

"SALUD

Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

DECRETO SUPREMO N° 009-97-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que la política del gobierno en materia de salud se orienta hacia la unificación y universalización de la cobertura de salud a toda la población;

Que, dentro de este marco, se ha promulgado la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, creando un nuevo sistema de cobertura para toda la población, conformado por el régimen contributivo constituido por el Seguro Social de Salud, a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y complementado por las Entidades Prestadoras de Salud, y el Régimen Estatal, no contributivo, a cargo del Ministerio de Salud, que otorga prestaciones de salud pública colectiva y prestaciones de salud individual para la población de escasos recursos;

Que es necesario reglamentar la Ley N° 26790, en lo concerniente al régimen contributivo, descentralizando la prestación de los servicios de salud mediante su ampliación con las Entidades Prestadoras de Salud, respetando el derecho a la libre elección de los asegurados que deseen continuar recibiendo el íntegro de las prestaciones a cargo del IPSS;

Que la nueva organización del Seguro Social en Salud, descongestionará los servicios del IPSS permitiendo una mayor eficiencia y una más amplia cobertura, como parte de la estrategia orientada al logro de la universalización del sistema, en el marco de los principios de equidad, solidaridad y facilidad de acceso a los servicios de salud;

En uso de las facultades conferidas por el numeral 8 del Artículo 118° de la Constitución Política del Perú;

DECRETA:

Artículo Primero.- Apruébase el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, que consta de once Capítulos, noventa y tres Artículos, ocho Disposiciones Complementarias, cuatro Disposiciones Transitorias y cinco Anexos.

Artículo Segundo.- El presente Decreto Supremo entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo Tercero.- El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y por los Ministros de Salud, de Trabajo y Promoción Social y de Economía y Finanzas.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los ocho días del mes de setiembre de mil novecientos noventa y siete.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI
Presidente Constitucional de la República

ALBERTO PANDOLFI ARBULU
Presidente del Consejo de Ministros

MARINO COSTA BAUER
Ministro de Salud

JORGE GONZALEZ IZQUIERDO
Ministro de Trabajo y Promoción Social

JORGE CAMET DICKMANN
Ministro de Economía y Finanzas

REGLAMENTO DE LA LEY N° 26790 LEY DE MODERNIZACION DE LA SEGURIDAD S
OCIAL EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD
INDICE

Capítulo 1.- Generalidades (Artículos 1° y 2°)

Capítulo 2.- Del Seguro Social de Salud (Artículos 3° al 9°)

Capítulo 3.- Prestaciones (Artículos 10° al 23°)

Capítulo 4.- De los Asegurados Potestativos (Artículos 24° al 29°)

Capítulo 5.- De los Asegurados Regulares (Artículos 30° al 38°)

Capítulo 6.- De los Planes de Salud y del Crédito (Artículos 39° al 55°)

Capítulo 7.- De las EPS (Artículos 56° al 81°)

Capítulo 8.- Del Seguros Complementario de Trabajo de Riesgo (Artículos 82° al 88°)

Capítulo 9.- Sistema de Referencias (Artículos 89° y 90°)

Capítulo 10.- Solución de Controversias (Artículo 91°)

Capítulo 11.- Infracciones y Sanciones (Artículos 92° y 93°)

Disposiciones Complementarias

Disposiciones Transitorias

Anexos

1. Capa Simple

2. Plan Mínimo de Atención

3. Exclusiones de la Seguridad Social en Salud

4. Infraestructura propia de las EPS

5. Actividades de trabajo de Riesgo.

Capítulo 1.- GENERALIDADES

Principios

Artículo 1°.- La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones de salud a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, y eficiencia. Se orienta hacia el logro de la universalidad en el acceso a los servicios de salud a fin de cubrir a toda la población.

El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza.

El Ministerio de Salud (MINSA) tiene a su cargo los regímenes estatales de salud pública colectiva, así como el régimen estatal de atención integral individual de salud a la población de escasos recursos, mediante el cual se garantiza servicios de salud para quienes no gozan de los recursos necesarios para pertenecer a los regímenes contributivos. Dichos regímenes funcionan con arreglo a sus propios reglamentos, se financian con recursos provenientes del Tesoro Público, Ingresos Propios y de otras fuentes, y brindan atención a través de la red de establecimientos del Estado así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto.

Definiciones

Artículo 2°.- Para la aplicación del presente reglamento, se entiende por:

- a) IPSS, al Instituto Peruano de Seguridad Social, en su calidad de entidad administradora del Seguro Social en Salud.
- b) Entidades Prestadoras de Salud (EPS), a las empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles de la SEPS.
- c) Entidades Empleadoras, a las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones y las cooperativas de trabajadores.
- d) Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), al Organismo Público Descentralizado del Sector Salud que tiene por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados.
- e) Remuneración, la así definida por el Decreto Legislativo N° 728 y el Decreto Legislativo N° 650 y sus normas modificatorias. Tratándose de los socios trabajadores de cooperativas de trabajo, se considera remuneración el íntegro de lo que el socio percibe mensualmente como contraprestación por sus servicios.
- f) Capa Simple, al conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1. Pueden ser prestadas por el IPSS o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud.
- g) Capa Compleja, al conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1. Son de cargo del IPSS.
- h) Plan Mínimo de Atención, al conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud. El Plan Mínimo de Atención consta en el Anexo 2.
- i) Exclusiones del Seguro Social de Salud, al conjunto de intervenciones de salud no cubiertas por el Seguro Social en Salud que constan en el Anexo 3.

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

k) Accidente de Trabajo, a toda lesión corporal producida en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador causadas por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

l) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, al sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga cobertura adicional a los afiliados regulares que laboran en actividades de alto riesgo definidas en el Anexo 5, brindando prestaciones de salud, pensión de invalidez temporal o permanente, pensión de sobrevivencia y gastos de sepelio derivados de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales no cubiertas por el régimen de pensiones a cargo de la ONP y/o AFP

m) Actividades de alto riesgo, a las que realizan los afiliados regulares en las labores que se detallan en el Anexo 5 de este reglamento.

n) Enfermedad Profesional, a todo estado patológico que ocasione incapacidad temporal, permanente o muerte y que sobrevenga como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador.

Capítulo 2.- DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD

Definición

Artículo 3°.- El Seguro Social en Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios, para la preservación de salud y el bienestar social. Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y se complementa con los planes de salud brindados por las Entidades Empleadoras ya sea en establecimientos propios o con planes contratados con EPS debidamente constituidas. Su funcionamiento es financiado con sus propios recursos.

El IPSS está autorizado para realizar, directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos, de acuerdo con la reglamentación sobre la materia.

Recursos

Artículo 4°.- Son recursos del IPSS, los siguientes:

- a) Los aportes de sus afiliados, incluyendo los recargos, reajustes, intereses y multas provenientes de su recaudación.
- b) Sus reservas e inversiones.
- c) Los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos.
- d) Los demás que adquiera con arreglo a Ley.

Intangibilidad

Artículo 5°.- De conformidad con el Artículo 12° de la Constitución, los recursos indicados en el artículo anterior, son intangibles. Ninguna autoridad puede disponer medidas cautelares ni de ejecución sobre ellos. Sólo pueden ser empleados en la administración, producción, generación de infraestructura, otorgamiento de prestaciones, en la constitución de reservas técnicas y en las inversiones o colocaciones que sean necesarias para su adecuada rentabilidad. El IPSS establece los procedimientos administrativos correspondientes.

Reservas Técnicas

Artículo 6°.- Las reservas técnicas del IPSS deben mantenerse como mínimo en un nivel equivalente al 30% del gasto incurrido para la producción de prestaciones durante el ejercicio anterior. Su utilización sólo procede en casos de emergencia, declarados como tales por acuerdo del Consejo Directivo del IPSS.

Asegurados

Artículo 7°.- Son asegurados del Seguro Social de Salud los afiliados regulares y potestativos y sus derechohabientes.

Son afiliados regulares: los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, y los pensionistas que reciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia.

Las personas que no reúnen los requisitos de afiliación regular, así como todos aquellos que la Ley determine, se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativos.

Derecho de Repetición

Artículo 8°.- Cuando así corresponda, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que otorgue la cobertura podrá reclamar del tercero responsable del daño el valor de las prestaciones otorgadas al afiliado o a sus derechohabientes.

Las Entidades Empleadoras están obligadas a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. Cuando ocurra un siniestro por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que lo cubra, tendrá derecho a exigir de la entidad empleadora el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

Prelación

Artículo 9°.- Las prestaciones de la Seguridad Social se otorgarán en exceso de la cobertura proporcionada por los seguros obligatorios de ley.

Capítulo 3.- PRESTACIONES

Prestaciones

Artículo 10°.- Las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud pueden ser de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones de bienestar y promoción social y prestaciones económicas.

Prestaciones Preventivas y Promocionales

Artículo 11°.- Las prestaciones de prevención y promoción de la salud son prioritarias y tienen como objeto conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas son:

- educación para la salud.

- evaluación y control de riesgos.
- inmunizaciones.

Prestaciones de Recuperación

Artículo 12°.- Las prestaciones de recuperación de la salud tienen por objeto atender los riesgos de enfermedad resolviendo las deficiencias de salud de la población asegurada.

Las prestaciones de recuperación de la salud son:

- atención médica, tanto ambulatoria como de hospitalización,
- medicinas e insumos médicos,
- Prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles,
- Servicios de rehabilitación.

La prestación de maternidad consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Prestaciones de Bienestar y Promoción Social

Artículo 13°.- Las prestaciones de bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo, orientadas a la promoción de la persona y protección de su salud.

Prestaciones Económicas

Artículo 14°.- Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio. El IPSS establece la normatividad complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas.

Subsidio por Incapacidad Temporal

Artículo 15°.- El subsidio por incapacidad temporal se otorga en dinero, con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los afiliados regulares en actividad, derivadas de la incapacidad para el trabajo ocasionada por el deterioro de su salud. Equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos cuatro meses inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia, multiplicado por el número de días de goce de la prestación. Si el total de los meses de afiliación es menor a cuatro, el promedio se determinará en función al tiempo de aportación del afiliado.

El derecho a subsidio por cuenta del Seguro Social de Salud se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Durante los primeros 20 días de incapacidad, la entidad empleadora continúa obligada al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año calendario.

El subsidio se otorgará mientras dure la incapacidad del trabajador y en tanto no realice trabajo remunerado, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos, con sujeción a los requisitos y procedimientos que señale el IPSS.

Subsidio por Maternidad

Artículo 16°.- El subsidio por maternidad se otorga en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido. Se otorga por 90 días, pudiendo éstos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, con la condición de que durante esos períodos no realice trabajo remunerado. El monto del subsidio equivale al promedio diario de las remuneraciones de los cuatro últimos meses anteriores al inicio de la prestación multiplicado por el número de días de goce de la prestación. No se podrá gozar simultáneamente de subsidio por incapacidad temporal y maternidad.

Subsidio por Lactancia

Artículo 17°.- El subsidio por lactancia se otorga en dinero, con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido, de acuerdo a las normas que fija el IPSS.

Prestación por Sepelio

Artículo 18°.- La prestación por sepelio cubre los servicios funerarios por la muerte del asegurado regular, sea activo o pensionista, de acuerdo a las normas que fija el IPSS.

Responsabilidad por Prestaciones

Artículo 19°.- Las prestaciones de prevención y promoción de la salud a que se refiere el Artículo 11° de este Reglamento, son brindadas obligatoriamente mediante programas preventivo promocionales del IPSS, de las Entidades Empleadoras a través de Servicios Propios y de las EPS.

Las prestaciones de recuperación de la salud previstas en el Artículo 12° son de cargo del IPSS y de las Entidades Empleadoras mediante establecimientos propios o a través de planes contratados con una EPS, según corresponda.

Las Prestaciones de Bienestar y Promoción Social y las prestaciones económicas señaladas en los Artículos 13° y 14°, respectivamente; son de cargo obligatorio del IPSS para los asegurados regulares.

Las EPS pueden también ofrecer prestaciones económicas y de Bienestar y Promoción Social, dentro del régimen de libre competencia, sin perjuicio del derecho de los afiliados regulares en actividad de reclamar las que les corresponda a cargo del IPSS.

Plan Mínimo de Atención

Artículo 20°.- La cobertura que otorga el Seguro Social en Salud a los asegurados incluirá obligatoriamente, al menos, las prestaciones establecidas en el Plan Mínimo de Atención contenido en el Anexo 2, así como las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo que no están cubiertos de modo especial por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Revisión del Plan Mínimo de Atención

Artículo 21°.- El Plan Mínimo de Atención se revisa cada dos años y se modifica por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS. Su cumplimiento es supervisado por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

Capa Simple y Compleja

Artículo 22°.- El contenido de las capas simple y compleja definidas en los incisos f) y g) del Artículo 2°, podrá modificarse por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS.

Prescripción

Artículo 23°.- El derecho a reclamar las prestaciones económicas, establecidas en el Artículo 14° de este Reglamento, prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que cesó el período de incapacidad o el período máximo posparto. En el caso de prestaciones por sepelio el período de prescripción se cuenta a partir de la fecha de fallecimiento.

Capítulo 4.- DE LOS ASEGURADOS POTESTATIVOS

Definición

Artículo 24°.- Los trabajadores y profesionales independientes, incluidos los que estuvieron sujetos a regímenes especiales obligatorios, y las demás personas que no reúnan los requisitos para una afiliación regular, así como todos aquellos que la ley determine; se afilian al Seguro Social bajo la modalidad de potestativos.

Libre Elección

Artículo 25°.- La afiliación de los asegurados potestativos se realiza libremente ante el IPSS o cualquier EPS, de acuerdo al plan que ellos elijan.

Cobertura

Artículo 26°.- Los planes potestativos ofrecidos por el IPSS o las EPS deberán cubrir todas las prestaciones contenidas en el Plan Mínimo de Atención; pudiendo además, incluir prestaciones adicionales de cualquier índole. En caso de afiliarse al IPSS, efectuarán sus aportaciones directamente a esta entidad. En caso de afiliarse a una EPS efectuará el pago de la retribución correspondiente a la EPS elegida.

Aportes

Artículo 27°.- El aporte de los afiliados potestativos se determina en función al contenido y naturaleza del plan elegido. Es de cargo del afiliado y se expresa en términos monetarios según lo establecido en el contrato, independientemente de sus ingresos.

Derecho de cobertura

Artículo 28°.- En el caso de los afiliados potestativos, los períodos de aportación son los que corresponden a aportes efectivamente cancelados. La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia. Los planes potestativos podrán establecer períodos de carencia inferiores a los plazos señalados en el Artículo 35°. Las atenciones por accidente no están sujetas a período de carencia.

Supervisión

Artículo 29°.- La SEPS determinará la información que periódicamente deberán proporcionar las EPS respecto de las características de los afiliados potestativos, el contenido de los planes contratados y demás que fuere necesaria para fines estadísticos y de control. Así mismo, normará la que debe entregarse a los afiliados potestativos previamente a la contratación del Plan.

Capítulo 5.- DE LOS ASEGURADOS REGULARES

Definición

Artículo 30°.- Son afiliados regulares del Seguro Social de Salud:

a) Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos;

b) Los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos.

Bajo responsabilidad de la entidad empleadora correspondiente, la inscripción en el Seguro Social de los afiliados regulares y sus derechohabientes es obligatoria.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará el IPSS, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

La calidad de asegurado del derechohabiente deriva de su condición de dependiente del afiliado regular.

Afiliación

Artículo 31°.- Los asegurados regulares son afiliados por las Entidades Empleadoras respectivas ante el IPSS, en las condiciones señaladas por este reglamento.

Registro

Artículo 32°.- Las Entidades Empleadoras tienen la obligación de registrarse como tales ante el IPSS y realizar la inscripción de los afiliados regulares que de ellas dependan, diferenciando los cubiertos con establecimientos propios, los atendidos a través de planes contratados con una EPS y los cubiertos íntegramente por el IPSS.

Así mismo, deberán informar el cese, la suspensión de la relación laboral, modificación de la cobertura y las demás ocurrencias que incidan en el monto de las aportaciones o del crédito referidos en los Artículos 6° y 15° de la Ley N° 26790, dentro de los 5 primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

Para tal efecto el IPSS determinará los procedimientos respectivos.

Aportes

Artículo 33°.- El aporte de los afiliados regulares en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso. Es de cargo obligatorio de la Entidad Empleadora que debe declararlos y pagarlos mensualmente al IPSS, sin efectuar retención alguna al trabajador, dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones afectas.

El aporte de los pensionistas equivale al 4% de la pensión. Es de cargo del pensionista, siendo responsabilidad de la entidad empleadora, de la ONP o de la AFP de afiliación, la retención, declaración y pago al IPSS dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las pensiones afectas.

La inscripción, recaudación, fiscalización y cobranza son realizadas por el IPSS, pudiendo éste delegar tales funciones, en forma total o parcial en entidades públicas o privadas.

El IPSS ejerce la cobranza coactiva de los aportes impagos, recargos, reajustes, intereses y multa

s provenientes de su recaudación, así como el reembolso de las prestaciones brindadas a que se refiere el Artículo 10° de la Ley N° 26790, a través de los Ejecutores designados para el efecto.

Los porcentajes señalados en el presente artículo pueden ser modificados por Decreto Supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS. Deben ser revisados al menos cada dos años previo estudio actuarial.

Cobertura

Artículo 34°.- La cobertura del Seguro Social de Salud, para los afiliados regulares y sus derecho habientes, comprende las prestaciones de la capa simple referidas en el Anexo 1 y las prestaciones de la capa compleja definidas en el Artículo 2° inciso g).

Los asegurados regulares en actividad tienen derecho a las prestaciones de primera capa a cargo del IPSS o de la Entidad Empleadora a través de servicios propios o de planes contratados con un a EPS, según el caso; así como a las prestaciones de la segunda capa y subsidios económicos a cargo del IPSS.

Los afiliados regulares pensionistas tienen derecho a la integridad de las prestaciones de salud correspondientes a la primera y segunda capas, así como la Prestación por Sepelio prevista en el Artículo 18° de este reglamento; todas a cargo del IPSS.

Derecho de Cobertura

Artículo 35°.- Los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen derecho a las prestaciones de l Seguro Social de Salud siempre que cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses anteriores al mes en que se inició la causal. En el caso de maternidad, la condición para el goce de las prestaciones es que el titular del seguro se encuentre afiliado al tiempo de la concepción. En caso de accidente basta que exista afiliación.

Se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes.

Incumplimiento de aporte

Artículo 36°.- Cuando la Entidad Empleadora incumpla la obligación de pago del aporte y ocurra un siniestro, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que corresponda deberá cubrirlo pero tendrá derecho a exigir a aquélla el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

Latencia

Artículo 37°.- En caso de desempleo los afiliados regulares que cuenten con un mínimo de treinta meses de aportación durante los tres años precedentes al cese y sus derechohabientes, tienen derecho a prestaciones médicas previstas en los Artículos 11° y 12° de este reglamento, durante un período de latencia por desempleo de doce meses, contados a partir de la fecha de cese.

Durante los primeros seis meses se mantiene el derecho a las prestaciones vigentes en el momento del cese, incluyendo la capa compleja, a cargo del IPSS. Durante los seis meses siguientes, la cobertura corresponderá solamente la capa compleja más las prestaciones médicas por maternidad, a cargo del IPSS.

Cuando una entidad empleadora cambie de EPS, la nueva EPS contratada deberá asumir las obligaciones de la anterior derivadas de la aplicación del presente artículo.

Artículo 38°.- Durante el período de latencia por desempleo no se devenga la obligación de efectuar

aportes a favor del IPSS ni la retribución a favor de la EPS correspondiente a los trabajadores de empleados.

Capítulo 6.- DE LOS PLANES DE SALUD Y DEL CREDITO

Crédito contra los Aportes

Artículo 39°.- Las Entidades Empleadoras que otorgan cobertura de salud a sus trabajadores en actividad, mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con Entidades Prestadoras de Salud, gozarán de un crédito respecto de las aportaciones señaladas en el inciso a) del Artículo 6° de la Ley N° 26790.

Requisitos del crédito

Artículo 40°.- El crédito establecido en el Artículo 15° de la Ley N° 26790, será equivalente al 25% de los aportes a que se refiere el inciso a) del Artículo 6° de dicha Ley, correspondientes a los trabajadores que gocen de la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora, sin exceder de los siguientes montos:

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

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

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

El total del crédito tampoco podrá exceder del 10% de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT), multiplicado por el número de trabajadores que gocen de cobertura bajo la modalidad de servicios propios o de servicios contratados con una EPS. El valor de la UIT a considerar, será el vigente en cada mes. Cuando dicho valor varíe durante dicho período, se utilizará el promedio de los valores correspondientes.

Los porcentajes a que se refiere el presente artículo pueden ser modificados por Decreto Supremo, con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS.

Artículo 41°.- La cobertura que ofrezca al Entidad Empleadora con cargo al crédito, sea a través de servicios propios o de planes contratados con una EPS, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.

Dicha cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes y comprenderá, al menos las prestaciones de la capa simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo; manteniendo los asegurados su derecho a las coberturas correspondientes a la capa compleja y a las prestaciones económicas, por cuenta del IPSS.

Cualquier trabajador puede optar individualmente por mantener su cobertura íntegramente a cargo

del IPSS.

Artículo 42°.- Los planes de salud ofrecidos por las EPS podrán incluir copagos, a cargo del asegurado, destinados a promover el uso equitativo de las prestaciones de recuperación de la salud señaladas en el Artículo 12° de este reglamento. Salvo consentimiento expresado por cada trabajador en forma individual al tiempo de la votación prevista en este reglamento para elegir la EPS y el Plan de Salud; los copagos a cargo del asegurado regular no podrán superar el 2% de su ingreso mensual por cada atención de carácter ambulatorio ni el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario.

Para estos efectos se entiende como una atención a la constituida por el tratamiento completo de una ocurrencia desde el diagnóstico hasta la recuperación de la salud o la baja del paciente.

Los copagos tampoco podrán exceder el 10% del costo del tratamiento, sea ambulatorio o por hospitalización.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia, la prestación de maternidad ni las prestaciones previstas en los Artículos 11°, 13° y 14° de este reglamento. Tampoco las que ofrezcan las Entidades Empleadoras en establecimientos propios de salud.
Crédito de la Entidad Empleadora con Establecimientos Propios

Artículo 43°.- La Entidad Empleadora que brinde cobertura de salud a sus trabajadores a través de servicios propios, para acogerse al crédito señalado en el inciso a) del Artículo 15° de la Ley N° 26790, deberá acreditar los establecimientos correspondientes ante el MINSA y presentar al IPSS el Plan de Salud y los certificados de acreditación de sus establecimientos. El IPSS establece las formas y procedimientos pertinentes. Cumplidos los procedimientos establecidos, la Entidad Empleadora quedará apta para deducir el crédito de los aportes regulares al IPSS, a partir del mes siguiente.

Asimismo, para efectos de la aplicación del inciso a) del Artículo 16° de la Ley N° 26790, la Entidad Empleadora está obligada a mantener registros contables específicos de sus establecimientos de salud y presentar los estados correspondientes dentro de los noventa días posteriores al final de cada semestre. Los estados financieros presentados al cierre de cada ejercicio fiscal deben estar auditados. Para estos efectos serán considerados como gasto de financiamiento de las coberturas de salud, los fondos de reserva que se constituyan para garantizar la continuidad y estabilidad del servicio, siempre que éstos sean mantenidos en cuentas bancarias exclusivamente destinadas a tal fin y sus informes de movimiento puestos a disposición del IPSS.

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

Artículo 44°.- Los establecimientos propios de salud de las Entidad Empleadoras deberán contar con la infraestructura mínima señalada en el Anexo 4.

El costo de las prestaciones de recuperación de la salud que dichos establecimientos otorguen a sus trabajadores, en exceso del Plan Mínimo de Atención, serán reembolsados por el IPSS, sobre la base de los convenios u otras modalidades de contraprestación de servicios, a fin de otorgar la mejor atención a los asegurados.

Los establecimientos de salud de las Entidades Empleadoras cuya infraestructura lo permita, podrán prestar servicios a terceros afiliados al IPSS o una EPS, recuperando el valor de dichas atenciones de la institución obligada a prestarlas. Para este efecto, el IPSS pagará el importe que corresponda de acuerdo a los convenios específicos que para tal efecto suscriban. Las EPS abonarán los importes que resulten de los convenios correspondientes.

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

Crédito de la Entidad Empleadora con servicios contratados

Artículo 45°.- La Entidad Empleadora que desee acogerse al crédito señalado en el Artículo 15° de la Ley N° 26790, otorgando cobertura de salud a sus trabajadores en actividad mediante planes o programas de salud contratados, deberá cumplir con lo dispuesto en el Artículo 32° y en el Capítulo 6 de este reglamento, y entregar al IPSS copia certificada notarialmente del acta de la elección y copia simple del contrato con la EPS.

El IPSS establecerá los mecanismos para fiscalizar el pago y demás requisitos formales para el goce del crédito por las Entidades Empleadoras.

Elección del Plan y de la EPS

Artículo 46°.- Para los efectos de aplicación del crédito señalado en el Artículo 15° de la Ley N° 26790, la contratación de planes brindados por las EPS, debe llevarse a cabo en arreglo a las siguientes disposiciones:

- a) La Entidad Empleadora es responsable de la convocatoria y realización de la votación para la elección del Plan y de la EPS; pudiendo efectuar la convocatoria por iniciativa propia o a solicitud del 20% de los trabajadores del respectivo centro de trabajo. Para este efecto, debe invitar a no menos de dos EPS. El 20% de Trabajadores puede, así mismo, nominar hasta dos EPS que deberán ser invitadas al concurso.
- b) La Entidad Empleadora debe poner en conocimiento de los trabajadores la información suministrada por las EPS postoras con una anticipación no menor a 10 días hábiles ni mayor a 20 a la fecha límite fijada para la votación. La información mínima exigible a las EPS será determinada por la SEPS.
- c) No están permitidos gastos de intermediación sobre la venta de planes para la cobertura de salud empleando los recursos de aportación obligatoria, salvo sobre los aportes voluntarios adicionales.
- d) Concluida la presentación de propuestas, la Entidad Empleadora debe proporcionar a cada trabajador una cédula en la que emitirá su voto, indicando la fecha límite para la presentación de éstas. La cédula deberá permitir el voto por cualquiera de las Entidades Prestadoras y Planes ofrecidos.
- e) Cada trabajador emitirá su voto entregando la cédula debidamente llenada y firmada a la persona designada por el empleador para recibirlas. No serán válidas las cédulas entregadas después de la fecha límite.
- f) Dentro de los tres días siguientes a la fecha límite para la entrega de cédulas, el empleador publicará en el centro de trabajo los resultados de la votación, cuidando de difundirlos adecuadamente a todos los trabajadores.
- g) De acuerdo con el Artículo 15° de la Ley N° 26790, para que la votación sea válida deberán haber participado en la elección, por lo menos, la mitad más uno de los trabajadores con contrato de

trabajo vigente al tiempo de la votación.

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

i) Sin perjuicio de lo establecido en el Inc. a) de este artículo, la Entidad Empleadora podrá convocar a una nueva elección cuando no hayan votado la mitad más uno de los trabajadores con contrato de trabajo vigente al tiempo de la elección o cuando ninguno de los planes ofrecidos por las EPS haya obtenido los votos favorables necesarios de acuerdo con el inciso anterior.

Artículo 47°.- En los casos de Entidades Empleadoras que cuenten con más de un centro de trabajo, la elección se practicará en cada uno de ellos, con efecto para los trabajadores que laboran en cada centro. Sin embargo, la Entidad Empleadora podrá, si lo juzga conveniente, agrupar a uno o más centros de trabajo los que se considerarán entonces como uno solo para efectos de la elección del Plan, su contratación y cobertura y la aplicación del crédito.

Artículo 48°.- La Entidad Empleadora deberá actuar durante la elección procurando el máximo beneficio a los trabajadores, absteniéndose de toda acción que implique preferencia, ventaja o discriminación para alguna de las Entidades Prestadoras.

Artículo 49°.- La entidad empleadora convocará a una nueva votación para seleccionar a otra EPS, cuando así lo solicite el 50% más uno de los trabajadores afiliados al plan contratado.

Derecho de Renuncia al Plan Elegido

Artículo 50°.- Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de publicación de los resultados, los trabajadores que así lo deseen podrán manifestar al empleador su voluntad de no participar en el Plan elegido y de mantener su cobertura de salud íntegramente a cargo del IPSS. Estos trabajadores no serán comprendidos en el Plan.

Vigencia del Plan Elegido

Artículo 51°.- Una vez vencido el plazo referido en el artículo anterior, la Entidad Empleadora procederá a contratar con la Entidad Prestadora a efectos que ésta otorgue a los trabajadores la cobertura contemplada en el Plan seleccionado, en los términos y condiciones ofrecidos. La cobertura del Plan se iniciará el primer día del mes siguiente a aquel en que se suscribe el contrato.

Quedarán comprendidos en el Plan todos los trabajadores del centro de trabajo que no hayan manifestado estado frente a la Entidad Empleadora, dentro del plazo fijado en el Artículo 50° de este reglamento, su voluntad de quedar excluidos de éste.

Artículo 52°.- Los trabajadores que, con posterioridad al vencimiento del plazo indicado en el Artículo 50° de este reglamento, comuniquen a la Entidad Empleadora su decisión de apartarse del Plan contratado para que su cobertura quede únicamente a cargo del IPSS, quedarán excluidos del Plan a partir del primer día del mes siguiente.

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

Nuevos Trabajadores

Artículo 53°.- Los trabajadores que se incorporen al centro de trabajo deberán manifestar por escrito ante la Entidad Empleadora su voluntad de pertenecer al Plan o de obtener íntegramente la cobertura del IPSS, dentro de los cinco días hábiles siguientes al inicio de labores. A tal efecto, a más tardar el día de inicio de labores el empleador deberá proporcionarles el folleto informativo correspondiente al Plan y Entidad Prestadora Elegidos. En caso de que el trabajador no realice la elección, se entenderá que ha optado por incorporarse al Plan.

Estos trabajadores nuevos quedan sujetos a la cobertura del Plan o del IPSS, según corresponda, desde la fecha de inicio de labores, sin perjuicio de lo previsto en el primer párrafo del Artículo 1° de la Ley N° 26790.

Artículo 54°.- La retribución correspondiente a la EPS será recaudada por ésta, directamente de la Entidad Empleadora con la que se vincula contractualmente.

El pago de la retribución que corresponde a la EPS por parte de la Entidad Empleadora, deberá efectuarse en la misma oportunidad prevista para los aportes al IPSS. En caso de mora en el pago de la retribución a la EPS o de los aportes al IPSS, la Entidad Empleadora no podrá hacer uso del crédito señalado en el Artículo 15° de la Ley N° 26790.

Artículo 55°.- El derecho al crédito se adquiere a partir del mes en que se inicia la vigencia del plan ofrecido a los trabajadores cubiertos.

Para gozar del crédito, las Entidades Empleadoras deberán haber cumplido con pagar las aportaciones al IPSS y la retribución que corresponda a la EPS.

La Entidad Empleadora presentará mensualmente al IPSS una declaración jurada de los trabajadores comprendidos en el Plan, adjuntado la liquidación del crédito y copia de la factura emitida por la respectiva EPS.

Capítulo 7.- DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

Constitución

Artículo 56°.- Las Entidades Prestadoras de Salud se constituirán en el Perú como persona jurídica organizada de acuerdo con la legislación peruana; previa Autorización de Organización otorgada por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

Las EPS tienen como objeto exclusivo el de prestar servicios de atención para la salud.

Para iniciar sus operaciones requieren la Autorización de Funcionamiento otorgada por la Superintendencia, una vez cumplidos los requisitos mínimos para su organización.

Requisitos

Artículo 57°.- Para las EPS que se constituyan en la provincia de Lima, el capital mínimo será de S/. 1'000,000.00 íntegramente suscrito y pagado. Las EPS que se constituyan fuera de esta provincia, podrán hacerlo con un capital menor. La SEPS determinará para éstas últimas los criterios y montos de capital mínimo requeridos. El capital mínimo se mantendrá en su valor constante, actualizándose anualmente en función a los índices que determinará la SEPS.

Artículo 58°.- Las EPS mantendrán los márgenes de solvencia y los niveles de otros indicadores de terminados por la SEPS para garantizar la solidez patrimonial y el equilibrio financiero, de sus operaciones en el corto y mediano plazo.

Artículo 59°.- Las EPS deberán contar al menos con la infraestructura propia indicada en el Anexo 4. La infraestructura propia debe ser suficiente para atender directamente al menos al 30% de la

demanda de prestaciones de sus afiliados.

Por disposición de carácter general la SEPS puede modificar estos indicadores o crear otros de acuerdo a las necesidades de regulación del sistema.

Infraestructura Propia

Artículo 60°.- Se entiende por infraestructura propia aquella que se encuentre bajo control directo y exclusivo de una EPS, cualquiera que fuere el título legal bajo el cual se hubiere adquirido tal es derechos.

Artículo 61°.- De acuerdo a lo establecido por el Artículo 59° de este reglamento, las EPS brindarán servicios a sus afiliados con su infraestructura propia, pudiendo complementarla, previo convenio, con servicios de otras EPS del MINSA o de otras personas naturales o jurídicas públicas o privadas debidamente acreditadas para brindar servicios de salud.

Responsabilidad de la EPS

Artículo 62°.- La EPS es responsable frente a los usuarios por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros.

Acceso de los Asegurados

Artículo 63°.- Es obligación de las EPS admitir la afiliación de las personas que lo soliciten. Asimismo, en ningún caso la EPS podrá negar a un asegurado el acceso a la infraestructura contemplada en el Plan de Salud elegido.

Artículo 64°.- Para operar en las zonas geográficas que determine la SEPS, podrá dispensarse a las EPS mediante norma de carácter general, total o parcialmente, del requisito de infraestructura propia, siempre que se asegure una cobertura integral y eficiente.

Autorización de Organización de una EPS

Artículo 65°.- Para obtener la autorización de organización de una EPS, las personas naturales que se presenten como organizadoras, deben ser de reconocida idoneidad moral y solvencia económica.

Artículo 66°.- No pueden ser organizadores ni accionistas de una EPS:

- a) Los condenados por delitos dolosos.
- b) Los que, por razón de sus funciones, estén prohibidos de ejercer el comercio.
- c) Los quebrados.
- d) Los directores y trabajadores del IPSS, la SEPS y del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos Descentralizados.
- e) Los directores y trabajadores de otra EPS.
- f) Los que hayan sido directores o gerentes de empresas o entidades quebradas o intervenidas por alguna Superintendencia u otro organismo de fiscalización, si se les hubiere hallado responsables de los actos de mala gestión.

Artículo 67°.- Los hospitales, las redes o establecimientos públicos de salud podrán operar con o una EPS u ofrecer servicios de medicina prepagada. Las normas específicas de constitución y operación, en ambos casos, serán establecidas por el MINSA.

Artículo 68°.- Cuando los hospitales, las redes o establecimientos públicos de salud vendan servicios médicos al IPSS o a las EPS, para el cumplimiento de los planes ofrecidos, facturarán la atención de acuerdo con sus costos de operación y sin recurrir a fondos del Tesoro Público para el subsidio de estos servicios.

Solicitud de autorización de organización

Artículo 69°.- La solicitud de organización de una EPS se presentará ante la SEPS y debe contener lo siguiente:

- a) El nombre, nacionalidad, estado civil, profesión u ocupación de cada uno de los organizadores.
- b) La razón social de la empresa que se pretenda constituir.
- c) Las operaciones y servicios que se propone realizar la EPS.
- d) El lugar en el que funcionará la sede principal de la EPS y el ámbito geográfico del País en el que desarrollará sus actividades.
- e) El monto del capital con el que se propone iniciar las operaciones, con indicación de la suma que será pagada inicialmente, la que no puede ser inferior al capital mínimo señalado en el Artículo 57°.
- f) Toda información que, de manera previa y general, exija la SEPS.

Artículo 70°.- En la denominación social de las Entidades Prestadoras de Salud debe agregarse la frase final ""Entidad Prestadora de Salud"".

Artículo 71°.- En la solicitud de organización se designará al representante de los organizadores ante la SEPS, acompañándose adicionalmente la siguiente documentación:

- a) ""Currículum Vitae"" de cada uno de los organizadores.
- b) Declaración Jurada de cada uno de los organizadores de no encontrarse impedidos legalmente.
- c) Proyecto de minuta de constitución social de la EPS.
- d) Un estudio de factibilidad económico financiero.
- e) Certificado de depósito de garantía, constituido en un banco del País, a la orden de la SEPS, por un monto equivalente al cinco por ciento del capital mínimo.
- f) Comprobante de pago de los derechos fijados por la SEPS.

Procedimiento de autorización de organización

Artículo 72°.- La SEPS verifica la seriedad, responsabilidad y demás condiciones personales de los solicitantes y dispone los cambios que juzgue necesarios en los documentos presentados.

Artículo 73°.- La SEPS dispone que los organizadores publiquen en el Diario Oficial y en un diario

o de extensa circulación nacional, un aviso haciendo saber la presentación de la solicitud de organización, los nombres de los organizadores y citando a toda persona interesada para que, en el término de 15 días calendario, contado a partir de la fecha del último aviso, formule cualquier objeción fundamentada a la formación de la EPS.

Artículo 74°.- Vencido el plazo a que se refiere el artículo anterior, la Superintendencia correrá traslado a los organizadores de las objeciones que se hubieren formulado, por el plazo de diez días calendario para la subsanación correspondiente. Dentro de los 15 días calendario siguientes a la absolución del traslado o sin ella, expide resolución motivada concediendo o denegando la autorización de organización, la que se notifica a los organizadores.

De ser denegada la solicitud, la SEPS devuelve a los organizadores, debidamente endosado y dentro de un plazo no mayor de tres días, el certificado de depósito de garantía a que alude el Artículo 71° de este reglamento.

Expedida en términos favorables la resolución, la SEPS otorga un certificado de Autorización de Organización.

En el procedimiento de autorización de organización no son de aplicación las normas sobre silencio administrativo positivo.

Artículo 75°.- Con el Certificado de Autorización de Organización, los organizadores quedarán obligados a:

- a) Publicar el certificado dentro de los 10 días calendario siguientes a su expedición, por una sola vez en el Diario Oficial.
- b) Otorgar la escritura de constitución social, en la que necesariamente se inserta dicho certificado, bajo responsabilidad del notario interviniente.
- c) Realizar las demás acciones conducentes a obtener la autorización de funcionamiento.

El certificado de autorización de organización caduca a los dos años.

Artículo 76°.- Durante el proceso de organización, el capital pagado sólo puede ser utilizado en:

- a) La cobertura de los gastos que dicho proceso demande.
- b) La compra o la construcción de inmuebles para uso de la EPS.
- c) La compra del mobiliario, maquinaria y equipo médico requeridos para el funcionamiento de la EPS.
- d) La contratación de servicios necesarios para dar inicio a las operaciones.

Autorización de funcionamiento

Artículo 77°.- Los organizadores comunicarán por escrito dirigido a la SEPS el cumplimiento de los requisitos previstos en el Artículo 75° de este reglamento y demás condiciones exigibles para la operación de la EPS, solicitando se les otorgue la Autorización de Funcionamiento. Para emitir resolución, la SEPS efectuará las comprobaciones que estime necesarias, verificando de modo especial lo siguiente:

- a) Que la escritura de constitución social guarde correspondencia total con el proyecto de minuta aprobado en su momento.

b) Que el capital inicial se haya pagado íntegramente en efectivo, al menos el monto mínimo requerido por el Artículo 58°.

c) que sean correctos el nombre y la dirección de cada uno de los accionistas y que el importe suscrito y pagado del capital social por cada uno de ellos se ajuste a las disposiciones legales vigentes.

d) Que no figuren entre los accionistas quienes están prohibidos de serlo conforme al Artículo 67° de este reglamento y demás disposiciones legales vigentes.

e) Que haya sido debida y oportunamente efectuada la publicación de que trata el inciso a) del Artículo 76° de este reglamento.

f) Que la empresa cuente con manuales de organización y funciones y con normas operativas y de delegación de facultades.

g) Que la infraestructura propia y de terceros con la que prestará los servicios cuenten con la acreditación del MINSA y ofrezcan condiciones de seguridad y equipamiento satisfactorias.

h) Que los planes de salud que se propone ofrecer la EPS se encuentren ajustados a la legislación sobre la materia y otorguen una cobertura adecuada.

Artículo 78°.- Efectuadas las comprobaciones previstas en el artículo anterior, pero en ningún caso más allá de 30 días calendario siguientes a la presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento, la SEPS expide la correspondiente resolución que, de ser favorable, dará lugar a la emisión de un certificado de autorización de funcionamiento. En caso de ser desfavorable, se otorgará un plazo de 30 días calendario para las subsanaciones correspondientes, vencido el cual será necesario presentar un nuevo petitorio de Autorización de Funcionamiento antes del plazo de caducidad previsto en el Artículo 75°.

En el procedimiento de autorización de funcionamiento son de aplicación las normas sobre silencio administrativo positivo, cuando la SEPS no emita pronunciamiento dentro de los plazos máximos establecidos.

Artículo 79°.- El certificado de autorización de funcionamiento se publica en el Diario Oficial y en uno de extensa circulación nacional. Además, debe ser exhibido permanentemente en la oficina principal de la EPS, en lugar visible al público.

El certificado de autorización de funcionamiento es de vigencia indefinida y sólo puede ser cancelado por la SEPS como sanción por falta grave en que hubiere incurrido la empresa.

Cómo se actúa después de obtenida la autorización

Artículo 80°.- Las garantías y limitaciones establecidas en el Artículo 5° de este reglamento, son aplicables a las reservas y a las inversiones que las respaldan, de las EPS; así como a las reservas e inversiones de las entidades empleadoras exclusivamente afectadas a la prestación de servicios de salud mediante establecimientos propios, de acuerdo al inciso a) del Artículo 15° de la Ley N° 26790. La Superintendencia de Empresas Prestadoras de Salud - SEPS-, establecerá los niveles o mecanismos de reservas técnicas exigibles y las demás normas y procedimientos correspondientes.

Artículo 81°.- En caso de quiebra, liquidación, disolución o revocación de la autorización de funcionamiento de una EPS, el Instituto Peruano de Seguridad Social, directamente o a través de la empresa que designe, otorgará las prestaciones que correspondan a los afiliados según los planes contratados, hasta que los asegurados realicen la elección de su nueva EPS, de acuerdo con las nor

mas de este reglamento. Durante este período transitorio, la Entidad Empleadora no goza del crédito previsto en el Artículo 15° de la Ley N° 26790.

Capítulo 8.- DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

El Seguro de Trabajo de Riesgo

Artículo 82°.- El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan las actividades de alto riesgo señaladas en el Anexo 5. Están comprendidas en esta obligación las Entidades Empleadoras constituidas bajo la modalidad de cooperativas de trabajadores, empresas de servicios temporales o cualquier otra de intermediación laboral. Comprende las siguientes coberturas:

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

Son asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, la totalidad de los trabajadores del centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades previstas en el Anexo 5, así como todos los demás trabajadores de la empresa, que no perteneciendo a dicho centro de trabajo, se encuentren regularmente expuestos al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional por razón de sus funciones.

Artículo 83°.- La cobertura de salud por trabajo de riesgo comprende prestaciones de asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional; atención médica; rehabilitación y readaptación laboral, cualquiera que sea su nivel de complejidad. No comprende los subsidios económicos que son por cuenta del Seguro Social de Salud según lo previsto en los Artículos 15°, 16° y 17° del presente reglamento.

Esta cobertura podrá ser contratada libremente con el IPSS o con la EPS elegida conforme al Artículo 15° de la Ley N° 26790 o, cuando no existiere EPS elegida, con cualquier otra. Las prestaciones de salud son otorgadas íntegramente por el IPSS o la EPS elegida para cuyo efecto dichas entidades podrán celebrar y acreditar ante la SEPS los contratos de servicios complementarios de coseguro o reaseguro que resulten necesarios.

No están permitidos gastos de intermediación sobre la venta de planes para la cobertura de salud empleando los recursos de aportación de este Seguro Complementario.

Artículo 84°.- La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo otorga las pensiones de invalidez sea ésta total o parcial, temporal o permanente, o de sobrevivientes y cubre los gastos de sepelio. Los beneficios de esta cobertura no pueden ser inferiores a los que por los mismos conceptos brinda el Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (AFP), regido por el Decreto Ley N° 25897 y sus reglamentos.

El derecho a las pensiones de invalidez del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo se inicia una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal cubierto por el Seguro Social de Salud.

Esta cobertura es de libre contratación con la Oficina de Normalización Previsional (ONP) o con empresas de seguros debidamente acreditadas a elección de la entidad empleadora.

Artículo 85°.- Los aportes al IPSS y a la ONP correspondientes al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo son los establecidos en los tarifarios que para el efecto establecen dichas entidades. Las retribuciones a las EPS o a las compañías de seguros son establecidas libremente entre las

partes.

Artículo 86°.- La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo podrá ser contratada con la ONP o con una Compañía de Seguros a través del IPSS o la EPS que brinde la cobertura de salud, a solicitud del empleador. En tal caso, los contratos deben señalar las retribuciones correspondientes en forma desagregada.

Las coberturas del Seguro Complementario de trabajo de riesgo no pueden establecer carencias ni copagos a cargo del trabajador.

Asimismo, quedan prohibidos los costos de intermediación en su contratación.

Artículo 87°.- Las entidades empleadoras que desarrollan actividades de alto riesgo deben inscribirse como tales en el Registro que para el efecto administra el Ministerio de Trabajo y Promoción Social, entidad que supervisará el cumplimiento de la obligación de contratar el seguro complementario de trabajo de riesgo, aplicando las sanciones administrativas correspondientes.

Artículo 88°.- Sin perjuicio de las sanciones administrativas a que hubiere lugar, la Entidad Empleadora que no cumpla con inscribirse en el Registro referido en el artículo anterior o con la contratación del Seguro Complementario de Riesgo para la totalidad de los trabajadores a que está obligado o que contrae coberturas insuficientes, será responsable frente al IPSS o a la ONP por el costo de las prestaciones que dichas entidades otorgarán en caso de siniestro al trabajador afectado, independientemente de su responsabilidad civil frente al trabajador por los daños y perjuicios irrogados.

Capítulo 9.- SISTEMA DE REFERENCIAS

Inicio de atenciones

Artículo 89°.- Los asegurados regulares inscritos en EPS o establecimientos de salud de las entidades empleadoras, inician su atención ante la entidad en la que se encuentran afiliados, salvo los casos comprendidos en la legislación sobre emergencias, en los que serán obligatoriamente atendidos por el establecimiento de salud requerido por el asegurado. La ulterior recuperación de los valores correspondientes a la atención de emergencia se calculará en función de los acuerdos de modalidades de pago que hayan sido suscritas por estas instituciones.

Artículo 90°.- La EPS y el establecimiento de salud del empleador, en su caso; están obligados a atender al afiliado que requiera sus servicios. Si el diagnóstico determina que el tratamiento excede del plan de salud contratado, la EPS o el establecimiento de salud del empleador en su caso, será responsable de coordinar la referencia del paciente a un Hospital del IPSS, para cuyo efecto deberá comunicar en forma indubitable al IPSS la ocurrencia. Su responsabilidad sólo termina cuando el paciente es recibido por el IPSS.

Si las prestaciones no son de cargo del IPSS, éste podrá admitir al paciente trasladando los costos del tratamiento a la EPS o al establecimiento de salud del empleador según corresponda. Aun cuando las prestaciones sean de su cargo, el IPSS podrá autorizar a la EPS o el establecimiento del empleador en su caso, que continúe el tratamiento del paciente con el compromiso de reintegrarle los costos del mismo. El reembolso de los gastos realizados se efectuará sobre la base de los convenios correspondientes.

En caso que el IPSS no acepte la referencia del paciente, la EPS o el establecimiento de salud del empleador, en su caso, donde se registró el primer ingreso del paciente, quedará obligado a continuar con el tratamiento hasta su terminación, quedando a salvo su derecho de reclamar el costo de la atención al IPSS.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con el IPSS, la atención médica será prestada obligatoriamente por el centro médico u hospital requerido, salvo imposibilidad material comprobable para atender al paciente; sin perjuicio del derecho de reintegro de los costos correspondientes al tratamiento por parte de la entidad obligada a cubrir la ocurrencia.

Las discrepancias que surjan por aplicación del presente artículo entre el IPSS y las EPS o las Entidades Empleadoras, serán resueltas por una Comisión Arbitral Permanente designada por Resolución Ministerial del Ministerio de Salud que funcionará en la SEPS.

Capítulo 10.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Sometimiento

Artículo 91°.- La sola solicitud de organización y funcionamiento de una EPS, implica el sometimiento de ésta al reglamento de arbitraje y solución de controversias que dictara la SEPS.

Las Entidades Empleadoras, el IPSS y los afiliados a una EPS o que reciban prestaciones de salud a través de servicios propios de su empleador, quedan igualmente sometidas al reglamento de arbitraje y solución de controversias referido en el párrafo anterior.

Capítulo 11.- INFRACCIONES Y SANCIONES

Definición

Artículo 92°.- Constituye infracción de las EPS, sancionable, en relación con lo establecido en los Artículos 6° y 7° del Decreto Supremo N° 006-97-SA, toda acción u omisión de éstas que cause el incumplimiento de obligaciones, determinada de manera objetiva, de acuerdo a lo establecido en este reglamento y en normas complementarias que apruebe la SEPS.

Artículo 93°.- Las infracciones a las disposiciones en materia de inscripción y recaudación sancionadas por el IPSS de conformidad con la Resolución N° 056-GCR-IPSS-97, y las disposiciones que lo modifiquen o substituyan."