



**PROYECTO DE LEY QUE DISPONE A
ESSALUD MANTENER LAS
PRESTACIONES ASISTENCIALES DE
SALUD, LUEGO DE HABER
CULMINADO EL PERIODO DE
LATENCIA Y ACREDITARSE LA
AFILIACIÓN AL SIS DEL ASEGURADO
Y SUS DERECHOHABIENTES**

Los Congresistas del Grupo Parlamentario Podemos Perú, que suscriben, a iniciativa del Congresista de la República **JOSÉ ALBERTO ARRIOLA TUEROS**, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado, concordante con los artículos 22°-C, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente proyecto de reforma constitucional:

FÓRMULA LEGAL

**PROYECTO DE LEY QUE DISPONE A ESSALUD MANTENER LAS PRESTACIONES
ASISTENCIALES DE SALUD, LUEGO DE HABER CULMINADO EL PERIODO DE LATENCIA Y
ACREDITARSE LA AFILIACIÓN AL SIS DEL ASEGURADO Y SUS DERECHOHABIENTES**

ARTÍCULO 1°. - OBJETO DE LA LEY

La presente Ley tiene por objeto disponer que el Seguro Social de Salud – EsSalud, mantenga las prestaciones asistenciales en salud, luego de haber culminado el periodo de latencia, hasta acreditarse la afiliación al Seguro Integral de Salud – SIS del asegurado y sus derechohabientes.

**ARTICULO 2°. - DE LA CONTINUIDAD DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES EN SALUD
EN CASO DE DESEMPLEO**

ESSALUD otorgará un periodo de continuidad asistencial en salud, posterior al cese de la latencia, durante el cual el asegurado y derechohabientes mantendrán acceso a las prestaciones de salud necesarias para garantizar la continuidad de tratamientos en curso. Durante dicho periodo, el SIS iniciara de oficio el proceso de afiliación correspondiente, para asegurar la adecuada transición, con el fin de garantizar una adecuada continuidad asistencial en salud.

En los casos de asegurados y sus derechohabientes con enfermedades crónicas, tratamientos de alta complejidad o condiciones de emergencia, EsSalud y el SIS deberán coordinar mecanismos especiales de referencia y contra-referencia, asegurando que no se produzcan interrupciones en la atención médica.

ARTICULO 3°.- DEL PAGO MINIMO DE APORTES

Se establece que, en caso el asegurado no logre con el mínimo de aportes para acceder al periodo de latencia – (05) cinco meses de aportes para acceder a (02) dos meses de atención, EsSalud se encuentra legalmente impedida de no prestar los servicios asistenciales en salud, hasta la acreditación de afiliación al SIS del asegurado y derechohabientes.

Durante dicho plazo, el asegurado y sus derechohabientes tendrá derecho a recibir las atenciones indispensables en salud, evitando que la falta de aportes genere un perjuicio inmediato y grave en su salud.

ARTICULO 4°.- COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

EsSalud y el SIS establecerán mecanismos de interoperabilidad y transferencia de información clínica, debiendo actualizar los datos sobre la vigencia de afiliaciones ininterrumpidamente, a fin de asegurar que los pacientes continúen sus tratamientos sin interrupciones al pasar de un sistema al otro.

ARTICULO 5°.- FINANCIAMIENTO

El financiamiento de las prestaciones asistenciales durante el periodo de continuidad estará a cargo de EsSalud, con cargo a los recursos propios de la institución. El SIS asumirá la cobertura una vez culminada el periodo de transición.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. VIGENCIA DE LEY

La presente ley entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano", dejándose sin efecto toda norma que se contraponga.

SEGUNDA. NORMATIVA REGLAMENTARIA

El Poder Ejecutivo, emitirán las disposiciones reglamentarias necesarias para la implementación de la presente ley, en un plazo máximo de 30 días calendarios contados a partir de su entrada en vigencia.

Congreso de la República

José Alberto Arriola Tueros
Congresista

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1. MARCO NORMATIVO

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ (Promulgado el 29/12/1993)**

“Artículo 1. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

Artículo 2. Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar.

El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

(...)

Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

(...)

Artículo 9. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10. El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento. La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado.

Artículo 12. Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley.

- **LEY N° 27056, LEY DE CREACION DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (Publicada el 30/01/1999).**

Artículo 1.- Creación, definición y fines

1.1 Créase sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con

personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.

1.2 Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos”.

- **LEY N° 26790, LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (Publicada el 17.05.1997)**

“Artículo 1.- PRINCIPIOS

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

El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza.

El Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto. Los Reglamentos establecen los alcances, condiciones y procedimientos para acceder al presente régimen.

Artículo 2.- EL SEGURO SOCIAL DE SALUD

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

(...)

Artículo 9.- PRESTACIONES

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

- a) Prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud.*
- b) Prestaciones de bienestar y promoción social.*
- c) Prestaciones en dinero correspondientes a subsidios por incapacidad temporal y maternidad.*
- d) Prestaciones por sepelio.*

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.

Artículo 11. DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO

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

- **DECRETO SUPREMO N° 009-97-SA, QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (Publicada el 09/09/1997)**

“Capítulo 1.- GENERALIDADES

Principios

Artículo 1.- La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones de salud a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, y eficiencia. Se orienta hacia el logro de la universalidad en el acceso a los servicios de salud a fin de cubrir a toda la población.

El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza.

El Ministerio de Salud (MINSA) tiene a su cargo los regímenes estatales de salud pública colectiva, así como el régimen estatal de atención integral individual de salud a la población de escasos recursos, mediante el cual se garantiza servicios de salud para quienes no gozan de los recursos necesarios para pertenecer a los regímenes contributivos. Dichos regímenes funcionan con arreglo a sus propios reglamentos, se financian con recursos provenientes del Tesoro Público, Ingresos Propios y de otras fuentes, y brindan atención a través de la red de establecimientos del Estado así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuentan con convenios para tal efecto.

(...)

Latencia

Artículo 37.- En caso de desempleo o suspensión perfecta de labores que genere la pérdida del derecho de cobertura, los afiliados regulares que cuenten con un mínimo de cinco meses de aportación, consecutivos o no consecutivos, durante los 3 años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores, y sus derechohabientes, tienen el derecho a las prestaciones médicas previstas en los Artículos 11 y 12 de este reglamento, a razón de dos meses de latencia por cada cinco meses de aportación.

Los periodos de latencia que se generen no podrán exceder de doce meses consecutivos, contados a partir de la fecha de cese o pérdida de la cobertura ocasionada por la suspensión perfecta de labores”.

1.2. ANTECEDENTES

El Seguro Social de Salud – EsSalud constituye uno de los pilares de la seguridad social en el Perú. Su evolución normativa y administrativa refleja tanto los avances en la institucionalización del derecho a la salud como las limitaciones derivadas de la falta de autonomía plena y de una adecuada articulación con otros regímenes de cobertura, lo que ha generado problemas estructurales que afectan directamente a los asegurados.

Los primeros antecedentes se remontan a la Ley N° 10807 (1947), que creó el Seguro Social del Empleado Público y Particular, y al Decreto Ley N° 10902 (1948), que estableció el Seguro Social Obligatorio de Empleados. Estos fueron los primeros intentos de configurar un sistema contributivo de salud en el país, inspirado en los principios de previsión social y solidaridad. Posteriormente, el Decreto Ley N° 23161 (1980) creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), integrando diversos regímenes de seguros sociales en una sola entidad, con el objetivo de racionalizar la administración y ampliar la cobertura. Sin embargo, la centralización no resolvió los problemas de gestión ni garantizó la universalidad del acceso.

En 1999, mediante la Ley N° 27056 y el Decreto Supremo N° 002-99-TR, el IPSS fue reorganizado y se estableció EsSalud como organismo público descentralizado adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, con patrimonio propio y fondos intangibles. Esta transformación buscó dotar a la institución de autonomía técnica, administrativa y financiera, aunque en la práctica dicha autonomía ha sido limitada por la dependencia política y presupuestal.

El marco normativo complementario, especialmente la Ley N° 26790 de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su reglamento (DS N° 009-97-SA), introdujo el concepto de latencia, que permite a los asegurados mantener cobertura asistencial en caso de desempleo o suspensión perfecta de labores. La regla vigente establece que los servicios asistenciales se extienden por dos meses por cada cinco meses de aportación, hasta un máximo de 12 meses.

Sin embargo, esta disposición, aunque representa un avance, resulta insuficiente frente a la realidad social y económica del país. Una vez vencido el periodo de latencia, el asegurado y sus derechohabientes quedan en situación de desprotección sanitaria, perdiendo acceso a servicios médicos esenciales. Este vacío de cobertura afecta especialmente a quienes se encuentran en tratamiento por enfermedades crónicas, oncológicas o de alta complejidad, generando interrupciones que ponen en riesgo la vida y la salud de los pacientes.

La problemática se agrava en un contexto de alta informalidad laboral y desempleo, donde la pérdida del trabajo se traduce en la pérdida inmediata de acceso a la salud, profundizando la vulnerabilidad de las familias.

Esta situación contradice los principios constitucionales de dignidad humana, universalidad y progresividad del derecho a la seguridad social, reconocidos en los artículos 1, 7, 9, 10 y 11 de la Constitución Política del Perú. Además, evidencia la fragmentación institucional entre EsSalud y el SIS, pues la transición no es automática y obliga al ciudadano a enfrentar trámites burocráticos en un momento de fragilidad económica y emocional. En zonas alejadas o rurales, donde EsSalud tiene limitada presencia, la caducidad de la cobertura deja a las familias sin acceso inmediato a servicios de salud, profundizando las brechas sociales y territoriales.

Por ello, se hace necesario establecer un mecanismo de continuidad asistencial obligatoria, mediante el cual se disponga a EsSalud continuar con la prestación asistencial de salud, luego de haber culminado el periodo de latencia, pago mínimo de aportes, así como, el Seguro Integral de Salud (SIS) asuma de oficio la afiliación de los ciudadanos que pierden la cobertura contributiva de EsSalud, garantizando la transferencia de historias clínicas y la continuidad de tratamientos.

Esta medida no solo responde a un mandato constitucional, sino que fortalece la cohesión social y evita que la pérdida de empleo se traduzca en pérdida del derecho fundamental a la salud. En un país con altos índices de informalidad laboral y desempleo, garantizar la continuidad asistencial es una política de justicia social y de respeto a la dignidad humana.

1.3. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

A la fecha, se registra el siguiente antecedente similar a la presente propuesta legislativa:

- **Proyecto de Ley N° 7437/2020-CR**: Este Proyecto de Ley, presentado el 26/03/2021, por el Congresista Ricardo Burga Chuquipiondo, propone establecer la continuidad del Seguro de Salud a cargo de las entidades prestadoras de Salud – EPS, de los trabajadores que finalizan su relación laboral. Actualmente fue actualizado, signándose el N° 62/2021-CR, luego de ser observada por el Poder Ejecutivo, encontrándose en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, desde el 26/08/2021, pendiente de emitirse Dictamen respectivo.
- **Proyecto de Ley N° 7413/2020-CR**: Este Proyecto de Ley, presentado el 26/03/2021, por la Congresista Maria Teresa Céspedes Cárdenas, propone

facultar al ex trabajador a mantener vigente su seguro de asistencia médica con todos los beneficios al cese de la relación laboral. Actualmente fue actualizado, signándole el N° 62/2021-CR, luego de ser observada por el Poder Ejecutivo, encontrándose en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, desde el 26/08/2021, pendiente de emitirse Dictamen respectivo.

1.4. PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA QUE SE PRETENDE SOLUCIONAR

El sistema de seguridad social en salud en el Perú presenta una brecha estructural de cobertura que se evidencia con mayor crudeza en situaciones de desempleo. Aunque la Constitución reconoce el derecho universal y progresivo a la salud y a la seguridad social, en la práctica este derecho se encuentra condicionado a la existencia de aportes al régimen contributivo de EsSalud.

El mecanismo de latencia, previsto en la Ley N° 26790 y su reglamento, permite extender la cobertura por un máximo de doce meses, a razón de dos meses por cada cinco de aportes realizados en los últimos tres años. Sin embargo, una vez vencido dicho plazo, el asegurado y sus derechohabientes quedan en total desprotección sanitaria, perdiendo acceso a consultas, tratamientos y medicamentos, incluso en casos de enfermedades crónicas, oncológicas o de alta complejidad.

La magnitud del problema se agrava en un país donde la informalidad laboral supera el 70% de la población ocupada, lo que significa que millones de peruanos nunca acceden a EsSalud o pierden rápidamente su cobertura al quedar desempleados. Según cifras oficiales, en Lima Metropolitana el desempleo urbano se mantiene entre el 7% y 8%, afectando principalmente a jóvenes y mujeres.

Esta realidad implica que una gran parte de la población se encuentra expuesta a la pérdida inmediata de acceso a servicios de salud, lo que contradice el principio constitucional de universalidad y vulnera la dignidad humana.

Las consecuencias de esta situación son múltiples:

- **Vacío de cobertura:** la pérdida del empleo se traduce en la pérdida inmediata de acceso a servicios médicos, dejando en indefensión a los asegurados y sus familias.
- **Interrupción de tratamientos:** pacientes con enfermedades crónicas, cáncer, VIH o insuficiencia renal ven suspendida su atención, lo que agrava su estado de salud y puede derivar en consecuencias irreversibles.
- **Carga económica en familias vulnerables:** el desempleado debe asumir gastos médicos elevados en un contexto de precariedad, aumentando pobreza y desigualdad.

- **Fragmentación institucional:** la transición entre EsSalud y el SIS no es automática, obligando al ciudadano a enfrentar trámites burocráticos en momentos de crisis.
- **Inequidad territorial:** en zonas rurales o alejadas, donde EsSalud tiene limitada presencia, la caducidad de la cobertura deja a las familias sin acceso inmediato a servicios médicos, profundizando las brechas sociales y territoriales.
- **Impacto en salud pública:** la falta de continuidad asistencial incrementa la mortalidad evitable y la presión sobre los servicios de emergencia del MINSA.

Un caso emblemático que ilustra esta problemática ocurrió en Lima en 2023, cuando un paciente oncológico perdió su empleo y, tras culminar el periodo de latencia de EsSalud, quedó sin acceso a quimioterapia. El proceso de afiliación al SIS demoró más de dos meses, tiempo en el cual el tratamiento se interrumpió, generando complicaciones irreversibles. Este hecho puso en evidencia la ausencia de mecanismos de transición inmediata y la vulneración del derecho a la salud.

En síntesis, la no cobertura de los servicios de salud durante el desempleo, así como por no cumplir con los aportes mínimos, constituye una vulneración directa al derecho fundamental a la salud y a la seguridad social, generando exclusión, desigualdad y desprotección en los sectores más vulnerables.

La alta informalidad laboral, la caducidad de la latencia, el no cumplimiento del mínimo de aportes y la ausencia de un mecanismo automático de transición hacia el SIS configuran un escenario de injusticia social que exige una reforma urgente. Garantizar la continuidad asistencial obligatoria mediante la articulación efectiva entre EsSalud y el SIS es una medida indispensable para asegurar que ningún ciudadano pierda su derecho a la salud por el solo hecho de perder su empleo.

1.4.1. DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LOS USUARIOS DE ESSALUD

La falta de continuidad en la cobertura de salud durante el desempleo genera una serie de perjuicios directos y graves para los usuarios, que trascienden lo individual y afectan también a sus familias y a la sociedad en su conjunto.

En primer lugar, se produce un vacío asistencial: al culminar el periodo de latencia de EsSalud, los asegurados pierden acceso inmediato a consultas médicas, hospitalización, medicamentos y tratamientos especializados. Esta situación es especialmente crítica para quienes padecen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, cáncer o VIH, cuyos tratamientos requieren continuidad estricta. La interrupción de terapias médicas no solo agrava la condición del paciente, sino que puede generar complicaciones irreversibles e incluso la muerte.

En segundo lugar, se ocasiona un perjuicio económico. Los desempleados y sus familias, al quedar fuera del sistema de seguridad social, deben asumir de manera directa los costos de atención médica en el sector privado o en farmacias, lo que incrementa el gasto de bolsillo y profundiza la pobreza. Según estimaciones recientes, más del 30% de los hogares peruanos enfrentan gastos catastróficos en salud cuando pierden cobertura, lo que significa que deben destinar una parte desproporcionada de sus ingresos a la atención médica.

En tercer lugar, se genera un perjuicio social y emocional. La pérdida de cobertura en salud en un contexto de desempleo incrementa la ansiedad, la inseguridad y la vulnerabilidad de las familias. El ciudadano no solo enfrenta la incertidumbre económica de no tener trabajo, sino también la angustia de no poder acceder a servicios médicos básicos para sí mismo o sus hijos. Este doble impacto deteriora la cohesión social y debilita la confianza en las instituciones públicas.

En cuarto lugar, se evidencia un perjuicio institucional. La falta de coordinación entre EsSalud y el SIS obliga al ciudadano a realizar trámites burocráticos en momentos de crisis, lo que retrasa la atención y expone a los pacientes a riesgos innecesarios. En muchos casos, la afiliación al SIS no se realiza de manera inmediata, generando periodos de desprotección que contradicen el mandato constitucional de universalidad y progresividad en la seguridad social.

Finalmente, se observa un perjuicio territorial. En zonas rurales y alejadas, donde EsSalud tiene limitada presencia, la caducidad de la cobertura deja a las familias sin acceso a servicios médicos cercanos. La falta de articulación con el SIS en estas regiones profundiza las brechas sociales y territoriales, consolidando una desigualdad estructural en el acceso a la salud.

Un caso emblemático que refleja estos perjuicios ocurrió en Lima en 2023, cuando un paciente oncológico perdió su empleo y, tras culminar el periodo de latencia de EsSalud, quedó sin acceso a quimioterapia. El proceso de afiliación al SIS demoró más de dos meses, tiempo en el cual el tratamiento se interrumpió, generando complicaciones irreversibles. Este hecho puso en evidencia la ausencia de mecanismos de transición inmediata y la vulneración del derecho a la salud.

En conclusión, los perjuicios ocasionados a los usuarios de la salud y sus derechohabientes por la falta de continuidad asistencial durante el desempleo son múltiples: pérdida de acceso a servicios médicos, incremento de gastos familiares, deterioro emocional, burocracia institucional y profundización de desigualdades territoriales. Esta realidad exige una reforma urgente que garantice la continuidad asistencial obligatoria, asegurando que ningún ciudadano y sus derechohabientes, pierda su derecho a la salud por el solo hecho de perder su empleo.

1.5. FUNDAMENTOS DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

La aprobación La presente iniciativa legislativa tiene como propósito garantizar la continuidad asistencial en salud para los asegurados de EsSalud y sus derechohabientes, una vez culminado el periodo de latencia y acreditada su afiliación al SIS. Este proyecto responde a una problemática estructural que vulnera derechos fundamentales y que, por su magnitud, exige una reforma urgente y decidida.

En primer lugar, desde el **plano constitucional**, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú establece que todos tienen derecho a la protección de su salud y a la seguridad social, bajo los principios de universalidad y progresividad. Sin embargo, la normativa vigente condiciona el acceso a la salud a la existencia de aportes al régimen contributivo, generando exclusión en los sectores más vulnerables. La caducidad de la cobertura tras el desempleo contradice el mandato constitucional y vulnera el principio de dignidad humana, pues expone a los ciudadanos a la pérdida inmediata de acceso a consultas, hospitalización, medicamentos y tratamientos especializados, incluso en casos de enfermedades crónicas y de alta complejidad.

El Tribunal Constitucional ha señalado reiteradamente que los derechos fundamentales no pueden ser objeto de restricciones que los vacíen de contenido; por ello, la continuidad asistencial se presenta como una exigencia derivada de la propia Constitución.

En segundo lugar, desde el **plano social**, la realidad peruana muestra que más del 70% de la población ocupada se encuentra en situación de informalidad laboral, lo que significa que millones de peruanos nunca acceden a EsSalud o pierden rápidamente su cobertura al quedar desempleados. El desempleo urbano, que afecta principalmente a jóvenes y mujeres, incrementa la vulnerabilidad de estos grupos y perpetúa la desigualdad. La interrupción de tratamientos médicos esenciales, como los oncológicos, renales o de VIH, no solo agrava la condición del paciente, sino que puede derivar en consecuencias irreversibles e incluso la muerte.

El caso emblemático ocurrido en Lima en 2023, donde un paciente oncológico perdió acceso a quimioterapia por más de dos meses tras culminar la latencia de EsSalud, evidencia la ausencia de mecanismos de transición inmediata y la vulneración del derecho fundamental a la salud. Este ejemplo no es aislado, sino representativo de una problemática que afecta a miles de familias en todo el país.

En tercer lugar, desde el **plano económico y social**, la falta de continuidad asistencial genera gastos catastróficos en salud para los hogares, obligando a las familias a destinar una parte desproporcionada de sus ingresos a la atención médica. Según

estimaciones recientes, más del 30% de los hogares peruanos enfrentan este tipo de gastos cuando pierden cobertura, lo que profundiza la pobreza y la desigualdad.

Además, la pérdida de acceso a salud en contextos de desempleo incrementa la ansiedad, la inseguridad y la vulnerabilidad emocional de las familias, deteriorando la cohesión social y debilitando la confianza en las instituciones públicas. La salud, entendida como un derecho humano integral, no puede ser reducida a un beneficio condicionado por la situación laboral.

En cuarto lugar, desde el **plano institucional**, la actual normativa de latencia prevista en la Ley N° 26790 es insuficiente. Vencido el plazo, el asegurado queda en total desprotección, y la transición entre EsSalud y el SIS no es automática, generando vacíos asistenciales y trámites burocráticos en momentos críticos. Esta falta de articulación institucional contradice el mandato constitucional de progresividad y universalidad en la seguridad social, y expone al ciudadano a riesgos innecesarios. La interoperabilidad digital entre EsSalud y el SIS es una deuda pendiente que este proyecto busca saldar, simplificando procedimientos y garantizando la continuidad asistencial.

Finalmente, desde el **plano de salud pública**, la discontinuidad asistencial incrementa la presión sobre los servicios de emergencia del MINSA y genera costos mayores al Estado por complicaciones evitables. Garantizar la continuidad asistencial es una medida de eficiencia sanitaria, pues evita la sobrecarga de los servicios de emergencia y reduce los costos derivados de tratamientos interrumpidos.

La prevención de mortalidad evitable y la reducción de gastos catastróficos en salud constituyen beneficios directos de esta reforma, por lo que, la aprobación de este proyecto de ley responde a una exigencia constitucional, social, económica, institucional y territorial. Se trata de garantizar que ningún ciudadano pierda su derecho a la salud por el solo hecho de perder su empleo.

La continuidad asistencial obligatoria mediante la articulación efectiva entre EsSalud y el SIS permitirá cerrar la brecha estructural de cobertura, proteger la dignidad humana, fortalecer la cohesión social y contribuir a la equidad territorial. Asimismo, constituye una medida de justicia social, pues asegura que la protección en salud no dependa exclusivamente de la condición laboral, sino de la condición humana.

En síntesis, la salud no puede depender del empleo; debe ser un derecho garantizado por el Estado en todo momento. Este proyecto de ley busca materializar ese principio, asegurando que la protección en salud sea un derecho humano efectivo y no un privilegio condicionado.

II. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO – IMPACTO

El presente Proyecto de Ley no implicará un aumento en los gastos del Presupuesto del Sector Público, ya que se financiera directamente con los recursos propios de ESSALUD y del SIS.

El beneficio e impacto social de este proyecto de ley será garantizar que ningún ciudadano pierda su derecho a la salud por el solo hecho de perder su empleo. Al disponer que EsSalud mantenga las prestaciones asistenciales hasta acreditarse la afiliación al SIS, se asegura la continuidad de tratamientos médicos, especialmente en enfermedades crónicas y de alta complejidad, evitando muertes y complicaciones irreversibles. Socialmente, reducirá la pobreza y la desigualdad al eliminar los gastos catastróficos en salud que hoy enfrentan miles de familias, fortaleciendo la cohesión social y la confianza en las instituciones.

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

Los efectos de la vigencia de esta norma en la legislación nacional serían de gran alcance, tanto en el plano jurídico como en el social e institucional. En términos **jurídicos**, la ley reforzará el principio constitucional de universalidad y progresividad del derecho a la salud, cerrando un vacío normativo que hoy permite la desprotección de los asegurados al culminar el periodo de latencia. Se consolidará la salud como un derecho humano efectivo, no condicionado al empleo, y se establecerá la obligación legal de coordinación inmediata entre EsSalud y el SIS, lo que marcará un precedente en la articulación de sistemas de seguridad social.

En el plano **social**, la vigencia de la norma garantizará la continuidad asistencial para miles de pacientes con enfermedades crónicas y de alta complejidad, evitando interrupciones que generan complicaciones irreversibles y muertes evitables. Además, reducirá los gastos catastróficos en salud que hoy enfrentan las familias desempleadas, disminuyendo la pobreza y la desigualdad, y fortaleciendo la cohesión social y la confianza ciudadana en las instituciones públicas.

En el plano **institucional**, la norma obligará a EsSalud y al SIS a implementar mecanismos de interoperabilidad y simplificación administrativa, eliminando trámites burocráticos en momentos de crisis. Esto significará un avance hacia un sistema más eficiente, moderno y articulado, que responda de manera inmediata a las necesidades de los ciudadanos.

Finalmente, en el plano de **salud pública**, la norma contribuirá a reducir la mortalidad evitable, mejorar indicadores sanitarios y aliviar la presión sobre los servicios de emergencia del MINSA, generando eficiencia y ahorro para el Estado.

En síntesis, la vigencia de esta ley producirá un efecto transformador en la legislación nacional: consolidará la salud como un derecho humano garantizado en todo momento, fortalecerá la institucionalidad del sistema de seguridad social, reducirá desigualdades sociales y territoriales, y devolverá confianza en el Estado como garante de la dignidad y la vida de sus ciudadanos.

IV. RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DEL ACUERDO NACIONAL Y AGENDA LEGISLATIVA

La presente iniciativa legislativa, guarda relación con lo estipulado en el Acuerdo Nacional, el cual establece en su **Política de Estado II. Equidad y Justicia Social, en su siguiente objetivo:**

“Objetivo 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”.