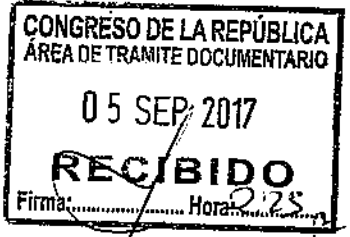




GLADYS ANDRADE SALGUERO

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

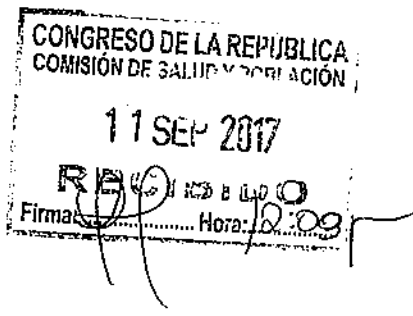


PROYECTO DE LEY QUE OTORGA DE MANERA AUTOMÁTICA EL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD PARA EL CASO DE AFILIADOS REGULARES QUE REINGRESAN A TRABAJAR

La congresista de la Republica, **Gladys Andrade Salguero**, integrante del grupo Parlamentario **Fuerza Popular** y los legisladores que suscriben, en ejercicio del derecho a la iniciativa legislativa prevista en el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y concordante los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

FORMULA LEGAL

El Congreso de la República
Ha dado la Ley siguiente:



LEY QUE OTORGA DE MANERA AUTOMÁTICA EL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD PARA EL CASO DE AFILIADOS REGULARES QUE REINGRESAN A TRABAJAR

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto otorgar de manera automática el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud para los afiliados regulares que dejaron de trabajar y reingresaron en iguales condiciones dentro del plazo de un año de culminado su vínculo laboral.

Artículo 2. Modificación del artículo 10° de la Ley 26790 Modifíquese el artículo 10° de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, con la finalidad de incorporar el artículo 10-A, quedando redactado de la siguiente manera :

La presente Ley tiene por objeto otorgar de manera automática el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud para los afiliados regulares que dejaron de trabajar y reingresaron en iguales condiciones dentro del plazo de un año de culminado su vínculo laboral.

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 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 conducción 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.

Artículo 10-A. Derecho Especial de Cobertura por Reingreso Laboral

El afiliado regular que haya estado desempleado o con suspensión perfecta de labores que genere la pérdida del derecho de cobertura, y que reingrese a laborar dentro de un año de culminado o suspendido su vínculo laboral, tiene él y sus derechohabientes derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de salud de forma automática siempre que cuenten con un mínimo de cinco meses de aportación en los últimos tres años precedentes al cese, acogándose a dos meses de periodo de latencia por cada cinco meses de aportación. El periodo de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores será de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Primero. Adecuación del Reglamento de la Ley 26790

Poder Ejecutivo establecerá el Reglamento la forma en que dichas prestaciones serán otorgadas.

Segundo. Derogatoria

Deróguense o déjense sin efecto las normas y disposiciones que modifiquen o se opongan a lo establecido en la presente Ley.

Lima, Agosto de 2017

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
Lorena Ponce

[Handwritten signature]
GLADYS ANDRADE BAUGUERO DE ALVAREZ
Congresista de la República

[Handwritten signature]
E. Bustos

[Handwritten signature]
Juan Carlos

[Handwritten signature]
Luis Felipe

[Handwritten signature]
Benny

[Handwritten signature]
Daniel Salaverry Villa
Portavoz
Grupo Parlamentario Fuerza Popular

[Handwritten signature]
Luis

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Obligación del Estado Peruano frente a los Derechos de Salud y Seguridad Social

1. En la legislación internacional

El derecho a la seguridad social ha sido reconocido como un derecho humano, a nivel internacional, en dos instrumentos fundamentales de derechos humanos como son la *Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)* y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)*; y consagrado como tal también en otros instrumentos jurídicos internacionales y regionales, como es el caso de la *Declaración de Filadelfia de la OIT (1944)*, del *Convenio sobre la seguridad social de la OIT (norma mínima) de 1952*.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en el artículo 25, primer párrafo señala que: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"*

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, o el Pacto de San José de Costa Rica, dispone en su artículo 4, inciso 1) que *"toda persona tiene derecho a que respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, y en general, a partir del momento de la concepción"*.

Todos los Estados Partes que integran estas normas supranacionales, dentro de las cuales se encuentra el Estado Peruano, se encuentran en la

obligación de desplegar todo el esfuerzo que esté a su alcance a favor de la seguridad social.

2. En la Constitución Política del Perú

El inciso 1) del artículo 2° de la Constitución Política del Perú, refiere a los Derechos fundamentales de la persona, señalando que toda persona tiene derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

El artículo 11° de nuestra Carta Magna establece que: *“El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento, y la ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado”.*

3. Pronunciamientos del Tribunal Constitucional

El Tribunal Constitucional, máximo intérprete de nuestra Carta Magna, ha desarrollado temas como la seguridad social, prestación de salud en los siguientes pronunciamientos:

- En las sentencias recaídas en los expedientes 9600-2005-PA y 1711-2004-PA, establece que *“El acceso a las prestaciones de salud previsto en el artículo 11 de la Constitución constituye una manifestación, no única por cierto, de la garantía institucional de la seguridad social. Estas prestaciones, que corresponden a un sistema contributivo, se concretizan a través del derecho a la salud, pues es la variación del estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, la que se busca resguardar. Por ello, en el Estado recae el deber de garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortaleciendo de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo para tal efecto adoptar políticas, planes y programas en ese sentido. Los servicios de salud por*

consiguiente, cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentra en juego la vida y la integridad de los pacientes”.

- El Tribunal Constitucional ha desarrollado el compromiso del Estado con el Derecho a la Vida. En efecto, en la sentencia del Expediente 1535-2006-PA/TC, prescribe que *“Nuestra Constitución Política de 1993 ha determinado que la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado; la persona está consagrada como un valor superior, y el Estado está obligado a protegerla. El cumplimiento de este valor supremo supone la vigencia irrestricta del derecho a la vida, pues este derecho constituye su proyección; resulta el de mayor connotación y se erige en el presupuesto ontológico para el goce de los demás derechos, ya que el ejercicio de cualquier derecho, prerrogativa, facultad o poder no tiene sentido o deviene inútil ante la inexistencia de vida física de un titular al cual puedan serle reconocidos tales derechos”.*

La misma sentencia establece que: *“Dado que el derecho a la vida no se agota en el derecho a la existencia físico-biológica, a nivel doctrinario y en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional lo encontramos definido también desde una perspectiva material. Así, se ha dicho que “actualmente, la noción de Estado social y democrático de Derecho concreta los postulados que tienden a asegurar el mínimo de posibilidades que tornan digna la vida. La vida, entonces, ya no puede entenderse tan solo como un límite al ejercicio del poder, sino fundamentalmente como un objetivo que guía la actuación positiva del Estado, el cual ahora se compromete a cumplir el encargo social de garantizar, entre otros, el derecho a la vida y a la seguridad”.*

Resulta importante rescatar que es deber fundamental del Estado Peruano el de **proveer, actualizar, perfeccionar y optimizar** la cobertura de derecho de salud a favor de los asegurados que integran la seguridad social.

4. Anotaciones sobre el Servicio Social de Salud

Sobre ESSALUD, debemos tener presente a la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 17 de mayo de 1997, establece en su artículo 2° que:

"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".

El artículo 3° establece que 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 y sobrevivencia.
- Los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el artículo 328 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 Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud es de carácter obligatorio para los afiliados regulares y los demás que señale la ley.

5. Derecho de cobertura en ESSALUD

El artículo 10 de la Ley 26790, refiere al derecho de cobertura y establece lo siguiente:

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 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 conducción 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

6. Problemática en la aplicación de los derechos de cobertura y latencia

Para acceder al derecho de cobertura, tal como lo establece el artículo 10 de la Ley 26790, se requiere que el trabajador ***“cuente con 3 meses de aportación consecutiva o con 4 no consecutivos (...)”***, es decir, que a partir de estos plazos, el trabajador podrá contar con derecho de cobertura.

El derecho especial de cobertura por desempleo o más conocido como “latencia”, previsto por el artículo 11 de la Ley 26790, otorga ***“un período de latencia de hasta 12 meses, (...)”***, lo que significa que el trabajador desempleado se encuentra protegido por un período comprendido hasta por 12 meses desde que dejó de trabajar.

Sin embargo, **¿qué sucedería en el caso del afiliado regular que deja de trabajar y antes de los 12 meses reingresa a laborar como trabajador dependiente?**

De acuerdo a las normas acotadas, se suspende la latencia y nuevamente tiene que volver a esperar 3 o 4 meses, dependiendo en el caso, para que el trabajador pueda estar coberturado.

7. Propuesta de solución

Con la presente iniciativa legislativa, se propone establecer la cobertura inmediata para el caso del afiliado regular que ha culminado su vínculo

laboral y dentro del plazo de 12 meses, que corresponde a un año, vuelve a trabajar en situación de dependencia, vale decir, nuevamente como afiliado regular.

Se establece el plazo de 1 año, o 12 meses, toda vez que es el plazo de la latencia del desempleado que ya se encuentra establecida y presupuestada, por lo que no se irroga gasto al erario institucional.

De esta manera, se pretende optimizar el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud a favor de sus afiliados regulares.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa no irroga gasto al erario nacional toda vez que los servicios de salud materia de modificación son financiados con los aportes de los propios afiliados por cuanto el asegurado no todos los días recibe atención del seguro y menos en estado de gestación. Sin embargo, su empleador realiza los aportes correspondientes mensuales.

Resulta importante mencionar que el plazo de cobertura del trabajador que reingresa dentro del plazo de 12 meses se encuentra previsto en su período de latencia.

De esta manera se optimiza las prestaciones del Seguro Social de Salud a favor de los trabajadores.

EFFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La propuesta no colisiona ni afecta el orden constitucional y/o legal vigente, muy por el contrario, perfecciona el régimen de la seguridad social nacional con la finalidad que pueda dar cumplimiento constitucional y normas supranacionales a favor de sus asegurados.

VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa legislativa guarda relación con la Décimo Tercera Política de Estado referente al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, que establece que: j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes.