



Congresista Digna Calle Lobatón

“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



Proyecto de Ley N° _____

**PROYECTO DE LEY QUE GARANTIZA LA
COBERTURA DE ENFERMEDADES
PREEXISTENTES EN LOS CONTRATOS DE
SEGURO DE SALUD**

Los Congresistas de la República que suscriben, a iniciativa de la congresista **DIGNA CALLE LOBATÓN**, integrantes del Grupo Parlamentario **PODEMOS PERÚ (PP)**, en uso de las facultades que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú en concordancia con lo establecido en los artículos 22° literal c), 67°, 75° y 76° numeral 2, del Reglamento del Congreso de la República, presentan el siguiente:

**PROYECTO DE LEY
LEY QUE GARANTIZA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES EN
LOS CONTRATOS DE SEGURO DE SALUD**

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto garantizar la cobertura de las enfermedades preexistentes en cualquiera de las modalidades de los contratos de seguro de salud a fin de evitar la discriminación en caso de recurrencia o resurgimiento de la enfermedad.

Artículo 2.- Modificación del artículo 118 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro

Se modifica el artículo 118 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, el cual queda redactado en los términos siguientes:

“Artículo 118. Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites contemplados en el contrato original o anterior **y dentro de las condiciones mínimas dispuesta por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.**

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.”

Artículo 3.- Modificación del artículo 1 de la Ley N° 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior

Se modifica el artículo 1 de la Ley N° 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior, el cual queda redactado en los términos siguientes:

“Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, **una nueva cobertura con cualquier aseguradora, conforme a lo previsto en el primer párrafo del artículo 118 de la Ley N° 29946, Ley del contrato de seguro.**”

Artículo 4.- Modificación del artículo 3 de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud

Se modifica el artículo 3 de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud, el cual queda redactado en los términos siguientes:

“Artículo 3.- Preexistencias de capa compleja del plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), continuidad y condiciones

En el plan de salud y en el contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares, ofertados por la Entidad Prestadora de Salud (EPS), que incluyan las enfermedades de capa compleja, debe incluirse una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en los supuestos señalados en el artículo 1 de la presente Ley.

Para hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja, se debe cumplir con la inscripción en el nuevo plan de salud, **encontrándose amparados** al inicio de su nueva relación laboral, bajo responsabilidad de la Entidad Prestadora de Salud (EPS).

Las enfermedades de capa compleja no resueltas que requieren continuidad de atención médica que hayan sido diagnosticadas y cubiertas dentro del sistema de seguros y EPS, no podrán ser excluidas por las aseguradoras.”

Artículo 5.- Incorporación del artículo 118-A, 118-B y 118-C de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro

Se incorporan los artículos 118-A, 118-B y 118-C de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, los cuales quedan redactados en los términos siguientes:

“Artículo 118-A.- Enfermedades recurrentes

Las enfermedades recurrentes son aquellas que reaparecen o vuelven a ocurrir después de un proceso de tratamiento y una fase de recuperación.

La recurrencia de una enfermedad resuelta no se considera como preexistente.



Congresista Digna Calle Lobatón

“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Las enfermedades diagnosticadas y no resueltas que requieren continuidad de atención médica, que hayan sido cubiertas dentro del sistema de seguros y EPS, así como, de aquellas enfermedades que, estando resueltas, resurgen o recurren en los asegurados, no podrán ser excluidas de las coberturas ofrecidas por las aseguradoras.

Artículo 118-B.- Prohibición de variación en peor

Las aseguradoras se encuentran prohibidas de establecer condiciones menos favorables a los límites y condiciones mínimas de atención de las enfermedades preexistentes cuando el asegurado declare la preexistencia de una enfermedad o cuando migre de una EPS a otra.

Artículo 118-C.- Sanciones por incumplimiento

El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 118, 118-A y 118-B constituye infracción administrativa pasible de sanción conforme a lo establecido en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS).

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA.- Adecuación del Reglamento de Infracciones y Sanciones

La Superintendencia Nacional de Banca, Seguros y AFP, adecua el Reglamento de Infracciones y Sanciones en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la publicación de la presente ley en el diario oficial El Peruano.



Firmado digitalmente por:
BURGOS OLIVEROS Juan
Bartolome FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/05/2024 13:03:01-0500

Lima, mayo de 2024

Digna Calle Lobatón
Congresista de la República



Firmado digitalmente por:
PICON QUEDO Luis Raul FAU
20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/05/2024 12:15:14-0500



Firmado digitalmente por:
CALLE LOBATON Digna FAU
20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18/05/2024 12:57:36-0500



Firmado digitalmente por:
ALCARRAZ AGUERÓ Yorel
Kira FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/05/2024 12:24:13-0500



Firmado digitalmente por:
ZEBALLOS MADARIAGA Carlos
Javier FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/05/2024 12:05:05-0500



Firmado digitalmente por:
LUNA GALVEZ Jose Leon FAU
20161740126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/05/2024 12:02:07-0500



Firmado digitalmente por:
LUNA GALVEZ Jose Leon FAU
20161740126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/05/2024 12:02:20-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PROBLEMAS QUE SE PRETENDE RESOLVER Y FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

I.1. PROBLEMAS QUE SE PRETENDE RESOLVER

Con el presente proyecto se propone resolver las siguientes problemáticas:

- 1) El no poder hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja dentro del plazo de los 90 días que establece el artículo 3 de la Ley N° 29561, "*Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud*".
- 2) El no poder contratar una nueva póliza de seguro de salud dentro del plazo de los 120 días previsto en el artículo 1 de la Ley N° 28770, "*Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior*" para que así una enfermedad preexistente diagnosticada que requiere de atención médica, pueda continuarse.
- 3) La falta de previsión de cobertura para aquellas enfermedades resueltas que pueden recurrir o resurgir en los asegurados.

Los problemas advertidos se materializan en los seguros privados, puesto que, tanto el Seguro Integral de Salud (SIS) como el Seguro Social de Salud (EsSalud) brindan la atención médica a las personas que la requieren.

Las razones que inciden en la no materialización de la continuidad de seguros en los asegurados con enfermedades preexistentes no resueltas son múltiples, sin embargo, cualesquiera sean las razones estas tienen un componente económico, pues al contar con la capacidad para pagar una póliza dentro de los plazos correspondientes sí se asegura la cobertura de las enfermedades declaradas como preexistentes.

Sin embargo, existe un sector de asegurados que quedan desamparados en la cobertura de las enfermedades diagnosticadas como preexistentes, toda vez que, en la mayoría de los casos no cuenta con medios económicos para contratar una nueva póliza dentro del plazo actualmente previsto para ser considerado como continuidad, lo cual representa un trato injusto y discriminatorio.

Si bien es cierto que, con la ley N°. 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior, la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud y la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, se dio un paso importante para limitar la práctica abusiva de las aseguradoras al establecer un régimen de excepción para la atención de las enfermedades preexistentes, no es menos cierto que, al asegurarse con posterioridad a los plazos de 90 o 120 días calendarios, las personas que aún requieren tratamiento y no lograron acreditar la

continuidad de cobertura, quedan excluidas y desamparadas, lo cual representa una evidente discriminación.

Sobre el particular, el Tribunal Constitucional en la sentencia dictada en el expediente N° 01594-2020-PA/TC precisó lo siguiente:

“10. El artículo 2, inciso 2 de la Constitución, reconoce el principio-derecho de igualdad en los siguientes términos:

Toda persona tiene derecho: (...) 2. A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.

11. En su jurisprudencia, este Tribunal ha recordado que la igualdad, consagrada constitucionalmente, ostenta la doble condición de principio y de derecho subjetivo constitucional (Cfr. sentencia emitida en el Expediente 0045-2004-AI/TC, fundamento 20). Como principio, constituye el enunciado de un contenido material objetivo que, en tanto componente axiológico del fundamento del ordenamiento constitucional, vincula de modo general y se proyecta sobre todo el ordenamiento jurídico. Como derecho fundamental, constituye el reconocimiento de un auténtico derecho subjetivo, esto es, la titularidad de la persona sobre un bien constitucional: la igualdad oponible a un destinatario. Se trata del reconocimiento de un derecho a no ser discriminado por razones proscritas por la propia Constitución (origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica) o por otras (“motivo” “de cualquier otra índole”) que jurídicamente resulten relevantes.

12. La obligación de no discriminación se encuentra prevista de manera expresa en el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en el artículo 3 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La obligación de no discriminación no debe confundirse con el derecho de toda persona a ser tratada igual ante la ley, tanto en la formación de la norma como en su interpretación o aplicación.

13. Este derecho no garantiza que todos los seres humanos sean tratados de la misma forma siempre y en todos los casos. Como ha sostenido la Corte Interamericana de Derechos Humanos, puesto que “la igualdad y la no discriminación se desprenden de la idea de unidad de dignidad y naturaleza de la persona, es preciso concluir que no todo tratamiento jurídico diferente es propiamente discriminatorio, porque no toda distinción de trato puede considerarse ofensiva, por sí misma, de la dignidad humana” (Opinión Consultiva N° 4/84). La igualdad jurídica presupone, pues, dar un trato igual a lo que es igual y desigual a lo que no lo es. De modo que se vulnera a esta no solo cuando frente a situaciones sustancialmente iguales se da un trato desigual (discriminación directa, indirecta o neutral, etc.), sino también cuando frente

a situaciones sustancialmente desiguales se brinda un trato igualitario (discriminación por indiferenciación).¹ (énfasis nuestro)

Por su parte, la Defensoría del Pueblo, en el informe “La discriminación en el Perú Problemática, normatividad y tareas pendientes” respecto a la discriminación relacionada con la salud precisó lo siguiente:

“Es importante señalar, finalmente, que en el ámbito de protección de la salud se trata de manera discriminatoria a muchas personas. En efecto, en nuestro país, el derecho a la salud todavía se encuentra insuficientemente satisfecho para la mayoría de la población, en particular para aquellos que nuestra sociedad margina. De esta manera, un amplio sector de la población resulta excluido de la atención, recursos, servicios y beneficios porque tiene determinada característica o enfermedad.”²

Asimismo, la Corte Interamericana de los Derechos Humanos respecto de la no discriminación preciso en la sentencia dictada en el Caso Yatama Vs. Nicaragua Sentencia de 23 de junio de 2005, lo siguiente:

“182. El artículo 24 de la Convención Americana dispone que:

Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.

183. La Corte ha establecido que la presunta víctima, sus familiares o sus representantes pueden invocar derechos distintos de los comprendidos en la demanda de la Comisión, sobre la base de los hechos presentados por ésta.

184. El principio de la protección igualitaria y efectiva de la ley y de la no discriminación constituye un dato sobresaliente en el sistema tutelar de los derechos humanos consagrado en muchos instrumentos internacionales y desarrollado por la doctrina y jurisprudencia internacionales. En la actual etapa de la evolución del derecho internacional, el principio fundamental de igualdad y no discriminación ha ingresado en el dominio del jus cogens. Sobre él descansa el andamiaje jurídico del orden público nacional e internacional y permea todo el ordenamiento jurídico.

185. Ese principio posee un carácter fundamental para la salvaguardia de los derechos humanos tanto en el derecho internacional como en el interno; se trata de un principio de derecho imperativo. Por consiguiente, los Estados tienen la obligación de no introducir en su ordenamiento jurídico regulaciones discriminatorias, eliminar las regulaciones de carácter discriminatorio, combatir las prácticas de este carácter y establecer normas y otras medidas que reconozcan y aseguren la efectiva igualdad ante la ley de todas las personas. Es discriminatoria una distinción que carezca de justificación objetiva y razonable.

¹ <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/01594-2020-AA.pdf>

² https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/dd_002_07.pdf

186. El artículo 24 de la Convención Americana prohíbe la discriminación de derecho o de hecho, no sólo en cuanto a los derechos consagrados en dicho tratado, sino en lo que respecta a todas las leyes que apruebe el Estado y a su aplicación. Es decir, no se limita a reiterar lo dispuesto en el artículo 1.1 de la misma, respecto de la obligación de los Estados de respetar y garantizar, sin discriminación, los derechos reconocidos en dicho tratado, sino consagra un derecho que también acarrea obligaciones al Estado de respetar y garantizar el principio de igualdad y no discriminación en la salvaguardia de otros derechos y en toda la legislación interna que apruebe.

187. En relación con la obligación de respetar los derechos, el artículo 1.1 de la Convención dispone que:

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

188. Acerca del deber de adoptar disposiciones de derecho interno, el artículo 2 de la Convención establece que:

Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

189. La Corte ha establecido que el deber general del artículo 2 de la Convención implica la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención, así como la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías.”³ (énfasis-nuestro)

En la misma línea, la Corte Interamericana de los Derechos Humanos en la sentencia de fecha 24 de agosto de 2010 dictada en el caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, precisó lo siguiente:

“271. Además, el Tribunal ha señalado que **“los Estados deben abstenerse de realizar acciones que de cualquier manera vayan dirigidas, directa o indirectamente, a crear situaciones de discriminación de jure o de facto”. Los Estados están obligados “a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas.** Esto implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que,

³ https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_127_esp.pdf

bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias”.

272. Ahora bien, refiriéndose a los artículos 1.1 y 24 de la Convención la Corte ha indicado que “la diferencia entre los dos artículos radica en que la obligación general del artículo 1.1 se refiere al deber del Estado de respetar y garantizar ‘sin discriminación’ los derechos contenidos en la Convención Americana. [E]n otras palabras, si un Estado discrimina en el respeto o garantía de un derecho convencional, violaría el artículo 1.1 y el derecho sustantivo en cuestión. Si por el contrario la discriminación se refiere a una protección desigual de la ley interna, violaría el artículo 24”⁴ (énfasis nuestro)

De acuerdo a lo expuesto, se advierte que nuestra legislación no garantiza este derecho fundamental a lo discriminación, respecto a la protección del derecho a la salud, ya que existe un sector de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad o desprotección, por no contar con los recursos en un corto tiempo, para contratar una nueva póliza de seguro que le permita seguir contando con la cobertura para continuar con el tratamiento de una enfermedad diagnosticada como preexistente o que ya habiendo sido resuelta, resurge en el tiempo.

Cabe precisar que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2° de la Ley N° 29561, la enfermedad preexistente: **“es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.”**⁵

Ahora, no se puede soslayar el hecho que, la no renovación de la póliza en el plazo de los ciento veinte días desde que culmina la cobertura, deja en vulnerabilidad a la persona con una enfermedad preexistente, no solo por el corto tiempo para obtener una nueva cobertura sino al migrar otro tipo de coberturas, por lo que, los asegurados que se encuentran en esta situación se ven obligados adquirir un seguro complementario o un plan de seguro específico o potestativo, sin embargo, esta alternativa no está al alcance de todas las personas.

Lo descrito se aprecia en el artículo 1° de la Ley 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que estuvo afiliado en el período inmediato anterior, y, en el artículo 9° del Decreto Supremo N° 008-2012-SA, Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud, tal como se aprecia a continuación:

“Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por

⁴ https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf

⁵ <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1012551>

“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.”⁶ (Énfasis nuestro)

“Artículo 9.- EXCEPCIONES

No se considera continuidad de cobertura de preexistencias para efectos del presente Reglamento, a aquellos casos en que la ocurrencia se produzca fuera del sistema de Entidades Prestadoras de Salud (EPS).” (Énfasis nuestro)

De las citadas disposiciones legales, se evidencia la vulnerabilidad a la cual están expuestas las personas con enfermedades consideradas preexistentes, quienes deben de asumir el incremento en el costo de la prima de seguro para contar con seguros específicos o complementarios, ya que de otra manera no se encontraría cubiertas dichas preexistencias.

Un ejemplo de las restricciones que imponen las aseguradoras es la que establece la EPS Rímac, que no contempla en su cobertura, las enfermedades preexistentes, tal como se puede apreciar en la siguiente imagen obtenida en el portal web de dicha institución⁷:



Seguro de Salud

Conoce más sobre tu Seguro de Salud

Ten en cuenta

Lo que no cubre

- Enfermedades preexistentes
- Procedimientos estéticos
- Medicamentos experimentales
- Accidentes causados por consumo de alcohol y drogas
- Diagnósticos o tratamientos mentales
- Tratamientos de fertilización o esterilización

⁶ <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H920459>

⁷ <https://www.rimac.com/salud/seguro-salud?rfid=publica:home:hero:seguro-salud>

De lo antes señalado, queda claro que no existe una previsión de atención para enfermedades preexistentes por las aseguradoras respecto de las personas que no acreditan la continuidad de los seguros.

En esa línea, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, respecto de las enfermedades preexistentes y la exclusión de su cobertura, indica en su portal web institucional, lo siguiente:

“¿Qué se entiende por preexistencia?”

La preexistencia es cualquier condición de alteración de tu estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por ti o tus dependientes y no resuelta en el momento previo a la presentación de tu declaración jurada de salud.

Si luego de finalizar tu contrato de seguro de asistencia médica, contratas otra póliza de seguro de salud con la misma aseguradora u otra, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan generado o hayan sido cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior. Si se trata de seguros de salud grupales, tendrás un plazo de 120 días para contratar una nueva cobertura a fin que no se consideren como preexistentes las enfermedades previamente diagnosticadas y/o tratadas.

Recuerda:

En los seguros de asistencia médica las preexistencias se encuentran usualmente excluidas de cobertura, es decir, que no se cubrirán los gastos que genere la atención médica de aquellas enfermedades que te afectaron previamente a la contratación del seguro.”⁸

Conforme a lo citado, queda en evidencia que las preexistencias no resueltas ni atendidas por la falta de continuidad en las coberturas representan un problema que atenta contra la salud de las personas.

Otra dimensión de la problemática advertida, lo representan las enfermedades que recurren o resurgen en las personas luego de haberse considerado resueltas. Para un mejor entendimiento de la problemática que se pretende resolver, resulta necesario citar lo que consideró el Tribunal de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD – en su Resolución N° 121-2023-SUSALUD/TRI-TSE de fecha 21 de abril de 2023, respecto de las enfermedades resueltas, donde precisa lo siguiente:

“16. Dicho esto, esta Sala considera que corresponde conocer el significado de “enfermedad resuelta”, el mismo que señala como aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no

⁸ <https://www.sbs.gob.pe/usuarios/seguros/otros-seguros/seguro-de-salud-o-asistencia-medica>

presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).⁹ (Énfasis propio)

Ahora bien, las enfermedades resueltas pueden recurrir o resurgir en los pacientes, tal como se desprende de la definición de la palabra "recurrente" médica de la Universidad de Navarra (España) en los términos siguientes:

¿A qué se llama recurrente en Medicina?

El término "recurrente" en Medicina se utiliza para describir un evento o condición que aparece repetidamente o que vuelve a ocurrir después de un período de remisión. Este concepto se aplica a una variedad de contextos clínicos y puede referirse a síntomas, enfermedades, o incluso a patrones observados en estudios clínicos o epidemiológicos.

Una condición recurrente es aquella que, después de un proceso de tratamiento y una fase de recuperación, reaparece. Puede ser indicativo de una enfermedad crónica subyacente o de un tratamiento previo que no fue del todo efectivo. El reconocimiento y manejo adecuado de las afecciones recurrentes es fundamental para la práctica clínica, ya que a menudo afectan significativamente la calidad de vida del paciente y pueden presentar desafíos diagnósticos y terapéuticos particulares.

Las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, y ciertas formas de cáncer son ejemplos de condiciones con potencial de recurrencia. En el caso de las neoplasias malignas, el término "recurrente" adquiere un significado especial, ya que indica el retorno de la enfermedad después de que el paciente haya sido declarado en remisión o libre de enfermedad. La recurrencia de un cáncer puede ser local, en el mismo lugar donde se encontró el tumor original, o a distancia, también conocida como metástasis, cuando el tumor aparece en un órgano diferente del sitio primario. En el ámbito de las enfermedades infecciosas, la recurrencia puede sugerir una reactivación del agente patógeno original, como ocurre con el virus de la herpes simple, o una reinfección por el mismo o un diferente patógeno, como es común en las infecciones del tracto urinario.

El manejo de las condiciones recurrentes a menudo requiere un enfoque multifacético, que puede incluir la modificación del tratamiento inicial, el uso de terapias de mantenimiento para prevenir nuevas recurrencias, y la intervención sobre factores de riesgo modificables, como cambios en el estilo de vida o la adherencia a medicamentos profilácticos.

En el ámbito quirúrgico, el término "nervio recurrente" se asocia comúnmente con el nervio laríngeo recurrente, el cual es crucial para la fonación y la respiración. La lesión de este nervio durante

⁹ <http://app20.susalud.gob.pe:8080/wb-tribunal/getFicha.htm?urlArch=/d/d/workspace/SpacesStore/2b0031e8-9183-477b-8d45-2fd5634e5719/2023060421210010.pdf>

procedimientos quirúrgicos en el cuello puede llevar a complicaciones serias como la parálisis de las cuerdas vocales.

El término "recurrente" también se usa en el contexto de los síntomas. Por ejemplo, el dolor recurrente puede ser un signo de una enfermedad subyacente que no se ha resuelto por completo, o puede ser una característica de un trastorno crónico, como la migraña.

El reconocimiento de patrones recurrentes en la presentación clínica de enfermedades es una habilidad diagnóstica esencial. Los patrones de recurrencia pueden proporcionar pistas valiosas sobre la naturaleza de la enfermedad y su probable etiología, además de ayudar a anticipar y prevenir episodios futuros.

El estudio de las enfermedades recurrentes implica no solo la comprensión de la patología subyacente sino también la identificación de factores de riesgo que pueden predisponer a un individuo a recaídas o recurrencias. Esto requiere una combinación de investigación clínica y a menudo investigación básica para comprender los mecanismos moleculares y celulares implicados.¹⁰ (Énfasis propio)

En consecuencia, se ha comprobado clínicamente que, las enfermedades resueltas pueden resurgir, sin embargo, actualmente, en nuestra legislación existe un vacío en cuanto a la cobertura de este tipo de enfermedades, lo que permite a las aseguradoras tener un margen de discrecionalidad para excluirlas de cobertura, tal como ocurre con el cáncer.

I.2. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

El presente proyecto de Ley, se fundamenta en un conjunto de premisas que guardan relación directa con la necesidad, viabilidad y oportunidad que a continuación se detallan:

En primer lugar, existe una realidad respecto a la vulnerabilidad de las personas con enfermedades preexistentes que no pueden tener la cobertura con la que gozaban antes de cambiar de régimen de una compañía de seguros a una cobertura EPS y viceversa, así como, al no renovar el seguro EPS en el tiempo previsto legalmente, motivo por el cual, resulta necesaria y oportuna la iniciativa legislativa, pues con ella se estaría garantizando el derecho de la salud de estas personas que sufren la exclusión del tratamiento de las enfermedades preexistentes que se les ha diagnosticado y que aún requieren de tratamiento.

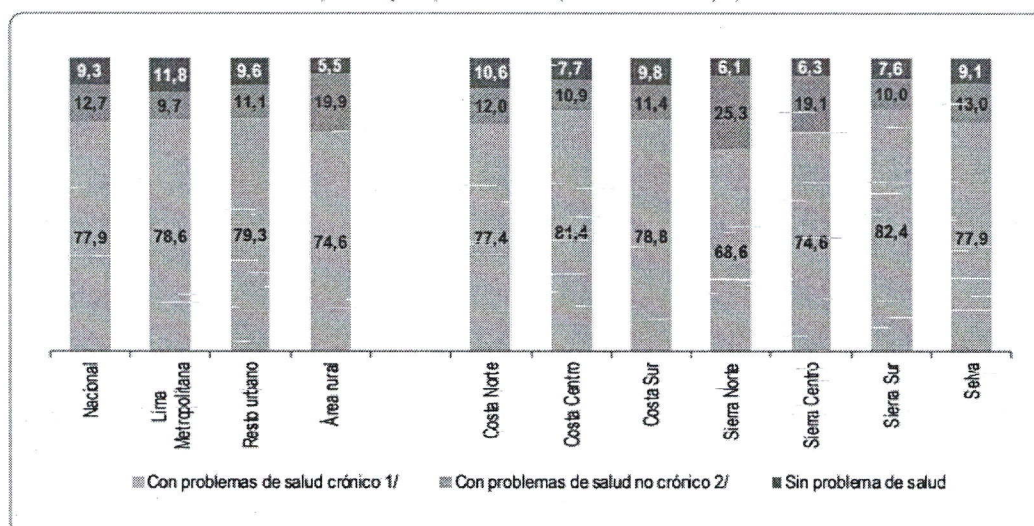
Sobre el particular, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)¹¹, en el año 2019 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) refleja que 13 millones de peruanos padece de una enfermedad crónica, y donde lo más preocupante es lo que ocurre en los adultos mayores, pues para el año 2019, casi 4 de cada 5 adultos mayores sufre de alguna enfermedad catalogada como crónica en el Perú,

¹⁰ <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/recurrente>

¹¹ https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1745/libro.pdf

lo cual refleja que más de 13 millones de peruanos padece de una enfermedad “preexistente”, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON ALGÚN PROBLEMA DE SALUD DE TIPO CRÓNICO Y NO
 CRÓNICO POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2019
 (Porcentaje respecto al total de población adulta mayor)



1/ Comprende a la población que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos.

2/ Comprende a la población que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares, 2019.

Frente a la población con enfermedades preexistentes, tenemos que para el año 2019 un 16,9% de la población adulto mayor no poseía seguro de salud.

En razón de lo antes señalado, la propuesta para permitir la cobertura de enfermedades preexistentes por migración entre seguros, así como, la eliminación del plazo para renovar y la enfermedad preexistente no sea considerada como tal en el régimen de las EPS, es necesario y oportuno.

En segundo lugar, La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce a la salud como un Derecho Humano Fundamental, cuyo artículo 25° establece lo siguiente:

“Artículo 25

1. **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.**

2. *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*¹²

Sobre el particular, en los artículos 7°, 11° y 65° de la Constitución Política del Perú se reconoce la protección de la salud de toda la población y en ese marco, el Estado peruano debe garantizar y velar por el libre acceso a prestaciones de salud.

En esa línea, la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro fijó los lineamientos generales para la cobertura de los diferentes tipos de seguros, entre ellos, el de salud donde la cobertura de las enfermedades preexistentes se encuentra limitada a un plazo de 120 días, conforme a lo previsto en el artículo 1° de la Ley N° 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior.

Por su parte, el artículo 9 del Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las entidades prestadoras de salud, aprobada mediante Decreto Supremo N° 008-2012-SA, no reconoce la continuidad de cobertura de preexistencias cuando la ocurrencia de produzca fuera del sistema de las entidades prestadoras de Salud (EPS).

En ese sentido, se advierte una enorme vulnerabilidad en las personas enfermas que pasados los 120 días no pueda renovar u obtener una póliza de salud.

Por otro lado, la continuidad de la atención de las preexistencias de capa compleja del plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se encuentra condicionada a la contratación de una póliza dentro del plazo de 90 días calendarios, plazo que es excluyente para las personas que no logran contratar una póliza.

La cobertura de enfermedades preexistentes solo es admisible entre las mismas Entidades Prestadoras de Servicios (EPS), al extremo que una enfermedad pueda no considerarse como preexistente si el plan o la póliza se renueva, tal y como lo señala el artículo 4° del Decreto Supremo N° 008-2012-SA, que regula la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las entidades prestadoras de salud.

Ante tales circunstancias, el proyecto de ley resulta viable, toda vez que se evitará que, la migración entre coberturas EPS a compañías de seguros y viceversa no sea causal de exclusión de enfermedades preexistentes.

Asimismo, resulta viable en cuanto al plazo para que la enfermedad preexistente que aún no está resuelta y requiere de tratamiento, ya que con ello se materializa el derecho a la salud reconocido en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, y se previene la discriminación por razón de cualquier enfermedad de acuerdo a lo previsto en el literal e) del artículo 15 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que establece lo siguiente:

"Artículo 15.- Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:
(...)

¹² <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

e) A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare.”

En mérito de lo expuesto, la iniciativa legislativa es constitucional y técnicamente viable.

II. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Durante la Segunda Legislatura Ordinaria 2013 se presentó el proyecto de Ley N° 3416/2013-CR con la intención de modificar el artículo 118 de la Ley 29946, Ley del contrato de seguro, sobre cobertura de preexistencias dentro del sistema de seguros y de EPS. Durante la segunda legislatura del periodo legislativo 2015, se presentó el proyecto de Ley N° 5155/2015-CR que propuso modificar el artículo 118 de Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro, con el fin de garantizar la continuidad de la cobertura de las enfermedades preexistentes; tales propuestas fueron archivadas conforme al Acuerdo del Consejo Directivo N° 19-2021-2022/CONSEJO-CR.

A la fecha no se cuenta con una propuesta legislativa que tenga el mismo objeto planteado en la presente iniciativa legislativa.

III. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa no contraviene ninguna norma constitucional; por el contrario, con ella se materializa a cabalidad el derecho a la salud contemplado en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, toda vez que su finalidad es amparar a las personas con enfermedades preexistentes o enfermedades de capa compleja que aún deben recibir tratamiento, ya que actualmente las aseguradoras no cubren este tipo de enfermedades.

Para tal efecto se propone modificar artículo 118 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, así como el artículo 1 de la Ley N° 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior y del artículo 3 de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud, tal como se detalla en el siguiente cuadro comparativo:

CUADRO COMPARATIVO

LEY N° 29946, LEY DEL CONTRATO DE SEGURO	
Texto actual	Propuesta
Artículo 118. Preexistencias Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida	“Artículo 118. Preexistencias Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites contemplados en el contrato original o anterior y dentro de las condiciones mínimas dispuesta por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.	Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.”
Incorporaciones normativas	
“Artículo 118-A.- Enfermedades recurrentes Las enfermedades recurrentes son aquellas que reaparecen o vuelven a ocurrir después de un proceso de tratamiento y una fase de recuperación. La recurrencia de una enfermedad resuelta no se considera como preexistente. Las enfermedades diagnosticadas y no resueltas que requieren continuidad de atención médica, que hayan sido cubiertas dentro del sistema de seguros y EPS, así como, de aquellas enfermedades que, estando resueltas, resurgen o recurren en los asegurados, no podrán ser excluidas de las coberturas ofrecidas por las aseguradoras.	
Artículo 118-B.- Prohibición de variación en peor Las aseguradoras se encuentran prohibidas de establecer condiciones menos favorables a los límites y condiciones mínimas de atención de las enfermedades preexistentes cuando el asegurado declare la preexistencia de una enfermedad o cuando migre de una EPS a otra.	
Artículo 118-C.- Sanciones por incumplimiento El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 118-A y 118-B constituye infracción administrativa pasible de sanción conforme a lo establecido en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS).	
LEY N° 28770, LEY QUE REGULA LA UTILIZACIÓN DE LAS PREEXISTENCIAS EN LA CONTRATACIÓN DE UN NUEVO SEGURO DE ENFERMEDADES Y/O ASISTENCIA MÉDICA CON LA MISMA COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA QUE SE ESTUVO AFILIADO EN EL PERÍODO INMEDIATO ANTERIOR	
Texto actual	Propuesta
Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando	“Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando



dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, <u>en un plazo de 120 días contados</u> a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.	dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, una nueva cobertura con cualquier aseguradora, conforme a lo previsto en el primer párrafo del artículo 118 de la Ley N° 29946, Ley del contrato de seguro.”
LEY N° 29561, LEY QUE ESTABLECE LA CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIAS EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD	
Texto actual	Propuesta
Artículo 3.- Preexistencias de capa compleja del plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), continuidad y condiciones En el plan de salud y en el contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares, ofertados por la Entidad Prestadora de Salud (EPS), que incluyan las enfermedades de capa compleja, debe incluirse una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en los supuestos señalados en el artículo 1 de la presente Ley. Para hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja, se debe cumplir con la inscripción en el nuevo plan de salud, <u>dentro de los noventa (90) días calendario posteriores al inicio de su nueva relación laboral</u>, bajo responsabilidad de la Entidad Prestadora de Salud (EPS).	“Artículo 3.- Preexistencias de capa compleja del plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), continuidad y condiciones En el plan de salud y en el contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares, ofertados por la Entidad Prestadora de Salud (EPS), que incluyan las enfermedades de capa compleja, debe incluirse una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en los supuestos señalados en el artículo 1 de la presente Ley. Para hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja, se debe cumplir con la inscripción en el nuevo plan de salud, encontrándose amparados al inicio de su nueva relación laboral, bajo responsabilidad de la Entidad Prestadora de Salud (EPS). Las enfermedades de capa compleja no resueltas que requieren continuidad de atención médica que hayan sido diagnosticadas y cubiertas dentro del sistema de

	seguros y EPS, no podrán ser excluidas por las aseguradoras.”
--	--

IV. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO.

La presente propuesta legislativa no irroga gasto alguno al Estado, por cuanto la misma plantea precisar la atención de enfermedades preexistentes en los diferentes planes de seguro de salud administrados por las IAFAS al realizar la migración entre seguros, así como, la eliminación de los plazos para así garantizar la atención y cobertura de las enfermedades preexistentes que aún requieren de tratamiento y no lograron acreditar la continuidad de las coberturas conforme a la regulación existente, pues la exclusión constituye una infracción a la discriminación por razones de salud.

Con esta propuesta se beneficiaría directamente a los miles de personas que tienen enfermedades crónicas o preexistentes no resueltas que requieren continuar con tratamiento y atención médica a través de las EPS.

Asimismo, se beneficiará a las personas que, habiendo superado una enfermedad, estas recurren o resurgen, ya que no podrán ser excluidas de las coberturas de las pólizas de seguros ofrecidas por las EPS.

V. RELACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA 2023-2024 Y LAS POLÍTICAS DE ESTADO EXPRESADOS EN EL ACUERDO NACIONAL

V.1 Con la Agenda Legislativa

La presente propuesta legislativa, guarda relación con el quincuagésimo primer y quincuagésimo cuarto tema de la agenda legislativa del Congreso de la República para el período 2023-2024, en la que se priorizan los siguientes temas:

- Acceso, reforma, modernización y financiamiento en el sistema de salud.
- Mejoras en el servicio de salud y en el cuidado de la misma.

V.2 Con el Acuerdo Nacional

El presente proyecto guarda relación estricta con la décimo tercera política de Estado del Acuerdo Nacional, relacionada con el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, entre cuyos objetivos se procura:

- Potenciar la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.