2007

Visto: los Oficios N°s 658-2007-SIS/J y 674-2007-SIS/J del Seguro Integral de Salud;

### CONSIDERANDO:

Que, por Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud se creó el Seguro Integral de Salud, cuya misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual de conformidad con la política del Sector;

Que, mediante el Artículo 1° de la Ley N° 28588 se incorporó al Seguro Integral de Salud - SIS, con carácter prioritario en forma sucesiva y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal, la atención de salud de Mujeres mayores de 17 años no gestantes, y de varones mayores de 17 años, en situación de pobreza y extrema pobreza de las provincias rurales y urbanas, que no tengan cobertura a cargo de EsSALUD u otros regímenes de seguridad social;

Que, con Decreto Supremo N° 010-2004-SA se establecieron acciones de política para el desarrollo y fortalecimiento del aseguramiento público en salud, dirigido a la población de escasos recursos del país;

Que, el Decreto Supremo N° 004-2007-SA, estableció el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS, así como los Componentes de Aseguramiento Subsidiado y Semisubsidiado;

Que, el numeral 8.1 del Artículo 8° del cuerpo legal antes mencionado, dispone que el Ministerio de Salud a propuesta del Seguro Integral de Salud, expedirá las normas que resulten necesarias para la aplicación del mismo;



E.M. CHIOTTI K.



V. Zúñiga A.



Magly García E.



J. Calderón Y.

Que, en ese sentido, el Seguro Integral de Salud ha elaborado la Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA, la misma que tiene como objetivo general regular el proceso de otorgamiento de las prestaciones de salud y otras, que se brinden a la población asegurada al Seguro Integral de Salud - SIS a través de los establecimientos prestadores del Ministerio de Salud y otros debidamente autorizados;

Estando a lo propuesto por el Seguro Integral de Salud;

Con las visaciones del Viceministro de Salud, Dirección General de Salud de las Personas y de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 1111 -MINSA/SIS-V.01: "Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Directiva Administrativa en el Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN

Ministro de Salud



J. Calderón Y.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 111 -Minsa/SIS V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE NORMAS COMPLEMENTARIAS**  
**PARA LA IMPLEMENTACION DEL DECRETO SUPREMO N° 004-2007-SA**

**I. FINALIDAD**

La presente Directiva Administrativa tiene como finalidad regular la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA a través de normas complementarias.

**II. OBJETIVOS**

**2.1. Objetivo General**

Regular el proceso de afiliación, otorgamiento de las prestaciones de salud y otras, que se brinden a la población asegurada al Seguro Integral de Salud – SIS, a través de los establecimientos prestadores del Ministerio de Salud y otros debidamente autorizados.

**2.2. Objetivos Especificos**

- Regular las disposiciones complementarias referidas a afiliación y evaluación socio económica, atención a beneficiarios, cobertura de enfermedades de alto costo, calidad y control de las prestaciones, financiamiento, valorización de prestaciones, relación financiador – prestador.
- Fomentar la cultura de aseguramiento en la población.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

- Seguro Integral de Salud (SIS) y sus instancias desconcentradas a nivel nacional.
- Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), Direcciones de Salud (DISAs), Hospitales, Institutos Especializados y demás establecimientos de salud, incluyendo a las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS).
- Otras instituciones públicas o privadas que ofrezcan servicios pagados por el SIS.

**IV. BASE LEGAL**

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27660, Ley que declaró de carácter prioritario el Seguro Integral de Salud para las Organizaciones de Base y Wawa Wasis.
- Ley N° 27812, Ley que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 28588, que incorporó al Seguro Integral de Salud, con carácter prioritario en forma sucesiva y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal, la atención de salud de mujeres mayores de 17 años no gestantes y de varones mayores de 17 años, en situación de pobreza y extrema pobreza de las provincias rurales y urbanas, que no tengan cobertura a cargo de ESSALUD u otros regímenes de seguridad social.
- Leyes Anuales del Presupuesto del Sector Público.
- Decreto Supremo N° 009-2002-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.

- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 010-2004-SA, que estableció acciones de política para el desarrollo y fortalecimiento del aseguramiento público en salud.
- Decreto Supremo N° 004-2007-SA, que estableció el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01: "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 703-2006/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP/V.01: "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 315-2007/MINSA, que aprobó la "Directiva Administrativa N° 110-2007/MINSA/DGSP-V.01 para la implementación de flujogramas de procesos de atención de afiliados del Seguro Integral de Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 316-2007/MINSA, que aprobó la NTS N° 056-MINSA/SIS-DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias en el marco del Plan de Aseguramiento Universal en Salud en los Establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional".

## **V. DISPOSICIONES GENERALES**

- 5.1 De conformidad con lo establecido en el Decreto Supremo N° 004-2007-SA, el SIS financiará las prestaciones de salud y administrativas conforme al Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS).
- 5.2 La población subsidiada con contrato de aseguramiento vigente, afiliada al Seguro Integral de Salud, mantendrá la cobertura pactada, hasta el término de la vigencia del mismo. Las gestantes con afiliación vigente deberán actualizar su afiliación a efecto de que se les otorgue la cobertura conforme al Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS).
- 5.3 La verificación de los datos proporcionados por el afiliado durante el proceso de afiliación comprenderá el cruce de información con las fuentes de EsSalud y de otras entidades del Estado.
- 5.4 Todos aquellos beneficiarios pertenecientes a: Organizaciones Sociales de Base Wawa Wasis, Lustradores de Calzado, Población Amazónica dispersa y excluida, Población Andina dispersa y excluida y agentes comunitarios de salud, los grupos focalizados, tales como: Indultados Inocentes acusados injustamente de delitos de terrorismo, Víctimas de Violencia Social: Mujeres Víctimas de Esterilización Forzada, Víctimas de la Violencia Política 1980-2000, Víctimas y/o familiares de Violación de Derechos Humanos, contemplados en las Recomendaciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, están incorporados en el SIS y cobaturados con las prestaciones incluidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de acuerdo a su etapa de vida.

5.5 El SIS evaluará y financiará aquellos daños no contemplados en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias y que no representen exclusión, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. De la afiliación al Seguro Integral de Salud - SIS

La afiliación es un proceso que comprende la identificación, evaluación y registro de beneficiarios del SIS, en situación de pobreza, pobreza extrema y limitada capacidad económica, que carecen de un seguro de salud, sea público o privado.

Toda persona afiliada será adscrita al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano al domicilio registrado en la Evaluación Socioeconómica.

La afiliación para el Componente Subsidiado y Semisubsidiado podrá realizarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades, según corresponda:

- a) Presencial
  - o Mediante acciones coordinadas a través del personal de la Gerencia de Mercadeo y personal de las instancias desconcentradas del Seguro Integral de Salud, debidamente autorizados.
  - o En los Establecimientos de Salud (puestos, centros y hospitales II-1), siempre que tengan población adscrita.
  - o Mediante acciones coordinadas y convenios con otras entidades públicas y/o privadas.
- b) No presencial
  - o A través de la página web del Seguro Integral de Salud – SIS (<http://www.sis.gob.pe>), según los mecanismos o procedimientos establecidos por el SIS.

Transitoriamente, indistintamente a lo señalado en los párrafos precedentes, durante el primer año de implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA, para el componente subsidiado, la afiliación se efectuará a través de los establecimientos de salud a nivel nacional de acuerdo con las estrategias de focalización que se vienen ejecutando. Para el componente semisubsidiado incluyendo las personas bajo la modalidad de Servicios No Personales, la afiliación presencial será coordinada por la Gerencia de Mercadeo, con las instancias desconcentradas del SIS.

#### 6.1.1. De la afiliación al Componente Subsidiado

- a) La afiliación será individual y/o familiar, gratuita, y sin límite de edad para la población que se encuentra en pobreza y pobreza extrema. Las personas aseguradas en el componente subsidiado, deberán actualizar sus datos de afiliación cada 2 años.
- b) Requisitos Generales
  - b.1. Haber suscrito la Ficha de Afiliación, Declaratoria de Beneficiarios y Declaración Jurada, según sea el caso. De encontrarse impedido de suscribir, imprimirá su huella digital.

- b.2. Pertenecer al quintil de pobreza o pobreza extrema según evaluación socioeconómica efectuada por el SIS u otro organismo del Estado con competencia en el proceso de focalización.  
El SIS se reserva el derecho de efectuar visitas domiciliarias y otros mecanismos de verificación de la condición socioeconómica.

#### **6.1.2. De la afiliación al Componente Semisub subsidiado**

- a) La afiliación es individual y familiar. El límite de edad de afiliación para el titular es de 65 años. La vigencia del Contrato de Aseguramiento al Seguro Integral de Salud, será anual y de renovación automática. La afiliación familiar, incluye al titular y sus derechohabientes. Se considera derechohabientes al cónyuge o concubino, y los hijos menores de 18 años.

El SIS incorporará a la población mayor de 65 años, en este componente, en forma progresiva de acuerdo al desarrollo de los estudios actuariales correspondientes y en el marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 004-2007-SA.

#### **b) Requisitos Generales**

- b.1. Haber efectuado el pago de la primera aportación mensual, establecida en el Artículo 4° del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.

Para el caso de los afiliados bajo la modalidad de Servicios No Personales, el aporte mensual será efectuado según lo siguiente:

##### Afiliación individual

b.1.1. Para aquellas personas con ingresos menores a S/. 700 (setecientos y 00/100 nuevos soles) corresponderá efectuar un aporte mensual de S/. 10 (diez y 00/100 nuevos soles).

b.1.2. Para aquellas personas con ingresos mayores a S/. 700 (setecientos y 00/100 nuevos soles) y menores de S/. 1,600 (un mil seiscientos y 00/100 nuevos soles), el aporte mensual será de S/.20.00 (veinte y 00/100 nuevos soles).

##### Afiliación familiar

b.1.3. La afiliación familiar se efectuará previo pago de S/. 30 (treinta y 00/100 nuevos soles) mensuales e incluirá al titular, cónyuge e hijos.

- b.2. Suscribir la Ficha de Afiliación, Declaratoria de Beneficiarios y Declaración Jurada; así como la Declaración Jurada de ingresos mensuales. De encontrarse impedido de suscribir estos documentos, imprimirá su huella digital.
- b.3. Pasar la evaluación socioeconómica efectuada por el SIS u otro organismo del Estado que tenga convenio con el SIS. El SIS se reserva el derecho de efectuar visitas domiciliarias y otros mecanismos de verificación de la condición socioeconómica.
- b.4. Suscribir el Contrato de Aseguramiento al Seguro Integral de Salud, luego de haber cumplido los requisitos anteriores. La información

contenida en la declaración jurada de los ingresos mensuales a que se refiere el literal b.2, será verificada por el SIS.

## **6.2. De la Evaluación Socio Económica para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado**

La evaluación socioeconómica de las familias beneficiarias del SIS, tiene como unidad de análisis el hogar y una vigencia de dos años, contados a partir del momento de su aplicación a través del Sistema de Evaluación Socio-Económica del Seguro Integral de Salud (SESE-SIS); sin embargo, de ser necesario, el SIS podrá efectuar la verificación respectiva en cualquier momento de su vigencia.

Los procedimientos específicos de la afiliación y evaluación socioeconómica serán regulados por el SIS, mediante Resolución Jefatural.

Para el caso que el afiliado presente modificaciones en su condición socio económica, el SIS evaluará dicha condición para determinar el componente de aseguramiento que le corresponda.

## **6.3. Requisitos para recibir prestaciones de salud**

Para acceder a las prestaciones de salud, los beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

- a) Presentar su Documento Nacional de Identidad; a falta del mismo, presentar otra documentación que lo identifique.
- b) Presentar la Ficha de Afiliación o el contrato de aseguramiento para el componente semisubsidiado.
- c) En el Componente Semisubsidiado deberán presentar adicionalmente el comprobante de pago correspondiente al mes en curso, no será atendido, en caso contrario.
- d) Si el afiliado hubiere dejado de cotizar hasta tres meses de aportaciones consecutivas, podrá ser atendido al día siguiente de haber cancelado las aportaciones pendientes. Si el afiliado hubiere dejado de cotizar más de tres meses de aportaciones consecutivas, se resolverá automáticamente el Contrato de Aseguramiento, perdiendo todos sus derechos, pudiendo reingresar con la suscripción de un nuevo contrato, supeditado al periodo de carencia que corresponda.

Los establecimientos de salud se encuentran impedidos de exigir requisitos adicionales a los previstos en la presente Directiva, bajo responsabilidad.

Las personas podrán acceder a las atenciones de los servicios de salud, a través de los establecimientos del primer nivel de atención: Centros y Puestos de Salud. Asimismo, accederán a los Hospitales siguiendo los mecanismos de referencia establecidos por el Ministerio de Salud en coordinación con el SIS.

En caso de emergencia, las personas podrán acceder a los servicios de cualquier establecimiento de salud de manera directa, de conformidad con las normas vigentes.

Los establecimientos de salud no podrán efectuar cobro alguno por concepto de atenciones, insumos, medicamentos y procedimientos financiados por el Seguro Integral de Salud, bajo responsabilidad, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles y penales que correspondan de acuerdo a ley.

Para el componente semisubsidiado y previa evaluación, el SIS podrá coordinar la aplicación de co-pagos y/o deducibles, los mismos que serán consignados en el contrato de aseguramiento respectivo.

#### **6.4. Enfermedades de Alto Costo y Comisión Ad Hoc**

Serán consideradas enfermedades de alto costo aquellas que generen un gasto mayor de 2.5 UIT hasta un tope de 5.0 UIT por caso, de conformidad con lo señalado en el Artículo 5° del Decreto Supremo N° 004-2007-SA, el mismo que permitirá cubrir gastos relacionados a insumos, procedimientos o medicamentos, los cuales son aplicables para los afiliados al componente subsidiado.

Para el componente semisubsidiado, registrará el valor del tope que será consignado en su respectivo contrato de aseguramiento.

6.4.1. Para tal efecto, las instancias desconcentradas del SIS verificarán la pertinencia y autenticidad del expediente y su sustento, luego de lo cual lo remitirán al SIS Central para su aprobación y autorización, y posterior trámite de pago.

6.4.2. Para la calificación y evaluación de casos de enfermedades de alto costo susceptibles de financiamiento por el SIS, se conformará una Comisión Ad Hoc integrada por un representante de la Jefatura del SIS, quien la presidirá, el Gerente de Operaciones o su representante y el Gerente de Financiamiento o su representante. Dicha comisión será designada mediante Resolución Jefatural del SIS y aprobará los criterios a ser empleados para la calificación y evaluación de casos de enfermedades de alto costo susceptibles de financiamiento por el SIS.

El SIS podrá reasegurar los daños de alto costo para su población beneficiaria de acuerdo a los estudios de factibilidad correspondientes.

#### **6.5. Calidad y Control de las Prestaciones de Salud**

Todas las acciones relacionadas con las prestaciones a cargo del SIS constituyen materia auditable de manera integral por el SIS.

Las prestaciones financiadas por el SIS serán sometidas a procesos de evaluación de la calidad previos al pago, para lo cual se emitirán las normas correspondientes que serán aprobadas por Resolución Jefatural.

#### **6.6. Relación Financiador - Prestador**

El SIS, las DISAs, DIRESAs y otras instancias desconcentradas del MINSA podrán suscribir Convenios y Acuerdos con diversas entidades públicas y/o privadas, nacionales e internacionales, para garantizar la operatividad y el cumplimiento de los procesos relacionados con las prestaciones que financia el SIS.



## **7. DISPOSICIONES FINALES**

- 7.1.** El SIS emitirá las disposiciones que resulten pertinentes a efecto de hacer uso del presupuesto asignado para la protección de las enfermedades de alto costo, según lo establecido en el Artículo 5° del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.
- 7.2.** El Ministerio de Salud, a través del SIS, podrá coordinar y establecer estrategias conjuntas para obtener el financiamiento que garantice atender las necesidades de salud excluidas, señaladas en el Decreto Supremo N° 004-2007-SA.
- 7.3.** El SIS establecerá los mecanismos y procedimientos necesarios para la prestación de servicios por terceros, que reúnan requisitos de calidad y costo-efectividad, complementarios a los existentes en el sector público, dentro del marco de la normatividad vigente del Ministerio de Salud.