

Proyecto de Ley N°



**PROYECTO DE LEY QUE GARANTIZA
LA PROTECCIÓN Y CONTINUIDAD DE
LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS
ASEGURADOS EN SEGUROS DE
SALUD**

El grupo parlamentario Podemos Perú, a iniciativa de congresista de la República que suscribe, José León Luna Gálvez, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, y de conformidad con los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente:

PROYECTO DE LEY

**PROYECTO DE LEY QUE GARANTIZA LA PROTECCIÓN Y CONTINUIDAD DE
LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS ASEGURADOS EN SEGUROS DE
SALUD**

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto establecer mecanismos de protección para los usuarios asegurados en seguros de salud, garantizando la continuidad de su cobertura, el respeto a la cobertura de enfermedades preexistentes, y el reconocimiento de la antigüedad de los asegurados dentro del sistema de seguros de salud.

Artículo 2. Finalidad de la Ley

La ley busca asegurar la protección integral de los derechos de los asegurados, facilitando la reactivación de pólizas interrumpidas por razones económicas u otras causas justificadas. Asimismo, pretende eliminar las penalizaciones excesivas y evitar la exclusión de enfermedades preexistentes previamente cubiertas, salvaguardando la estabilidad y permanencia de los asegurados en el sistema.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

Esta ley es aplicable a todas las empresas aseguradoras que ofrezcan seguros de salud en el Perú, así como a todos los contratos de seguros de salud suscritos en el país. Se aplicará en concordancia con las normas generales del sistema de seguros y los principios establecidos en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la SBS.

CAPÍTULO II

CONTINUIDAD Y REACTIVACIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD

Artículo 4. Derecho a la reactivación de la cobertura

Los asegurados que interrumpan el pago de primas en sus pólizas de seguro de salud podrán reactivar su cobertura dentro de un plazo de doce (12) meses a partir de la última prima abonada, sin que se excluyan enfermedades preexistentes cubiertas previamente por la póliza.

Artículo 5. Penalización por reactivación

Las empresas aseguradoras podrán aplicar un recargo sobre la prima, únicamente durante un período máximo de seis (6) meses después de la reactivación, que no deberá exceder el 10% del valor de la prima original del contrato. Dicho recargo debe estar justificado en función de los costos administrativos generados por la reactivación.

TÍTULO III

PROTECCIÓN DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Artículo 6.- Cobertura de enfermedades preexistentes

Las enfermedades preexistentes cubiertas por una póliza de salud antes de la interrupción del pago de primas deberán seguir siendo cubiertas tras la reactivación, sin la imposición de nuevos períodos de carencia, siempre que la reactivación se realice dentro de los plazos previstos en el artículo 5.

TÍTULO IV: INCENTIVOS POR LEALTAD DEL ASEGURADO

Artículo 7.- Incentivos por antigüedad en el sistema de seguros de salud

Las aseguradoras deberán implementar incentivos para los asegurados que mantengan pólizas de salud continuas por un período superior a cinco (5) años.

Estos incentivos podrán incluir descuentos en las primas, ampliación de coberturas o eliminación de penalizaciones por reactivación de pólizas.

Artículo 8.- Descuento mínimo para asegurados con más de diez años de antigüedad

Los asegurados que mantengan una póliza de salud activa durante más de diez (10) años deberán recibir un descuento mínimo del 5% sobre el valor de sus primas, como medida de reconocimiento a su lealtad y permanencia en el sistema.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

PRIMERA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo, a través de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, establecerá las disposiciones reglamentarias necesarias para la adecuada implementación de la presente ley en un plazo no mayor de noventa (90) días hábiles contados desde su promulgación.

SEGUNDA. Deróguese o modifíquese las normas que se opongan a la presente ley.



Firmado digitalmente por:
ORUÉ MEDINA Ariana Maybee
FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 30/09/2024 10:50:26-0500



Firmado digitalmente por:
BELLIDO UGARTE Guido FAU
20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 30/09/2024 17:52:07-0500



Firmado digitalmente por:
LUNA GALVEZ Jose Leon FAU
20181740126 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 28/09/2024 16:27:31-0500



Firmado digitalmente por:
ARRIOLA TUEROS Jose
Alberto FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 01/10/2024 13:48:25-0500



Firmado digitalmente por:
JUAREZ CALLE Heidy
Lisbeth FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 26/09/2024 17:28:58-0500



Firmado digitalmente por:
LUNA GALVEZ Jose Leon FAU
20181740126 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 28/09/2024 16:27:45-0500



Firmado digitalmente por:
ALCARRAZ AGUERO Yonel
Kira FAU 20181740126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 22/10/2024 11:31:37-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES:

Este proyecto de ley nace de la necesidad de resolver las limitaciones existentes en la regulación actual sobre seguros de salud en el Perú. El objetivo principal es garantizar que los asegurados no pierdan injustamente la cobertura de enfermedades preexistentes ni enfrenten penalizaciones desproporcionadas al reactivar su póliza después de una interrupción temporal. Además, busca implementar incentivos para fomentar la permanencia en el sistema, reconociendo la antigüedad y lealtad de los asegurados. La propuesta se inspira en prácticas internacionales exitosas y busca fortalecer el sistema de seguros de salud, protegiendo a los asegurados y garantizando un acceso continuo y justo a la atención médica.

Como señala Barahona (2020), "el sector de seguros ahora enfrenta más interrupciones que cualquier otra industria, generando nuevas amenazas y oportunidades en diferentes ámbitos, tales como los políticos, económicos, sociales, tecnológicos y medioambientales" (p. 10). Es evidente que la industria aseguradora requiere un marco normativo más flexible para adaptarse a estas transformaciones. Según Deloitte, "la pandemia resaltó el valor de los productos [de seguros] y aumentó las ventas de las compañías aseguradoras" (como se citó en Suárez, 2023, p. 5), lo que evidencia la importancia de adaptar la normativa para proteger a los asegurados en contextos de crisis.

Crecimiento del sistema de seguros de salud en el Perú:

En los últimos años, el mercado de seguros de salud en el Perú ha experimentado un crecimiento sostenido. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2023), el 75,4% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud, reflejando un crecimiento del 3,9% en comparación con el año anterior. Este incremento se debe, en parte, al mayor acceso a servicios de salud privados y a la creciente necesidad de la población de contar con cobertura ante enfermedades, accidentes y otras eventualidades médicas. Sin embargo, el marco legal actual presenta limitaciones en cuanto a la protección de los derechos de los asegurados, especialmente en situaciones relacionadas con la interrupción de pagos y la cobertura de enfermedades preexistentes.

Como indica Barahona (2020), "el panorama que se presenta para este sector es altamente competitivo e importante para el desarrollo económico de los países" (p. 13). Además, la Asociación Peruana de Empresas de Seguros - APESEG señala que, "las aseguradoras que cuenten con variados canales para llegar a sus clientes y tengan un buen reconocimiento y solidez de marca estarán en mejores condiciones de aventajar a la competencia" (Suárez, 2023, p. 3), lo que refuerza la necesidad de modernizar la legislación para que se adapten a los cambios en las expectativas de los usuarios.

Asimismo, al facilitar la reactivación de pólizas y evitar penalizaciones excesivas,

la ley promueve el acceso más equitativo a los seguros de salud, contribuyendo a una mejor distribución de los servicios médicos entre diferentes grupos sociales. Según Barahona (2020), es crucial que el sector de seguros esté preparado para enfrentar los desafíos futuros, considerando que el entorno será altamente incierto y competitivo. Los datos del INEI (2023) muestran que el acceso a seguros de salud en áreas rurales aumentó del 81,4% al 83,2%, mientras que en áreas urbanas creció del 68,1% al 73%, lo que evidencia que existe una mejora en la cobertura. Sin embargo, aún persisten desigualdades que esta ley puede ayudar a mitigar, garantizando que los asegurados en situación de vulnerabilidad mantengan su acceso a servicios médicos.

II. REALIDAD PROBLEMÁTICA

Falta de continuidad en la cobertura:

Uno de los problemas recurrentes en el sistema de seguros de salud en Perú es la pérdida de cobertura ante la interrupción temporal de pagos. A menudo, cuando un asegurado deja de pagar las primas por dificultades económicas, pierde la cobertura y, al intentar reactivarla, enfrenta recargos elevados o exclusiones en la cobertura de enfermedades preexistentes. Esto resulta especialmente problemático para personas que han sido aseguradas por largo tiempo, ya que pierden el acceso a beneficios acumulados. Según Barahona (2020), el sector asegurador enfrenta importantes desafíos, como la sobrerregulación y el crecimiento económico incierto, que complican la capacidad de las aseguradoras para ofrecer productos flexibles. De acuerdo con Ojo Público (2024), varias entidades aseguradoras han sido objeto de sanciones debido a prácticas relacionadas con la exclusión de cobertura para enfermedades preexistentes tras la reactivación de pólizas. Además, "existe un nuevo público atractivo joven que desea afiliarse a un seguro de vida a raíz de la pandemia" (Suárez, 2023, p. 5), pero, sin una protección adecuada, estos asegurados podrían enfrentar dificultades al reactivar su póliza después de una interrupción.

Desprotección ante enfermedades preexistentes:

Las enfermedades preexistentes son un aspecto crucial de la cobertura de salud. En muchos casos, los asegurados que pierden su póliza por unos meses y luego intentan reingresar al sistema enfrentan exclusiones de cobertura para enfermedades que ya habían sido diagnosticadas y cubiertas anteriormente. Según el INEI (2023), una proporción importante de la población, el 14,9%, acude a los establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa) debido a problemas de salud, lo que subraya la necesidad de mantener la cobertura privada para aliviar la carga sobre el sistema público. Barahona (2020) menciona que las empresas aseguradoras deben prepararse para enfrentar un entorno de mayor incertidumbre, en el que la protección de los asegurados será clave para su sostenibilidad. Esta situación coincide con lo expuesto por Suárez (2023), quien señala que "el valor de los productos y la eficiencia en los procesos digitales

motivaron a los consumidores a mostrar un interés creciente en los seguros de salud", por lo que se hace necesario ofrecer una normativa más flexible que proteja a los asegurados. Esto también se ve reflejado en lo señalado por García y Rojas (2023), quienes indican que "el gasto de bolsillo es un factor que afecta gravemente a los hogares sin cobertura de seguros de salud, especialmente en los sectores más vulnerables" (p. 7).

Necesidad de incentivos por permanencia en el sistema:

En muchos sistemas aseguradores internacionales, se premia la fidelidad de los asegurados mediante descuentos o bonificaciones para quienes han mantenido sus pólizas por largos periodos de tiempo. En Perú, el sistema de seguros no ha implementado de manera efectiva estos incentivos, lo que limita la fidelización de los asegurados y no fomenta la permanencia en el sistema. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han emitido recomendaciones sobre la importancia de asegurar la continuidad en la cobertura de salud y de implementar políticas que protejan a los asegurados frente a enfermedades preexistentes. Estas organizaciones destacan que los sistemas de salud deben ser accesibles y equitativos, garantizando protección a los asegurados en todas las etapas de su vida. Barahona (2020) enfatiza que el uso de incentivos que recompensen la fidelidad de los asegurados es clave para la estabilidad financiera de las aseguradoras a largo plazo. Como sugiere Suárez (2023), es necesario evaluar las estrategias que permitan la permanencia de los clientes con el producto, para ofrecer a los asegurados beneficios adicionales que fomenten su lealtad.

Situaciones económicas y sociales que afectan el pago de primas:

En el contexto de la crisis económica generada por eventos como la pandemia de COVID-19, muchas personas vieron interrumpidos sus ingresos, lo que llevó a la cancelación de sus pólizas de salud. Según el INEI (2023), el crecimiento de la cobertura de seguros en áreas urbanas y rurales fue desigual, con un aumento de 4,9 puntos porcentuales en las áreas urbanas y 1,8 puntos en las áreas rurales, lo que refleja las dificultades económicas que enfrentan los asegurados en diferentes zonas del país. Barahona (2020) destaca que "la incertidumbre económica y social ha incrementado las dificultades para mantener la continuidad en los pagos de primas, afectando la estabilidad de las pólizas". Estas situaciones han evidenciado la necesidad de crear mecanismos más flexibles que permitan la reactivación de pólizas sin penalizaciones excesivas, brindando así mayor seguridad a los asegurados. Esto está alineado con el análisis de Suárez (2023, p. 5), quien destaca que "las aseguradoras han tenido que atender financieramente a un alto número de siniestros a raíz de la pandemia", lo que subraya la urgencia de adaptar la legislación para proteger a los asegurados en momentos de crisis. En este sentido, García y Rojas (2023) mencionan que la pandemia de COVID-19 incrementó significativamente el gasto de bolsillo en salud en muchos países, llevando a las familias más vulnerables a situaciones

críticas.

II. EXPERIENCIA COMPARADA

La experiencia internacional muestra que la protección de la cobertura continua, la protección frente a enfermedades preexistentes y los incentivos por lealtad son componentes esenciales para un sistema de seguros de salud equitativo y eficaz. países como Estados Unidos, Chile, Alemania, España y el Reino Unido han implementado políticas para garantizar que los asegurados no pierdan sus beneficios adquiridos tras interrupciones temporales o cambios de aseguradora. Estas experiencias ofrecen valiosas lecciones para el desarrollo de una nueva ley en Perú, que garantice la protección de los derechos de los asegurados y fomente la continuidad en el acceso a los servicios de salud.

1. Estados Unidos: Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA)

La Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) fue promulgada en 1996 en los Estados Unidos para garantizar la continuidad de la cobertura de salud cuando un asegurado cambia de empleo o experimenta una pérdida temporal de su seguro. Algunos puntos clave que podrían ser relevantes para el proyecto de ley en Perú son:

- **Protección de enfermedades preexistentes:** HIPAA prohíbe a las aseguradoras negar cobertura o imponer restricciones por condiciones preexistentes, siempre que el asegurado mantenga una cobertura continua sin interrupciones superiores a 63 días.
- **Portabilidad de la cobertura:** La ley facilita que los asegurados puedan trasladar su seguro de salud de un empleo a otro sin perder la cobertura, lo que reduce el riesgo de quedar sin seguro temporalmente.

2. Chile: cobertura continuada en el sistema de Isapres

En Chile, el sistema de seguros privados de salud, conocido como **Isapres**, ofrece protección especial para los asegurados que interrumpen temporalmente el pago de sus primas debido a situaciones de desempleo o problemas financieros. Aspectos clave del sistema chileno incluyen:

- **Continuidad de la cobertura:** Los afiliados al sistema de Isapres que pierden su trabajo pueden seguir recibiendo cobertura de salud por un periodo limitado (generalmente de seis meses), dependiendo del contrato individual con el asegurado, a través de un seguro de cesantía, que cubre el pago de las primas durante este tiempo.
- **Protección de enfermedades preexistentes:** Las Isapres no pueden excluir enfermedades preexistentes si el asegurado ha mantenido una continuidad en su cobertura, incluso después de haber enfrentado dificultades económicas.

- **Incentivos por lealtad:** En Chile, el sistema de Isapres también ofrece beneficios a aquellos asegurados que han mantenido su cobertura por largos periodos de tiempo, como descuentos en las primas y mejoras en los planes de cobertura.

3. Alemania: sistema de seguro de salud público y privado

Alemania tiene un sistema de salud mixto que combina el seguro público obligatorio, este sistema se caracteriza por la protección integral de los asegurados, incluso en situaciones de cambios laborales o interrupciones temporales en el pago de las primas.

- **Cobertura continua:** En el sistema de seguro público alemán, los asegurados tienen derecho a mantener su cobertura de salud, independientemente de su situación laboral o de pago, ya que el sistema está diseñado para asegurar que todos tengan acceso a atención médica. En el sector privado, la portabilidad de la cobertura también está garantizada, permitiendo a los asegurados cambiar de plan sin perder derechos adquiridos.
- **Protección de enfermedades preexistentes:** Tanto en el sistema público como en el privado, las enfermedades preexistentes no son motivo de exclusión en la cobertura de salud.

4. España: Sistema Nacional de Salud (SNS) y seguros privados

En España, el **Sistema Nacional de Salud (SNS)** ofrece cobertura sanitaria universal, pero también existe un mercado de **seguros privados de salud**, el cual ha implementado diversas políticas para asegurar la permanencia de los asegurados en el sistema. Entre las medidas más relevantes están:

- **Cobertura continua y portabilidad:** Aunque el sistema público cubre a todos los residentes, los seguros privados en España permiten que los asegurados puedan reactivar sus pólizas si han tenido una interrupción en el pago, siempre y cuando esta no haya sido prolongada.
- **Incentivos para clientes antiguos:** Las aseguradoras privadas en España ofrecen descuentos y mejoras en la cobertura para aquellos asegurados que han mantenido sus pólizas por periodos prolongados, como parte de un esfuerzo para fomentar la fidelización de los asegurados.

III. 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 Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (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 la cobertura conforme a la regulación existente, pues la exclusión constituye una infracción a la discriminación por razones de salud.

Esta propuesta 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 beneficiaría 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. Sobre el particular, se detallan los beneficios que resultarían del proyecto de Ley:

1. Beneficios del proyecto de ley

1.1. Beneficios para los asegurados

- **Protección frente a interrupciones temporales:** Este proyecto de ley otorga a los asegurados la posibilidad de reactivar su póliza de salud, aun después de enfrentar dificultades económicas o laborales, sin perder los beneficios adquiridos, como la cobertura de enfermedades preexistentes. De esta manera, se asegura el acceso continuo a servicios médicos, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y evita que los asegurados queden desprotegidos en momentos críticos. Según Ojo Público (2024), varias instituciones han sido sancionadas por no garantizar esta continuidad, lo que subraya la necesidad de esta ley para fortalecer la protección de los asegurados. Adicionalmente, de acuerdo con la **Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG)** del primer trimestre de este año, el **75,4%** de la población en Perú cuenta con algún seguro de salud, lo que representa un crecimiento del acceso a servicios de salud que esta ley busca continuar protegiendo.
- **Incentivos por lealtad:** Los asegurados que mantengan una relación prolongada con su aseguradora serán recompensados con incentivos, tales como descuentos en las primas y mejoras en la cobertura. Esto no solo representa un ahorro económico directo para los asegurados fieles, sino que también los motiva a continuar dentro del sistema de seguros de salud. El aumento de la afiliación al **Seguro Integral de Salud (SIS)** y **EsSalud** en los últimos años, según datos del **INEI (2023)**, indica que los asegurados están optando por mantener su cobertura, lo que subraya la importancia de ofrecer incentivos que promuevan la permanencia en el sistema. García y Rojas (2023) señalan que las características socioeconómicas, como el nivel de ingresos y el nivel educativo, influyen significativamente en la decisión de mantener un seguro de salud", lo que enfatiza la importancia de ofrecer incentivos económicos para fidelizar a los asegurados.

- **Cobertura de enfermedades preexistentes:** Al no excluir las enfermedades preexistentes tras una reactivación de la póliza, los asegurados estarán protegidos contra gastos médicos elevados relacionados con condiciones crónicas. Este beneficio económico es esencial, especialmente para las personas con enfermedades crónicas que no pueden permitirse interrupciones en su tratamiento. Los datos del **INEI (2023)** revelan que un **14,9%** de la población afectada por problemas de salud busca atención en establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa), lo que resalta la necesidad de contar con seguros que continúen cubriendo estos casos, evitando que los pacientes deban depender exclusivamente de los servicios públicos.
- **Mayor acceso y continuidad en la atención médica:** La garantía de cobertura continua mejora el acceso a servicios médicos preventivos y regulares, lo que contribuye a la detección temprana y prevención de enfermedades graves, reduciendo la necesidad de costosos tratamientos de emergencia. Según García y Rojas (2023), la falta de acceso continuo a servicios de salud puede aumentar el riesgo de enfermedades avanzadas, que resultan en un mayor gasto de bolsillo, lo que refuerza la importancia de mantener la cobertura médica continua para evitar problemas de salud graves. Por ejemplo, el INEI (2023) ha identificado que el tiempo promedio de espera para obtener una cita médica en el Seguro Social de Salud (EsSalud) es de más de 7 días, lo que refuerza la importancia de mantener la cobertura de seguros privados que pueden ofrecer alternativas de atención más rápida.

1.2. Beneficios para el Estado y el sistema de salud

- **Descongestión del sistema de salud público:** Al garantizar la cobertura de los asegurados en el sistema privado, se evita que un mayor número de personas recurran al sistema de salud público en caso de perder su póliza, lo que reduce la presión sobre los servicios públicos de salud. Esto es particularmente importante considerando que, según el **INEI (2023)**, el **SIS** y **EsSalud** son los principales sistemas de cobertura de salud en Perú, pero ya enfrentan desafíos en la capacidad de respuesta. Este proyecto ayudará a descongestionar estos servicios, permitiendo que los recursos públicos se enfoquen en aquellos que realmente los necesitan.
- **Mejora de la salud pública:** Fomentar la continuidad de la cobertura de salud contribuye a la prevención y control de enfermedades, reduciendo los índices de morbilidad y, en consecuencia, los costos asociados a la atención médica pública a largo plazo. Con un **14,9%** de la población buscando atención en el Minsa debido a problemas de salud, según el **INEI (2023)**, es crucial que los asegurados mantengan acceso a una atención de calidad, lo que reducirá la carga sobre el sistema público.

Mayor formalización: El proyecto de Ley promueve la formalización en el mercado de seguros de salud al incentivar la permanencia en el sistema

asegurador privado, lo cual resulta en una mayor recaudación fiscal y mayor estabilidad en el sector de seguros. La formalización de los servicios de seguros privados también ayuda a disminuir las sanciones y procedimientos administrativos que actualmente afectan a entidades como Pacífico Salud y La Positiv

IV. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL:

El presente proyecto tendrá un impacto significativo sobre el marco normativo actual del Perú, especialmente en el ámbito de los seguros de salud y la regulación de las aseguradoras.

1. Complementariedad con la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros

- El proyecto de ley no reemplaza ni contradice los principios fundamentales de la Ley N° 26702, sino que los complementa, específicamente en lo relacionado con los seguros de salud. Esta ley general regula la actividad de las aseguradoras y establece las condiciones mínimas de funcionamiento, mientras que el nuevo proyecto se centra en mejorar la protección de los derechos de los asegurados, garantizando la continuidad de la cobertura y la protección de enfermedades preexistentes.
- Las disposiciones de la nueva ley refuerzan la responsabilidad de las aseguradoras hacia sus asegurados, especialmente en términos de transparencia y justicia en la cobertura. Se añade un marco más claro para la protección de los derechos adquiridos por los asegurados, en particular aquellos que tienen enfermedades preexistentes o han sido asegurados por largos periodos de tiempo.

2. Refuerzo del Código de Protección y Defensa del Consumidor

- La nueva ley se alinea con los principios de la Ley N° 29571, en lo que respecta a la protección de los consumidores en la contratación de servicios de seguros. Al establecer límites a las penalizaciones por interrupción temporal de pagos y garantizar la continuidad de la cobertura, el proyecto fortalece la **posición del consumidor** en las relaciones con las aseguradoras.
- Se promoverá una mayor transparencia en los contratos de seguros de salud, asegurando que las empresas informen claramente a los consumidores sobre sus derechos en casos de interrupción de pagos y reactivación de pólizas, lo que genera un marco de protección más robusto para los asegurados.

VII. VINCULACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030

El presente proyecto de ley tiene vinculación con el objetivo 3 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) 2030, conforme se detalla a continuación:

ODS 3: Salud y Bienestar

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Acceso continuo a la atención médica: Este proyecto de ley garantiza la continuidad de la cobertura de salud, incluso en situaciones de interrupciones temporales en el pago de primas, lo que permite que los asegurados mantengan acceso a servicios médicos, evitando el deterioro de su salud por falta de atención.

ODS 10: Reducción de las desigualdades

Al asegurar la protección de los derechos de los asegurados, el proyecto puede reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, especialmente para las poblaciones más vulnerables. Esto es crucial para abordar las brechas en la calidad y disponibilidad de la atención médica entre diferentes grupos socioeconómicos y regiones.

VIII. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

Política de Estado 11: Acceso universal a los servicios de salud y seguridad social. El proyecto busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud y la protección social.