Proyecto de Ley N°.....6419/2023-CR

PERÚ
CONGRESO de la REPÚBLICA

LUIS ÁNGEL ARAGÓN CARREÑO
Congresista de la República

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
14 NOV 2023
RECIBIDO
Firma: Hora: 5:00pm

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY 26790, LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, CON LA FINALIDAD DE GARANTIZAR LA CONTINUACIÓN DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO ESSALUD EN CALIDAD DE DERECHOHABIENTES, PARA LOS DEPENDIENTES CON DISCAPACIDAD POR SU VÍNCULO CON EL APORTANTE

Los Congresistas de la Republica integrantes del Grupo Parlamentario de ACCIÓN POPULAR que suscriben; a iniciativa del señor Congresista LUIS ANGEL ARAGÓN CARREÑO, ejercen su derecho de iniciativa legislativa conferido en los artículos 102° inciso 1) y 107° de la Constitución Política del Perú; y conforme a los artículos 2° y del 76° numeral 2 del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente:

FORMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA LA LEY 26790, LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, CON LA FINALIDAD DE GARANTIZAR LA CONTINUACIÓN DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO ESSALUD EN CALIDAD DE DERECHOHABIENTES, PARA LOS DEPENDIENTES CON DISCAPACIDAD POR SU VÍNCULO CON EL APORTANTE

Artículo 1. Objeto de la Ley
Es objeto de la presente Ley, modificar el artículo 10 de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, con la finalidad de garantizar la continuación del seguro de salud privado ESSALUD en calidad de derechohabientes, para los dependientes con discapacidad por su vínculo con el aportante

Artículo 2. Modificación del artículo 10 de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

Se modifica el artículo 10 de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, en los siguientes términos:

> "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 la afiliada o la derechohabiente se encuentre en estado de gestación, el derecho a la cobertura se otorgará de forma inmediata desde la afiliación. En caso de accidente basta que exista afiliación. ESSALUD podrá establecer períodos de espera para contingencias que este 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.

Asimismo, los derechohabientes dependientes menores y mayores de edad con discapacidad tienen derecho a la continuación del seguro de salud, siempre y cuando estos sean dependientes de los aportantes y hayan sido afiliados por estos. Se debe demostrar que los derechohabientes dependientes con discapacidad beneficiados no puedan desarrollarse con normalidad económica o social debido a su condición, para la continuarán de los beneficios de la cobertura de Salud del aportante."

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo adecua el reglamento y los procesos en trámite que corresponda para el cumplimiento de la presente ley, en un plazo que no excederá de quince (15) días calendario desde su entrada en vigor, bajo responsabilidad de su titular.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ESPINOZA VARGAS Jhaec Darwin FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 13/11/2023 13:18:46-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ARAGON CARREÑO Luis Angel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 13/11/2023 11:47:22-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PORTERO LOPEZ Hilda Marleny FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/11/2023 10:54:07-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ESPINOZA VARGAS Jhaec Darwin FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 13/11/2023 13:18:55-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VERGARA MENDOZA Elvis Hernan FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 13/11/2023 15:19:00-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: FLORES ANCACHI Jorge Luis FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 13/11/2023 17:18:22-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: DOROTEO CARBAJO Raul Felipe FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/11/2023 16:09:13-0500

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

a) ANTECEDENTES

El 17 de mayo del año 1997, se publicó la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que establece que la Seguridad Social en Salud se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud. Asimismo, en el artículo 2° de la misma norma se precisa que el Seguro Social de Salud - ESSALUD 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; financiando dichas prestaciones mediante los aportes por afiliación, por cuenta propia o de su empleador.

Por otra parte, conforme a lo señalado en el artículo 6° de la Ley N° 26790, los aportes por afiliación al Seguro Social de Salud - ESSALUD, son de carácter mensual y establecidos de la siguiente forma: (a) Afiliados regulares en actividad: El aporte de los trabajadores en actividad, equivale al 9% de la remuneración o ingreso. 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. Es así como, el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud es administrado por el Seguro Social de Salud - ESSALUD, cuyo funcionamiento es financiado con sus propios recursos como contempla expresamente el artículo 3° del Reglamento de la Ley N° 26790. Del mismo modo, el artículo 11° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD, establece que los recursos que administra ESSALUD son intangibles y no pueden ser destinados a fines distintos a los de su creación, y están constituidos por los aportes o contribuciones de los afiliados del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

Entonces, ESSALUD no recibe presupuesto del tesoro público, sino que ESSALUD es financiado exclusivamente con los aportes realizados por los asegurados que se benefician de este servicio y no cuenta con ninguna clase de transferencia adicional por parte del Estado.

b) PROBLEMÁTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La población con discapacidad en el Perú el año 2017 alcanza la cifra de 3 051 612 de personas y los adultos de 60 a más años edad representan el 40.5% de esta cifra. Asimismo, la población entre las edades de 30 a 59 años representa el 34.7% de la población con discapacidad; siendo que ambos grupos etareos representan más del 50% de la población con alguna discapacidad (75.2%).

La proporción de muertes por ERC (enfermedad renal crónica) con relación al total de los fallecimientos en cada año, ha aumentado desde el 2003. El aumento en los casos de muerte por ERC es sostenido en la mayoría de las regiones del país, con algunas excepciones (4 de 25 regiones).

Los miembros que pueden acceder a la extensión del seguro ESSALUD son los llamados derechohabientes, que son: cónyuge o concubino(a), hijos menores de edad (hasta la fecha en que cumplen 18 años), **hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo** y la madre gestante de los hijos extramatrimoniales se le brindará atenciones sólo por maternidad hasta el nacimiento del niño. Para comprender cómo opera ESSALUD, es fundamental examinar la legislación que regula este tema. Hay dos leyes relevantes relacionadas con la edad de los seguros.

La primera es la Ley que establece ESSALUD y su reglamento asociado, mientras que la segunda es la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su reglamento correspondiente. La Ley 27056, también conocida como Ley de Creación del Seguro Social de Salud, en su tercera disposición final y transitoria, establece que, en aquellos aspectos no contemplados en esta ley, se aplicarán las disposiciones de la

Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, junto con sus normativas reglamentarias, modificaciones y normas conexos.

Esta normativa **termina dejando fuera de la cobertura del Seguro Social a los dependientes mayores de edad incapacitados por vínculo con el aportante**, lo cual los exponen a no recibir atención médica cuando lo requieran y más cuando sus vidas dependan de ello, puesto que no cuentan con la independencia económica para pagar un seguro, ya que no generan ningún tipo de renta, pues su estado de salud no se lo permite, y son los padres quienes los están manteniendo. **Cuando nos referimos a aquellos dependientes incapacitados por vínculo con el aportante debemos entender como aquellos hijos mayores de la persona que aporta al seguro de salud ESSALUD** que presenta algún tipo de discapacidad que lo vuelve dependiente de sus progenitores, por ejemplo, personas que requiere diálisis con frecuencia, intervenciones médicas que son costosas de mantener en un centro de salud fuera del seguro ESSALUD.

Del mismo modo, podemos verificar una incongruencia respecto a la realidad, porque por un lado el art. 30 del Reglamento de la Ley de Modernización (Decreto Supremo 009-97-SA) señala que "la calidad de asegurado del derechohabiente deriva de su condición de dependiente del afiliado regular". Es decir, mientras los hijos sean dependientes deberían seguir percibiendo los beneficios del seguro, si analizamos y realizamos un contraste con la realidad, ESSALUD no cumple con lo que se estipula en su norma supletoria, sea por falta de interpretación, este incumplimiento lleva a la no atención médica del Derechohabiente dependiente con discapacidad, aun cuando persiste su vínculo de dependencia con el aportante. Esto lo podemos confirmar en la práctica, pues las personas que cumplen 18 años al día siguiente ya no pueden acceder al Seguro Social de Salud, aunque su vida dependa de ello.

La normativa inicial de ESSALUD parte de la premisa de que uno gana la independencia absoluta a los 18 años, lo cual es totalmente falso.

II. EFECTO DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La fórmula legal que se propone busca modificar el artículo 10 de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, como se detalla a continuación en el siguiente cuadro:

LEY 26790	FÓRMULA PROPUESTA
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 la afiliada o la derechohabiente se encuentre en estado de gestación, el derecho a la cobertura se otorgará de forma	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 la afiliada o la derechohabiente se encuentre en estado de gestación, el derecho a la cobertura se otorgará de forma

inmediata desde la afiliación. En caso de accidente basta que exista afiliación. ESSALUD podrá establecer períodos de espera para contingencias que este 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	inmediata desde la afiliación. En caso de accidente basta que exista afiliación. ESSALUD podrá establecer períodos de espera para contingencias que este 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.	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. **Asimismo, los derechohabientes dependientes con discapacidad tienen derecho a la continuación del seguro de salud, siempre y cuando estos sean dependientes de los aportantes y hayan sido afiliados por estos. Se debe demostrar que los derechohabientes dependientes con discapacidad**

	beneficiados no puedan desarrollarse con normalidad económica o social debido a su condición, para la continuarán de los beneficios de la cobertura de Salud del aportante."

III. ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO

La siguiente iniciativa legislativa se sustenta en el aporte correspondiente al 9% de la remuneración del contribuyente, siendo que no requiere otro tipo de sustento adicional o accesorio. La continuación del seguro tiene como objetivo garantizar la cobertura médica y el acceso a servicios de salud para aquellos individuos que, por su condición de dependencia con discapacidad, no pueden ser aportantes de su propio seguro médico, aun cuando el vínculo de dependencia con el titular en primera línea de sangre persiste en el tiempo. La raíz del problema se encuentra en el cese de la cobertura del seguro de salud a personas con discapacidad dependientes económica y socialmente, resultando así en la vulneración de los derechos al acceso a la salud con principal preocupación ya que hablamos de poblaciones vulnerables como lo son personas con discapacidad. En este escenario, esta propuesta representa un beneficio social a la comunidad.

La inclusión de los derechohabientes dependientes con discapacidad en la cobertura del seguro en ESSALUD se considerará una medida de alto valor social y económico, ya que:

1) Al contar con acceso continúo a los servicios médicos, los derechohabientes dependientes con discapacidad recibirán atención preventiva, detectando futuros

problemas de salud de manera oportuna, evitando complicaciones de salud más costosas y graves a largo plazo.

2) Al tener asegurada la cobertura de salud, los dependientes incapacitados contarán con tratamientos médicos, terapias y medicamentos necesarios para manejar su condición, lo que mejora de manera exponencial su calidad de vida y bienestar general.

3) Promoverá la inclusión social y el bienestar de las personas con discapacidad, lo que puede llevar a cabo una mayor inserción en la vida laboral y comunitaria, además de un impacto positivo en el uso de recursos de los aportantes y en la mejora de la calidad de vida de los derechohabientes dependientes con discapacidad.

4) Alentará a las instituciones privadas de seguros de salud a implementar políticas similares, lo que puede generar una competencia beneficiosa para los usuarios y ampliar el acceso a servicios de salud de calidad.

5) La cobertura continua e ininterrumpida de atención médica para los dependientes incapacitados podría prevenir complicaciones de salud más graves en el futuro, lo que se traduciría en un menor gasto en tratamientos y hospitalizaciones de alto costo.

6) La aprobación de esta ley representa un reconocimiento de los derechos y necesidades de las personas con discapacidad o en situación de discapacidad por grave enfermedad (Derechohabientes Dependientes incapacitados) y sus familias, al garantizarles acceso a servicios médicos esenciales que contribuyan a su bienestar y dignidad.

IV. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL Y LA AGENDA LEGISLATIVA

La presente propuesta legislativa se vincula con las siguientes Política de Estado:

- **Política de Estado N°13. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social**

"Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Con este objetivo el Estado: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; (h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (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; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud;

(m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población; (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social."