

Sábado, 17 de mayo de 1997

CONGRESO DE LA REPUBLICA

Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

LEY N° 26790 (*)

(*) De conformidad con la Segunda Disposición Final y Derogatoria de la Ley N° 27056, publicada el 30-01-99, sustitúyase toda mención al "Seguro Social de Salud" en esta Ley y sus normas complementarias por "Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud".

CONCORDANCIAS: D.S.N° 009-97-SA (REGLAMENTO)
OTRAS CONCORDANCIAS

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República

Ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA;

Ha dado la ley siguiente:

LEY DE MODERNIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 1.- PRINCIPIOS

La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud.

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 tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público y brinda 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. Los Reglamentos establecen los alcances, condiciones y procedimientos para acceder al presente régimen.

CONCORDANCIA: D.S. N° 002-2009-TR, Art. 31

Artículo 2.- EL SEGURO SOCIAL DE SALUD

El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales.

Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

Artículo 3.- ASEGURADOS

Son asegurados del Seguro Social de Salud, los afiliados regulares o 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.

- Los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o de sobrevivencia.

Todas las personas no comprendidas en el párrafo anterior se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativos en el IPSS o en la Entidad Prestadora de Salud de su elección.

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

El Seguro Social de Salud es de carácter obligatorio para los afiliados regulares y los demás que señale la ley.

El Seguro Social de Salud está autorizado para realizar, directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos. (*)

(*) Artículo sustituido por la Primera Disposición Complementaria de la Ley N° 27177, publicada el 25-09-99, cuyo texto es el siguiente:

“Artículo 3.- ASEGURADOS.-

Son asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, los afiliados regulares o 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.

- Los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia.

- Los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial.

Todas las personas no comprendidas en el párrafo anterior se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativo en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) o en la Entidad Prestadora de Salud de su elección.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes 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, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

CONCORDANCIAS: D.S. N° 049-2002-AG, Art. 20, b)
D.S. N° 018-2007-TR , Art. 2

El Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud es de carácter obligatorio para los afiliados regulares y los demás que señale la ley.

El Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud está autorizado para realizar, directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos”.

CONCORDANCIAS: D.S. N° 075-2008-PCM, Art. 9, num. 9.1
LEY N° 29816, Cuarta Disp.Comp. Final

Artículo 4.- ENTIDADES EMPLEADORAS

Para efectos de la aplicación de la presente ley, se entiende por 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.

Artículo 5.- REGISTRO Y AFILIACION

El Registro de Entidades Empleadoras y la inscripción de los afiliados regulares se realiza ante el IPSS en la forma y en los plazos establecidos en los reglamentos.

Es obligación de las Entidades Empleadoras registrarse como tales ante el IPSS y realizar la inscripción de los afiliados regulares que de ellas dependan, así como informar el cese, la suspensión de la relación laboral y las demás ocurrencias señalados en los reglamentos.

La inscripción de los afiliados potestativos se realiza bajo la forma y condiciones señaladas en los reglamentos.

Artículo 6.- APORTES

Los aportes por afiliación al Seguro Social de Salud son de carácter mensual y se establecen de la siguiente forma:

a) Afiliados regulares en actividad:

El aporte de los trabajadores 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 de la entidad empleadora que debe declararlos y pagarlos al IPSS dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones afectas.

Para estos efectos se considera remuneración la así definida por los Decretos Legislativos N°s. 728 y 650 y sus normas modificatorias. Tratándose de los socios trabajadores de cooperativas de trabajadores, se considera remuneración el íntegro de lo que el socio recibe como contraprestación por sus servicios.(*).

(*). Literal modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 28791, publicada el 21 julio 2006, la misma que de conformidad con su Artículo 2 entrará en vigencia a los 120 días de su publicación, cuyo texto es el siguiente:

"a) Afiliados regulares en actividad:

El aporte de los trabajadores en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso. La base imponible mínima mensual no podrá ser inferior a la Remuneración Mínima Vital vigente. Es de cargo de la entidad empleadora que debe declararlos y pagarlos a ESSALUD, al mes siguiente, dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente, a aquel en que se devengaron las remuneraciones afectas.

Para estos efectos se considera remuneración la así definida por los Decretos Legislativos n°s. 728 y 650 y sus normas modificatorias. Tratándose de los socios trabajadores de cooperativas de trabajadores, se considera remuneración el íntegro de lo que el socio recibe como contraprestación por sus servicios."

b) Afiliados regulares pensionistas:

El aporte de los pensionistas equivale al 4% de la pensión. Es de cargo del pensionista, siendo responsabilidad de la entidad empleadora 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.(*).

(*). Literal modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 28791, publicada el 21 julio 2006, la misma que de conformidad con su Artículo 2 entra en vigencia a los 120 días de su publicación, cuyo texto es el siguiente:

"b) Afiliados regulares pensionistas:

El aporte de los pensionistas es de 4% de la pensión. Es de cargo del pensionista, siendo responsabilidad de la entidad empleadora la retención, declaración y pago a ESSALUD, en los plazos establecidos en la normatividad vigente."

CONCORDANCIA: Ley N° 28779, Art. 2

c) Afiliados potestativos:

El aporte de los afiliados potestativos es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado.

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 mediante estudio actuarial.

CONCORDANCIA: D.S. N° 075-2008-PCM, Art. 9, num. 9.3

Artículo 7.- RECAUDACION

Los aportes señalados en el artículo anterior tienen carácter de aportaciones de Seguridad Social. La recaudación, fiscalización y cobranza coactiva son realizadas por el IPSS, pudiendo este delegar tales funciones, en forma total o parcial, en entidades públicas o privadas. Los reglamentos establecen los plazos y procedimientos pertinentes.

Artículo 8.- RECURSOS

Son recursos del Seguro Social de Salud:

a) Los aportes señalados en el Artículo 6 de la presente Ley, 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.

De conformidad con el Artículo 12 de la Constitución, los recursos antes indicados 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. Los reglamentos establecen los procedimientos respectivos.

Artículo 9.- PRESTACIONES

Las prestaciones del Seguro Social de Salud son determinadas en los reglamentos, en función del tipo de afiliación, pudiendo comprender los siguientes conceptos:

a) Prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud.

b) Prestaciones de bienestar y promoción social.

c) Prestaciones en dinero correspondientes a subsidios por incapacidad temporal y maternidad.

d) Prestaciones por sepelio.

Las prestaciones son brindadas mediante los servicios del IPSS o de otras entidades. Los reglamentos establecen los requisitos, condiciones y procedimientos pertinentes.

Las prestaciones del Seguro Social de Salud en ningún caso podrán tener una cobertura inferior al Plan Mínimo de Atención que se establece en los reglamentos.

CONCORDANCIAS: D.S. N° 049-2002-AG, Art. 21
D.S. N° 075-2008-PCM, Art. 9, num. 9.2

D.S. N° 008-2010-SA, Arts. 95 y 96 (Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud)

Artículo 10.- DERECHO DE COBERTURA

Los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la causal. En caso de accidente basta que exista afiliación.

Tratándose de afiliados regulares, se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes. Cuando la Entidad Empleadora incumpla con 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 aquella el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

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.

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.(*).

(*). Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 28791, publicada el 21 julio 2006, la misma que de conformidad con su Artículo 2 entrará en vigencia a los 120 días de su publicación, cuyo texto es el siguiente:

"Artículo 10.- DERECHO DE COBERTURA

Los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la contingencia y que la entidad empleadora haya declarado y pagado o se encuentre en fraccionamiento vigente las aportaciones de los doce meses anteriores a los seis meses previos al mes de inicio de la atención, según corresponda. En caso de accidente basta que exista afiliación. ESSALUD podrá establecer períodos de espera para contingencias que éste determine; con excepción de los regímenes especiales.

En el caso de los afiliados regulares pensionistas y sus derechohabientes tienen derecho de cobertura desde la fecha en que se les reconoce como pensionistas, sin período de carencia. Mantienen su cobertura siempre y cuando continúen con su condición de pensionistas.

Tratándose de afiliados regulares, se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes. Para la evaluación de los seis meses previos al mes de inicio de la atención, las declaraciones efectuadas por la entidad empleadora no surten efectos retroactivos para determinación del derecho de cobertura. Cuando la Entidad Empleadora incumpla con el criterio establecido en el primer párrafo del presente artículo, ESSALUD o la Entidad Prestadora de Salud que corresponda deberá cubrirlo, pero tendrá derecho a exigir a aquella el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

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. 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, ESSALUD 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."

CONCORDANCIAS: D.LEG. N° 1057, Segunda Disp. Comp. Trans.

Acuerdo N° 51-14-ESSALUD-2008 (Establecen Régimen de Facilidades de Pago y/o Canje de Deudas con Bienes y Servicios para deuda no tributaria)

de naturaleza pública por concepto de reembolso de prestaciones otorgada a trabajadores y/o derechohabientes de entidades empleadoras morosas)

R. N° 6-GCAS-ESSALUD-2011 (Aprueban implementación de períodos de espera para nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes, para el tratamiento de diversas enfermedades)

R. N° 125-GCF-OGA-ESSALUD-2012 (Aprueban el Reglamento del Régimen Excepcional de Facilidades de pago para deuda no tributaria de naturaleza pública, emitida por concepto del costo de prestaciones brindadas a trabajadores y/o derechohabientes de entidades empleadoras morosas, y por Resoluciones de Multa Administrativa impuesta a empleadores por sanciones administrativas)

Artículo 11.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO

En caso de desempleo, los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia no menor de seis meses ni mayor de doce, siempre que cuenten con un mínimo de treinta meses de aportación durante los tres años precedentes al cese. El reglamento establecerá las normas complementarias.(*)

(*) Artículo modificado por el Artículo 1 del Decreto de Urgencia N° 008-2000, publicado el 23-02-2000, cuyo texto es el siguiente:

“Artículo 11.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO

“En caso de desempleo y de suspensión perfecta de labores que genere la pérdida del derecho de cobertura, los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta doce meses, siempre que cuenten con un mínimo de cinco meses de aportación en los últimos tres años precedentes al cese, acogidos a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores será de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura.

El Reglamento establecerá la forma en que dichas prestaciones serán otorgadas.”

CONCORDANCIAS: R. N° 062-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004, Plan Protección Vital, 2.7
D.S. N° 005-2005-TR, Art. 8
Ley N° 28779, Art. 1
Ley N° 29353, (Ley que amplía temporalmente el período de acceso a servicios de seguridad social en salud para desempleados)

Artículo 12.- DERECHO DE SUBSIDIO

Los subsidios se rigen por las siguientes reglas:

a) Subsidios por incapacidad temporal

a.1) Tienen derecho al subsidio por incapacidad temporal los afiliados regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del Art. 10°.

a.2) El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 4 meses calendario inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor a 4, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.(*)

(*) Literal modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 28791, publicada el 21 julio 2006, la misma que de conformidad con su Artículo 2 entrará en vigencia a los 120 días de su publicación, cuyo texto es el siguiente:

"a.2) El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 12 meses calendario inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado."

a.3) El derecho a subsidio se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Durante los primeros 20 días de incapacidad el empleador o cooperativa continúa obligado al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año. El subsidio se otorgará mientras dura la incapacidad del trabajador, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos.

“a.4) Los trabajadores portuarios tendrán derecho al subsidio a partir del primer día de ocurrida la incapacidad laboral, los que serán de cargo del Seguro Social de Salud.”(*)

(*) Literal incorporado por la Tercera Disposición Final de la Ley N° 27866, publicada el 16-11-2002.

b) Subsidios por maternidad y lactancia

b.1) Tienen derecho a subsidios por maternidad y lactancia, las afiliadas regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del Art. 10.

b.2) El subsidio por maternidad se otorga por 90 días, pudiendo éstos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, a condición que durante esos períodos no realice trabajo remunerado.

b.3) El subsidio por lactancia se otorgará conforme a las normas que para el efecto establezca el reglamento.

El derecho a subsidio prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que dejó el período de incapacidad o el período máximo postparto.

Los afiliados potestativos podrán tener derecho a subsidios económicos de acuerdo a lo que establezca el reglamento. (*)

(*) Inciso b) modificado por el Artículo único de la Ley N° 28239, publicada el 01-06-2004, cuyo texto es el siguiente:

"b) Subsidios por maternidad y lactancia

b.1) Tienen derecho a subsidios por maternidad y lactancia, las afiliadas regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del artículo 10.

b.2) El subsidio por maternidad se otorga por 90 días, pudiendo éstos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, a condición que durante esos períodos no realice trabajo remunerado. El subsidio por maternidad se extenderá por 30 días adicionales en los casos de nacimiento múltiple.(*)

(*) Literal modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 28791, publicada el 21 julio 2006, la misma que de conformidad con su Artículo 2 entra en vigencia a los 120 días de su publicación, cuyo texto es el siguiente:

"b.2) La determinación del subsidio por maternidad se establece de acuerdo al promedio diario de las remuneraciones de los 12 últimos meses. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado."

b.3) El subsidio por lactancia se otorgará conforme a las normas que para el efecto establezca el reglamento. En caso de parto múltiple, se reconoce un subsidio adicional por cada hijo.(*)

(*) Literal modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 28791, publicada el 21 julio 2006, la misma que de conformidad con su Artículo 2 entra en vigencia a los 120 días de su publicación, cuyo texto es el siguiente:

"b.3) El subsidio por lactancia se otorga conforme a la normatividad vigente."

El derecho a subsidio prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que dejó el período de incapacidad o el período máximo postparto.

Los afiliados potestativos podrán tener derecho a subsidios económicos de acuerdo a lo que establezca el reglamento.”

Artículo 13.- ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

Para los efectos de la aplicación del crédito a que se refiere el Art. 15 de la presente Ley, se entiende por Entidades Prestadoras de Salud 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 que se indica en el artículo siguiente.

Artículo 14.- SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

Créase la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud -SEPS- con el objeto de autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados.

La SEPS es un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud, con personería de derecho público interno. Cuenta con autonomía funcional, administrativa y financiera. Se organiza de acuerdo a las normas que establezca su Estatuto, el mismo que será aprobado por Decreto Supremo. Se rige por el régimen laboral de la actividad privada y se financia con recursos propios constituidos por los derechos que cobra a las entidades sujetas a su control, los mismos que son establecidos por Decreto Supremo, refrendado por el Ministro de Salud.

CONCORDANCIAS: R.SUPERINTENDENCIA N° 025-98-SEPS
R.SUPERINTENDENCIA N° 022-98/SEPS
R.SUPERINTENDENCIA N° 026-2000-SEPS-CD
R.SUPERINTENDENCIA N° 053-2000-SEPS-CD
R.SUPERINTENDENCIA N° 054-2000/SEPS-CD
R. N° 014-2005-SEPS-CD
R. N° 015-2005-SEPS-CD
R. N° 010-2006-SEPS-CD (Disposiciones para regulación, supervisión y control de entidades que prestan servicios de salud prepagados, sin registro en la SBS ni en otra entidad supervisora)
R. N° 037-2008-SEPS-CD (Aprueban normas sobre contratación de prestaciones de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares que deben incorporarse en los contratos que celebren las EPS con las Entidades Empleadoras)

Artículo 15.- CREDITOS CONTRA LAS APORTACIONES

Las Entidades Empleadoras que otorguen coberturas 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 a que se refiere el inciso a) del Artículo 6 de la presente Ley.

A efectos de gozar del crédito a que se refiere el presente artículo, las Entidades Empleadoras deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Servicios Propios

Las Entidades Empleadoras que brinden cobertura de salud a sus trabajadores a través de servicios propios deberán acreditar los establecimientos correspondientes ante el Ministerio de Salud.

Una vez obtenida la acreditación podrán aplicar el crédito contra sus aportes, de acuerdo con las reglas establecidas en el artículo siguiente:

CONCORDANCIA: R. N° 037-2008-SEPS-CD (Aprueban normas sobre contratación de prestaciones de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares que deben incorporarse en los contratos)

que celebren las EPS con las Entidades Empleadoras)

b) Planes Contratados

Las Entidades Empleadoras que, sin contar con servicios propios de salud, deseen gozar del crédito, deberán contratar el Plan y la Entidad Prestadora de Salud elegidos por mayoría absoluta de sus trabajadores mediante votación universal.

En todo caso, los trabajadores que así lo deseen podrán optar individualmente por mantener su cobertura íntegramente a cargo del IPSS.

El reglamento establecerá la información que deberá proporcionarse a los trabajadores respecto al contenido de los Planes y la solvencia patrimonial de las Entidades Prestadoras de Salud a efectos de la elección a que se refiere el presente inciso.

CONCORDANCIAS: D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley N° 29344, Art. 102

Artículo 16.- IMPORTE DEL CREDITO

El crédito a que se refiere el Art. 15 será equivalente al 25% de los aportes a que se refiere el inciso a) del Art. 6 correspondientes a los trabajadores que gocen de la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora, sin exceder de los siguientes montos:

a) la suma efectivamente destinada por la Entidad Empleadora al financiamiento de la cobertura de salud en el mes correspondiente; y

b) el 10% de la Unidad Impositiva Tributaria multiplicado por el número de trabajadores que gocen de la cobertura.

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.

CONCORDANCIAS: D.S. N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley N° 29344, Décima Primera Disp. Comp. Final

Artículo 17.- COBERTURA DE LOS TRABAJADORES

La cobertura que ofrezca la Entidad Empleadora de conformidad con el Artículo 15, sea a través de servicios propios o de planes contratados, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.

Dicha cobertura no podrá ser inferior al Plan Mínimo de Atención a que se refiere el Art. 9 y, salvo consentimiento expreso del trabajador, los copagos no podrán superar el 2% del ingreso mensual del asegurado por cada atención de carácter ambulatorio ni el 10% por cada hospitalización. Asimismo, dicha cobertura deberá incluir la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando corresponda, y no podrá excluir la atención de dolencias preexistentes.

Los trabajadores incluidos en la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora mantendrán su derecho a la cobertura de atenciones de alta complejidad, enfermedades crónicas y subsidios económicos a cargo del IPSS. El nivel de prestaciones a cargo del IPSS podrá modificarse en función al monto del crédito reconocido, por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS.

CONCORDANCIAS: D.S. N° 008-2010-SA, Art. 96 (Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud)

Artículo 18.- RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

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.

Artículo 19.- SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud que desempeñan las actividades de alto riesgo determinadas mediante Decreto Supremo. Es obligatorio y por cuenta de la entidad empleadora. Cubre los riesgos siguientes:

a) Otorgamiento de prestaciones de salud en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con el IPSS o con la EPS elegida conforme al Artículo 15 de esta Ley.

b) Otorgamiento de pensiones de invalidez temporal o permanente y de sobrevivientes y gastos de sepelio, como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con la ONP o con empresas de seguros debidamente acreditadas.

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.

Los términos y condiciones para el funcionamiento de este seguro se establecen en el reglamento.

CONCORDANCIAS: D.S.N° 003-98-SA
R.G.G. N° 1082-GG-ESSALUD-2000
D.S. N° 016-2005-SA, Art. 21 inc. f)
D.S. N° 005-2005-TR, Art. 9
Ley N° 28806, Segunda Disp. Final y Trans. (Ley General de Inspección del Trabajo)

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Primera.- Derógase el Decreto Ley N° 25840 y déjase sin efecto los Decretos Supremos N°s. 020-93-EM y 040-95-PCM. No son de aplicación a los aportes al Seguro Social de Salud las disposiciones legales o reglamentarias y los convenios que hubieran otorgado deducciones, rebajas o cualquier otro beneficio respecto de las aportaciones al Régimen de Prestaciones de Salud, creado por Decreto Ley N° 22482.

Segunda.- Derógase los Decretos Leyes N°s. 18846 y 22482, el Decreto Legislativo N° 718, así como las demás disposiciones legales que se opongan a lo establecido en la presente ley.

Tercera.- Las reservas y obligaciones por prestaciones económicas del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales regulado por el Decreto Ley N° 18846 serán transferidos al Seguro complementario de Trabajo de Riesgo administrado por la ONP, con arreglo a lo dispuesto por la presente Ley.

Los fondos y reservas del Decreto Ley N° 22482 así como los provenientes de la contribución de solidaridad creada por el inciso c) del Art. 30 del Decreto Ley N° 25897 serán transferidos al Seguro Social de Salud, a cargo del IPSS.

Por Decreto Supremo del Ministerio de Economía y Finanzas, se normará las transferencias antes citadas.

Cuarta.- Las infracciones a la presente Ley y las sanciones correspondientes son establecidas en los reglamentos.

CONCORDANCIAS: R. Superintendencia N° 041-99-SEPS

Quinta.- La presente Ley entrará en vigencia al día siguiente de su publicación. Su Reglamento será aprobado por Decreto Supremo refrendado por los Ministros de Economía y Finanzas y de Salud.

DISPOSICION FINAL

Deróguese el Decreto Legislativo N° 887.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los catorce días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete.

VICTOR JOY WAY ROJAS
Presidente del Congreso de la República

CARLOS TORRES Y TORRES LARA
Primer Vicepresidente del Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

POR TANTO:
Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los quince días del mes de mayo 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 CAMET DICKMANN
Ministro de Economía y Finanzas