



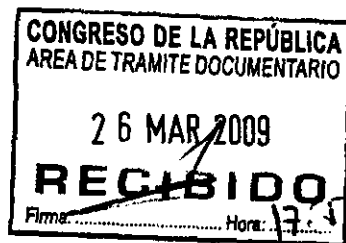
Congreso de la República
Comisión de Salud, Población Familia
y Personas con Discapacidad

Dictamen recaído en el Proyecto de Ley N° 1983/2007-PE, que propone la Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud

COMISIÓN DE SALUD, POBLACIÓN, FAMILIA Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PERIODO ANUAL DE SESIONES 2008-2009

DICTAMEN N° 09- 2008-2009-CSPFPD-CR



SEÑOR PRESIDENTE:

La Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad recibió para dictaminar el Proyecto de Ley N° 1983/2007-PE, Ley que establece la continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud presentado por el Poder Ejecutivo.

I. SITUACIÓN PROCESAL

La iniciativa materia de dictamen fue remitida por el Poder Ejecutivo con el carácter de urgente, según lo establecido por el Artículo 105° de la Constitución Política del Perú, y pasó para estudio de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, con decreto de fecha 18 de diciembre del 2007, como Comisión única.

II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

El proyecto de Ley propone garantizar la continuidad en la cobertura de preexistencias de la capa compleja del Plan de Salud en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para aquellos trabajadores que cambien de centro laboral (Art. 1°)

El proyecto en mención contiene los siguientes aspectos:

1. Definición y características de la preexistencia (Art. 2°), entendiendo por ella 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.
2. Requisitos y condiciones para hacer efectiva la continuidad de cobertura (Art. 3°):
 - A) En el Plan de salud y en el contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares ofertados por las Entidades Prestadoras de Salud – EPS, que incluyan la cobertura complementaria, deberá incluirse una cláusula de garantía que permita la continuidad de la cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los trabajadores cambien de trabajo y opten por un nuevo Plan de Salud.



- B) Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el trabajador debe encontrarse bajo la cobertura de un Plan de Salud y que haya transcurrido noventa (90) días contados desde su afiliación.
- C) La inscripción en el nuevo Plan de Salud debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días calendarios posteriores al inicio de su nueva relación laboral.

III. MARCO NORMATIVO

1. Constitución Política del Perú, artículos 7°, 9°, 10°, 11° y 12°

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 incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental 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 Estado¹.

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.

2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

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.

Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

¹ incorporado por el Artículo 1° de la Ley N° 28389, publicada el 17-11-2004.



Artículo 3°.- Asegurados

Son asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes.

Son afiliados regulares:

- Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores.
- Los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia.
- Los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial.

Todas las personas no comprendidas en el párrafo anterior se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativo en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) o en la Entidad Prestadora de Salud de su elección.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

(...)

Artículo 4°.- Entidades empleadoras

Para efectos de la aplicación de la presente ley, se entiende por Entidades Empleadoras a las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones y las cooperativas de trabajadores.

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.

Las prestaciones son brindadas mediante los servicios del IPSS o de otras entidades. Los reglamentos establecen los requisitos, condiciones y procedimientos pertinentes.



Las prestaciones del Seguro Social de Salud en ningún caso podrán tener una cobertura inferior al Plan Mínimo de Atención que se establece en los reglamentos.

Artículo 13°.- Entidades prestadoras de salud

Para los efectos de la aplicación del crédito a que se refiere el Art. 15 de la presente Ley, se entiende por Entidades Prestadoras de Salud a las empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles que se indica en el artículo siguiente.

Artículo 17°.- Cobertura de los trabajadores

La cobertura que ofrezca la Entidad Empleadora de conformidad con el Artículo 15, sea a través de servicios propios o de planes contratados, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.

Dicha cobertura no podrá ser inferior al Plan Mínimo de Atención a que se refiere el Art. 9 y, salvo consentimiento expreso del trabajador, los copagos no podrán superar el 2% del ingreso mensual del asegurado por cada atención de carácter ambulatorio ni el 10% por cada hospitalización. Asimismo, dicha cobertura deberá incluir la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando corresponda, y no podrá excluir la atención de dolencias preexistentes.

Los trabajadores incluidos en la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora mantendrán su derecho a la cobertura de atenciones de alta complejidad, enfermedades crónicas y subsidios económicos a cargo del IPSS. El nivel de prestaciones a cargo del IPSS podrá modificarse en función al monto del crédito reconocido, por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS"

3. **Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud**

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.

(...)



Congreso de la República
Comisión de Salud, Población Familia
y Personas con Discapacidad

Dictamen recaído en el Proyecto de Ley N°
1983/2007-PE, que propone la Ley que establece
la continuidad en la cobertura de preexistencias
en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras
de Salud

Artículo 2°

Para la aplicación del presente reglamento, se entiende por:

(...)

f) Capa Simple, al conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1. Pueden ser prestadas por el EsSalud o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud.

g) Capa Compleja, al conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1. Son de cargo de EsSalud.

h) Plan Mínimo de Atención, al conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud. El Plan Mínimo de atención consta en el Anexo 2.

(...)

Artículo 41°.-

La cobertura que ofrezca al Entidad Empleadora con cargo al crédito, sea a través de servicios propios o de planes contratados con una entidad prestadora de salud, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.

Dicha cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes y comprenderá, al menos las prestaciones de la capa simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo; manteniendo los asegurados su derecho a las coberturas correspondientes a la capa compleja y a las prestaciones económicas, por cuenta de EsSalud.

Cualquier trabajador puede optar individualmente por mantener su cobertura íntegramente a cargo del EsSalud.

Capítulo 10.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Artículo 91°

La sola solicitud de organización y funcionamiento de una entidad prestadora de salud, implica el sometimiento de ésta al reglamento de arbitraje y solución de controversias que dictara la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

Las Entidades Empleadoras, el IPSS y los afiliados a una entidad prestadora de salud o que reciban prestaciones de salud a través de servicios propios de su empleador, quedan igualmente sometidas al reglamento de arbitraje y solución de controversias referido en el párrafo anterior.

Capítulo 11.- INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 92°



Constituye infracción de las entidades prestadoras de salud, sancionable, en relación con lo establecido en los Artículos 6° y 7° del Decreto Supremo N° 006-97-SA, toda acción u omisión de éstas que cause el incumplimiento de obligaciones, determinada de manera objetiva, de acuerdo a lo establecido en este reglamento y en normas complementarias que apruebe la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

4. 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 estuvo afiliado en el período anterior"

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

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica² 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, 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.

IV. OPINIONES RECIBIDAS

1. **Ministerio de Salud**, mediante Oficio N° 495-2008DM/MINSA, del 07 de marzo del 2008, indica que habiéndose pronunciado el Poder Ejecutivo y en cumplimiento de lo dispuesto en el Oficio N° 031-2006-PCM-DM-OCP no le corresponde opinar.

Sin embargo, manifiesta que la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, SEPS, mediante Oficio N° 00047-2008-SEPS/IG, ha remitido respuesta a lo solicitado, por lo que a manera de información alcanza la opinión de la Intendencia de Regulación y Desarrollo de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, considerando que:

- ♦ La supresión de las preexistencias en capa compleja implicaría un encarecimiento en los costos de salud y por lo tanto, en los aportes de los afiliados al Sistema de ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD.
- ♦ Las preexistencias se podrían suprimir si el Sistema de ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD se convirtiera en un sistema alternativo, pero ahora es complementario. Asimismo, indican que esta propuesta alternativa no ha sido desarrollada por la indicada Superintendencia.

² Rectificado por fe de erratas



- ♦ Agregar a los derechohabientes del asegurado
 - ♦ Especificar que se trata de los Planes que adicionalmente tienen tratamientos de la Capa Compleja, que es el término que mejor se adecua a los propósitos de la norma propuesta.
2. **Colegio Médico del Perú**, a través de la Carta N° 1266-SI-CMP-2008, expresa su conformidad con el presente proyecto de ley por lo que cree pertinente apoyar la iniciativa y pedir su pronta conversión en Ley.
 3. **La Asociación de Clínicas Particulares**, a través de documento ACP/Adm-C-017-2008, de fecha 01 de febrero del 2008, manifiesta que el plazo para que no opere la figura de preexistencia debería ser al día siguiente de realizada la afiliación del derechohabiente a una determinada Entidad Prestadora de Salud – EPS y no a los 90 (noventa) días, período en que los derechos del asegurado estarían afectados.
 4. **Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud - SEPS**, mediante oficio N° 00037-2008SEPS/IG, de fecha 6 de febrero del 2008, expresa que la SENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, como cualquier entidad del Poder Ejecutivo no puede emitir pronunciamiento alguno con relación a los proyectos de ley aprobados por el Poder Ejecutivo, en última instancia por el señor Presidente de la República y el Presidente del Consejo de Ministros, según lo dispuesto por la Presidencia del Consejo de Ministros, mediante Oficio N 031-2006/PCM-DM-OCP, de fecha 04.12.2006.
 5. **Ministerio de Trabajo**, mediante Oficio N° 135-2008-MTPE/1, de fecha 15 de febrero del 2008, expresa que la Secretaría General de EsSalud remitió al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo el Oficio N° 30-SG-ESSALUD-2008, precisando que las ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD son empresas e instituciones públicas o privadas distintas a EsSalud, supervisadas por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud y bajo el ámbito del Ministerio de Salud, por lo tanto le corresponde al Ministerio de Salud emitir opinión respecto al presente proyecto de Ley.
 6. **PACIFICOSALUD**, mediante comunicación de fecha 16 de abril del 2008, expresan su disconformidad con el proyecto de Ley porque se generará un nuevo escenario de agravación de riesgo para las Entidades prestadoras de salud y un consiguiente aumento de los aportes, copagos y deducibles por parte de los trabajadores y/o entidades empleadoras, para los casos de capa compleja atendidos por las Entidades prestadoras de salud, así como el posible el retiro de estas entidades de este tipo de atenciones.

Sostiene que siendo las atenciones de **capa simple** financiadas por el **2.25%** de los aportes que reciben las Entidades prestadoras de salud y que las **atenciones complementarias y/o adicionales** son financiadas por los aportes de los empleadores y/o trabajadores, entonces cualquier riesgo adicional asumido tendría que ser financiado con parte del **6.75%** que recibe actualmente EsSalud, pues sería un ahorro para EsSalud que las prestaciones de **capa compleja**, a su cargo, sean atendidas por las Entidades prestadoras de salud.



7. **RIMAC EPS**, mediante comunicación GG-ME-023-2008, de fecha 17 de marzo del 2008, manifiesta su disconformidad con los mismos argumentos citados en el acápite anterior.

V. ANÁLISIS

1. Cobertura de aseguramiento en salud

La cobertura del aseguramiento ha mostrado un incremento importante en las últimas dos décadas. En el Cuadro 1, se aprecia que en la década de 1980, 18% de la población contaba con algún sistema de seguro. Esta cifra ha ido aumentando gracias a los esquemas de aseguramiento público, como el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, que después se unificaron para conformar el Seguro Integral de Salud - SIS.

Cuadro 1. Evolución de la cobertura de aseguramiento en el Perú, 1985 a 2007

	1985	1994	1997	2000	2003	2004	2005	2007
Con seguro	17.6	23.4	22.7	32.3	41.7	36.5	35.3	43.3
EsSalud		20	19.4	19.7	16.1	15.7	15.3	17.9
Seguro privado		1.6	1.7	1.6	1.8	1.6	1.7	2.7
Seguro de FF.AA. y Policiales		1.8	1.6	1.3	2	1.8	1.6	2.6
Seguro Integral de Salud (SIS)					21	16.6	16.3	18.4
Otro				9.7	0.8	0.8	0.4	0.7
Sin seguro	82.4	76.6	77.3	67.7	58.3	63.5	64.7	56.7
Total seguro y sin seguro	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Fuente: ENNIV 1985, 1997 y 2000, ENAHO 2003, 2004 y 2005

En el año 2000, se incluye al Seguro Escolar Gratuito.

En los años 2003-2005, el seguro privado incluye a las EPS mientras que en otros están incluidos los seguros universitarios y el seguro escolar privado.

El año 2007 son datos del Censo. En este año las coberturas de los seguros privados, FFAA y Policiales y otros son estimados

En el año 2007, el SIS ha afiliado al 18% de la población. EsSalud, tradicionalmente el principal agente asegurador, cubre actualmente al 18% de la población total, mientras que el sector privado, incluyendo a las Entidades prestadoras de salud, asume la limitada cobertura del 3% de la población.

Los resultados del Censo Nacional de Población del 2007, revelan que en el país el 43,3% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud, es decir, 11 millones 599 mil 971 personas, no obstante un 56,7% de la población se encuentra aún desprotegida.

El reporte estadístico del Seguro Integral de Salud a mayo del 2008 revela que se cuenta con 8'749,052 afiliados, de los cuales 8'678,819 se encuentran afiliados al componente subsidiado y 70,233 se encuentran afiliados al componente semi-subsidiado. Según D.S. N° 004-2007-SA, ya no existen planes de afiliación sino los componentes subsidiado y semi-subsidiado. El componente semi-subsidiado es para trabajadores con ingresos hasta 1,000 nuevos soles y para trabajadores de Servicios No Personales - SNP con ingresos hasta 1,600 nuevos soles.



2. El Sistema Complementario de la Seguridad Social en Salud: el rol de las Entidades prestadoras de salud

La Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y el Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización en Salud, creó un nuevo sistema de cobertura para toda la población conformada por el régimen contributivo a cargo del Seguro Social de Salud del Perú – EsSalud, complementado por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS)³.

De esta manera se busca ampliar el acceso de la población a los servicios de salud descongestionando los servicios que presta el Seguro Social de Salud del Perú – EsSalud, con estándares de mayor calidad, bajo los principios de equidad, solidaridad y facilidad de acceso a los servicios de salud.

A. Las Entidades Prestadoras de Salud - EPS,

Las Entidades prestadoras de salud son empresas públicas privadas o mixtas, distintas de EsSalud, que brindan servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la regulación, supervisión y controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud - SEPS.

B. Plan de Salud, Plan de Salud Base y Planes Adicionales

Los trabajadores dependientes asalariados (asegurados regulares o afiliados) del sector formal de la economía y sus familias (derechohabientes), están afiliados a ESSALUD y tienen un plan de beneficios de atención de salud con cobertura total de las necesidades de salud, sin embargo por diversas razones, entre ellas oferta insuficiente, calidad deficiente y listas de espera, algunos optan por contratar seguros privados.

Con la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud los trabajadores formales pueden recibir servicios de atención de la capa simple (sin exclusiones) en Entidades Prestadoras de Salud - EPS.

Según lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 009-97 SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, se ha hecho una división de carácter epidemiológico sobre los posibles daños o enfermedades que pueden tener los asegurados, formando dos grupos:

³ Ley N° 26790, 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.



- Enfermedades de Capa Simple, que son sencillas y frecuentes, y que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria o cirugía de día; y
- Enfermedades de Capa Compleja, que son complicadas e infrecuentes, y que requieren de mayor medicación, equipos, hospitalización o largo tiempo de tratamiento para su curación.

C. Definiciones, contenidas en el D.S N° 009-97 SA, Reglamento de la Ley de Modernización en Salud:

Artículo 2°.- Para la aplicación del presente reglamento, se entiende por:
(...)

f) Capa Simple, al conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1. Pueden ser prestadas por el IPSS o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud.

g) Capa Compleja, al conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1. Son de cargo del EsSalud.

h) Plan Mínimo de Atención, al conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud. El Plan Mínimo de atención consta en el Anexo 2.

En consecuencia existe un grupo de prestaciones que por Ley están obligados a brindar las Entidades prestadoras de salud "cobertura obligatoria" y que está referido a la denominada "capa simple" establecido en el Anexo 1 del D.S. 009-97-SA. Sin embargo en la práctica las Entidades prestadoras de salud brindan siempre una cobertura adicional para dar una mejor atención integral.

En conjunto la cobertura obligatoria más la cobertura adicional conforman lo que la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud ha denominado Plan de Salud ofertados por las Entidades prestadoras de salud, ofrecidos a todos los trabajadores y sus derechohabientes legales (cónyuge, hijos menores de edad e hijos discapacitados hasta los 25 años edad) por igual.

Sin embargo, algunos trabajadores podrán, si lo desean, contratar también algunos Beneficios adicionales conforme lo establecido en la Resoluciones N° 070 y 071-2003-SEPS/CD

Así el Plan de Salud detalla las coberturas obligatorias que debe otorgar la Entidad prestadora de salud y, en caso de contratarse, las coberturas de Capa Compleja u otras adicionales o beneficios complementarios que otorgarán las Entidades prestadoras de salud, así como la forma en que tales prestaciones se otorgarán. Incluye las coberturas, las exclusiones, los copagos y los establecimientos vinculados al Plan. Asimismo, dicho documento considera los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes del trabajador, sus condiciones y causales para proceder a su reajuste. Como parte de la cobertura obligatoria, se otorgan prestaciones de recuperación de la salud que comprenden atención médica y quirúrgica, tanto ambulatoria como hospitalaria y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en la capa simple.



En la capa simple, por ejemplo no se encuentra el manejo de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neuro-psiquiátricas. Las prestaciones de recuperación de la salud incluyen la prestación de maternidad y el cuidado de la salud del recién nacido. Como parte de la cobertura obligatoria, también se otorgan prestaciones preventivas y promocionales siguientes: educación para la Salud; evaluación y Control de Riesgos; programas de medicina preventiva; e inmunizaciones. Las prestaciones están sujetas a copagos a cargo de los asegurados los cuales se indican en el Plan de Salud. El copago es el importe que debe pagar el asegurado por las prestaciones recibidas.

En efecto la cobertura que ofrezcan las Entidades Prestadoras de Salud de conformidad con los artículos 15° y 17° de la Ley N° 26790, sea a través de servicios propios o de Planes contratados, contempla los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.

Dicha cobertura no debe ser inferior al Plan Mínimo de Atención a que se refiere el artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y el Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley y demás normas modificatorias. Asimismo, dicha cobertura deberá incluir la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando corresponda, y no podrá excluir la atención de dolencias preexistentes al inicio de la vigencia del Plan de Salud y del Contrato conforme se prescribe en el artículo 41° del Decreto Supremo N° 009-97 SA.

3. Preexistencias

Son definidas por el artículo 2° del Proyecto de Ley:

“Se entenderá 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”.

Según señala la exposición de motivos del Proyecto de Ley, a la fecha no existe obligación por parte de la Entidades Prestadoras de Salud a brindar atenciones de capa compleja diagnosticadas previo al inicio de la contratación del nuevo Plan de Salud, es decir, no existe la obligación de dar continuidad a los tratamientos de capa compleja, por lo que de darse esa situación, el paciente obligatoriamente debe ser referido por su Entidad Prestadora de Salud – EPS al Seguro Social de Salud del Perú – EsSalud para la atención respectiva en virtud a que dicha institución es responsable de este tipo de diagnósticos.

Así se dispone en el artículo 17° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud:

“Artículo 17°.- Cobertura de los trabajadores

La cobertura que ofrezca la Entidad Empleadora de conformidad con el Artículo 15, sea a través de servicios propios o de planes contratados, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.



Dicha cobertura no podrá ser inferior al Plan Mínimo de Atención a que se refiere el Art. 9 y, salvo consentimiento expreso del trabajador, los copagos no podrán superar el 2% del ingreso mensual del asegurado por cada atención de carácter ambulatorio ni el 10% por cada hospitalización. Asimismo, dicha cobertura deberá incluir la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando corresponda, y no podrá excluir la atención de dolencias preexistentes.

Los trabajadores incluidos en la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora mantendrán su derecho a la cobertura de atenciones de alta complejidad, enfermedades crónicas y subsidios económicos a cargo de EsSalud. El nivel de prestaciones a cargo de EsSalud podrá modificarse en función al monto del crédito reconocido, por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica de EsSalud".

En la actualidad, la realidad laboral nos muestra que la situación del empleo es muy dinámica e inestable, tanto por parte de las empresas, instituciones o entidades del Estado que renuevan personal según las épocas de bonanza o de ajuste, de acuerdo a las nuevas tendencias del mercado, estacionalidad de los productos, políticas financieras o por mejoramiento y modernización de sus plantas, así como por los trabajadores, que por mejores condiciones laborales, especializaciones o cambios de residencia, muestran una tendencia a cambiar de empleador.

La situación descrita conlleva, por un lado, a que las personas no tengan una permanencia prolongada en el mismo centro de trabajo, lo que lleva a plantear se revise el papel de la seguridad social en el fomento del empleo, así como la protección contra el subempleo, especialmente cuando estas situaciones se agudizan como resultado de los procesos de cambio o de crisis que experimentan las economías.

Según la Exposición de motivos del Proyecto de Ley, si el trabajador cambia de trabajo o migra de una empresa a otra, así sea dentro de un mismo grupo empresarial, pierde la cobertura de la enfermedad diagnosticada durante la vigencia del anterior Plan, si ésta correspondiera a un tratamiento por un diagnóstico de capa compleja.

Esta situación que excluye las atenciones de capa compleja preexistentes al inicio de la vigencia del nuevo Contrato y Plan de Salud, debe ser modificada para evitar que, en caso de existir una enfermedad en personas que han gozado de una cobertura de seguro a través del Plan de Salud de su Entidad Prestadora de Salud, al cambiar de trabajo (o de EPS), la Entidad Prestadora de Salud le impida continuar con el tratamiento, con las mismas condiciones inicialmente adquiridas.

El aseguramiento previsional en salud en el sector privado, conlleva la suscripción de un contrato que entre otras, tiene las siguientes características:

1.- Diversificación de riesgo, vale decir, la persona que toma el seguro traslada el riesgo de la probabilidad de que ocurra un evento –en este caso una enfermedad a una entidad Prestadora de Salud (EPS), especializada en la administración de fondos y riesgos de salud, una compañía de seguros generales o una entidad de servicios prepagados, que acepta cubrir la eventualidad de esta contingencia.

2.- Para cubrir este riesgo, la empresa recibe pagos adelantados y periódicos.



3.- Además se compromete a que, en caso de enfermedad, asume parte o todo el gasto del tratamiento (ya sea a través de servicios propios o de terceros)

Los pagos periódicos pueden tener diversas fuentes de financiamiento, según el asegurado pertenezca a una EPS, se encuentre asegurado en una compañía de seguros generales o en una entidad de servicios prepagados. En el primer caso, existe de por medio la contribución o tributo del empleador (crédito de la Seguridad Social en Salud), pudiendo haber pagos adicionales por la empresa empleadora o aportes personales del asegurado. En el segundo caso puede ser financiado con recursos de la empresa o del asegurado.

Si el asegurado cambia de fuente financiera, por ejemplo, cambia o cesa en el trabajo, su condición de asegurado y sujeto a la eventualidad del riesgo ante la aseguradora de salud, no tendría por que alterarse por este hecho.

En el aspecto de la salud, esta inestabilidad conlleva a que los seguros de salud pierdan su continuidad, debido, por un lado a que la Seguridad Social en Salud se fundamenta en los trabajadores dependientes (existiendo una considerable proporción de la población que laboran como independientes) y, por otro lado, que las empresas que cubren el riesgo de salud no tengan una "cartera" más estable, con la consiguiente variabilidad en la población asegurada y, por lo tanto, busquen eliminar a la población que presenta los mayores riesgos o que ya son pasibles del riesgo sobrevenido y, por ende, dependientes de los servicios de salud.

4. Propuesta Alternativa

En función a las opiniones remitidas con relación a este Proyecto de Ley, se considera necesario realizar las siguientes modificaciones:

- a) En el Artículo 1°, relacionado con el objeto de la Ley:
- Es preferible designar en el proyecto de Ley a la capa compleja como una designación más apropiada que referirse al Plan Complementario, propuesto en el Proyecto de Ley.
 - El ámbito de la Ley debe incluir no sólo a los trabajadores que cambien de centro laboral sino además a los que trabajando en una sola entidad cambian de Entidad Prestadora de Salud.
 - Contemplar a los derechohabientes que podrían tener una preexistencia diagnosticada durante su permanencia en el Sistema de Entidades prestadoras de salud y considerar el caso del derechohabiente que pasa a ser titular.
- b) Debe quedar claro que la enfermedad motivo del diagnóstico en el Plan de salud originario es la que no será considerada preexistente para el nuevo Plan de Salud y precisar que el Plan de Salud debe ser uno que ofrecía cobertura por diagnósticos de Capa Compleja.
- c) La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud debe ser la responsable de supervisar y fiscalizar el cumplimiento de los alcances de la presente Ley, promoviendo los medios alternativos de solución de conflictos entre las partes del



*Congreso de la República
Comisión de Salud, Población Familia
y Personas con Discapacidad*

Dictamen recaído en el Proyecto de Ley N° 1983/2007-PE, que propone la Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud

Plan de salud ofertados por las Entidades prestadoras de salud y los contratos correspondientes.

- d) En ningún caso deberá interpretarse que la presente norma restringe derechos adquiridos en los Planes de Salud y Contratos vigentes.

Asimismo, es de mencionar que los costos que representan la atención de patologías de capa compleja dependen del número de afiliados para la dilución del riesgo, por lo que resultaría válida la inclusión progresiva de patologías de capa compleja no correspondientes a aquellas de muy alta severidad.

VI. CONCLUSIÓN

Por todas estas consideraciones, la **Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad**, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 70° Literal b) del Reglamento del Congreso de la República, se permite recomendar la **APROBACIÓN** del Proyecto de Ley N° 1983/2007-PE, con el siguiente **Texto Sustitutorio**:

LEY QUE ESTABLECE LA CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIAS EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

Artículo 1°.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto garantizar la continuidad en la cobertura de preexistencias de la capa compleja del Plan de Salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud para aquellos trabajadores que cambien dicho Plan por otro, como consecuencia de cambio de centro laboral y/o de Entidad Prestadora de Salud.

Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes.

Artículo 2°.- Definición de preexistencia

Para efectos de lo dispuesto en la presente Ley, se entenderá 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°.- Preexistencias de cobertura complementaria o 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 la cobertura complementaria o de enfermedades de capa compleja, deberá 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.



*Congreso de la República
Comisión de Salud, Población Familia
y Personas con Discapacidad*

Dictamen recaído en el Proyecto de Ley N°
1983/2007-PE, que propone la Ley que establece
la continuidad en la cobertura de preexistencias
en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras
de Salud

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, dentro de los noventa (90) días calendarios posteriores al inicio de su nueva relación laboral, bajo responsabilidad de la Entidad Prestadora de Salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

PRIMERA.- La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud – SEPS supervisará y fiscalizará la aplicación de la presente Ley y determinará las infracciones y sanciones derivadas de su incumplimiento. Asimismo, supervisará que los costos de la preexistencia sean compartidos por todo el Sistema de Entidades Prestadoras de Salud y promoverá los mecanismos alternativos de solución de conflictos derivados de la aplicación del Plan de Salud y los contratos materia de la presente Ley.

SEGUNDA.- En ningún caso se podrá interpretar los alcances de la presente Ley para afectar los derechos adquiridos de los asegurados y sus derechohabientes en los Planes de Salud ofertados por las Entidades prestadoras de salud y contratos vigentes, ni para reducir las intervenciones o prestaciones contenidos en ellos.

TERCERA.- Derógase o modifíquese toda norma que se oponga a lo dispuesto en la presente Ley.

CUARTA.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo no mayor de 60 días posteriores a su vigencia.

QUINTA.- La presente Ley entrará en vigencia al día siguiente de su publicación.

Salvo distinto parecer
Dése cuenta
Sala de Comisión

Lima, Marzo del 2009

LUIS DANIEL WILSON UGARTE
Presidente
Comisión de Salud, Población, Familia y
Personas con Discapacidad

RAFAEL VÁSQUEZ RODRÍGUEZ
Vicepresidente

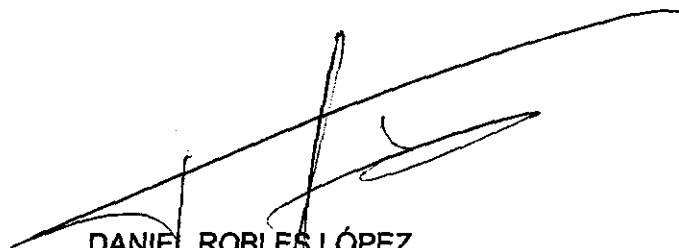
FRANCISCO ESCUDERO CASQUINO
Secretario



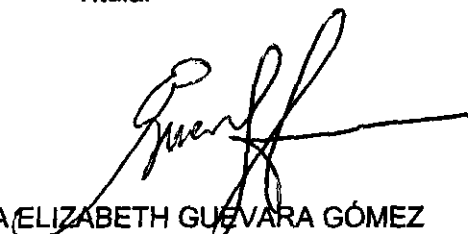
Congreso de la República
Comisión de Salud, Población Familia
y Personas con Discapacidad

Dictamen recaído en el Proyecto de Ley N°
1983/2007-PE, que propone la Ley que establece
la continuidad en la cobertura de preexistencias
en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras
de Salud

ALEJANDRO AGUINAGA RECUENCO
Titular



DANIEL ROBLES LÓPEZ
Titular



HILDA ELIZABETH GUEVARA GÓMEZ
Titular

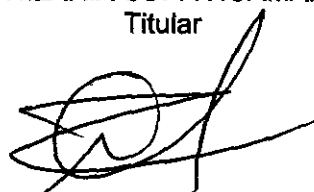


JOSÉ MACEDO SÁNCHEZ
Titular

MARIA CLEOFÉ SUMIRE DE CONDE
Titular

HILARIA SUPA HUAMAN
Titular

WALTER RICARDO MENCHOLA VÁSQUEZ
Titular



MARGARITA SUCARI CARI
Titular



WILSON MICHAEL URTECHO MEDINA
Titular

GLORIA DENIZ RAMOS PRUDENCIO
Titular



EDUARDO PELÁEZ BARDALES
Titular



*Congreso de la República
Comisión de Salud, Población Familia
y Personas con Discapacidad*

Dictamen recaído en el Proyecto de Ley N°
1983/2007-PE, que propone la Ley que establece
la continuidad en la cobertura de preexistencias
en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras
de Salud

MARIA HELVEZIA BALTA SALAZAR
Accesitaria

OLGA CRIBILLEROS SHIGIHARA
Accesitaria

MIRO RUIZ DELGADO
Accesitario

RAFAEL GUSTAVO YAMASHIRO ORE
Accesitario

RICARDO PANDO CORDOVA
Accesitario

JOSÉ ALEJANDRO VEGA ANTONIO
Accesitario



CONGRESO DE LA REPUBLICA

COMISIÓN DE SALUD, POBLACIÓN, FAMILIA Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Día : Miércoles 11 de Marzo de 2009

Lugar : Sala de Sesiones "Daniel Alcides Carrión"

Hora : 11:00 AM

DÉCIMO SEPTIMA SESIÓN ORDINARIA

"Período Anual de Sesiones 2008-2009
Primera Legislatura 2008"

ASISTENCIA

1. WILSON UGARTE, Luis Daniel
Presidente

2. VÁSQUEZ RODRÍGUEZ, Rafael
Vicepresidenta

3. ESCUDERO CASQUINO, Francisco
Secretario

4. AGUINAGA RECUENCO, Alejandro

5. GUEVARA GÓMEZ, Hilda Elizabeth

6. MACEDO SÁNCHEZ, José

SESIÓN ORDINARIA N° 17 (Miércoles 11 Marzo 2009)





CONGRESO DE LA REPUBLICA

7. RAMOS PRUDENCIO, Gloria

Licencia: Q/ M 466-7008-2009/GDRP-CR

8. ROBLES LÓPEZ, Daniel

9. SUCARI CARI, Margarita Teodora

10. MENCHOLA VÁSQUEZ, Walter Ricardo

11. EDUARDO PELÁEZ BARDALES

12. SUMIRE DE CONDE, María

13. SUPA HUAMAN, Hilaria

14. URTECHO MEDINA, Michael

MIEMBROS ACCESITARIOS:

1. BALTA SALAZAR, María

2. CRIBILLEROS SHIGIHARA, Olga.

3. PANDO CORDOVA, Ricardo.

SESIÓN ORDINARIA N° 17 (Miércoles 11 Marzo 2009)



CONGRESO DE LA REPUBLICA

4. VEGA ANTONIO, José.

5. YAMASHIRO ORE, Rafael.

6.- RUIZ DELGADO, MIRO

SESIÓN ORDINARIA N° 17(Miércoles 11 Marzo 2009)

JR. CARABAYA N° 341 – OF. 207 - LIMA

TELÉFONO 311-7812 / FAX 311-7813

20