

**LEY QUE GARANTIZA EL ACCESO
TEMPORAL A LA ATENCIÓN DE SALUD DE
LA MUJER EMBARAZADA A TRAVÉS DEL
SEGURO PRIVADO DEL PRESUNTO PADRE**

Los Congresistas de la República que integran el Grupo Parlamentario Bloque Democrático Popular, a la iniciativa del congresista **Edgard Reymundo Mercado**, al amparo de lo establecido en el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y de los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, proponen el Proyecto de Ley:

Proyecto de Ley

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA
HA DADO LA SIGUIENTE LEY:**

**LEY QUE GARANTIZA EL ACCESO TEMPORAL A LA ATENCIÓN DE SALUD DE
LA MUJER EMBARAZADA A TRAVÉS DEL SEGURO PRIVADO DEL PRESUNTO
PADRE**

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso oportuno, continuo y no discriminatorio a los servicios de salud de las mujeres embarazadas, permitiendo su afiliación temporal al seguro privado de salud del presunto padre, sin exigencia previa de matrimonio o unión de hecho, desde la confirmación del embarazo hasta el parto.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

La presente ley es aplicable a:

- Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS)
- Las aseguradoras privadas de salud
- Los seguros de salud privados contratados individual o colectivamente

Artículo 3. Afiliación temporal por embarazo

3.1. La mujer embarazada podrá solicitar su afiliación temporal al seguro privado de salud del presunto padre a su sola solicitud, acompañada de:

- Certificado médico de embarazo
- Declaración jurada del presunto padre reconociendo la paternidad en trámite.

3.2. La afiliación temporal tendrá vigencia desde la confirmación del embarazo hasta un plazo máximo de noventa (90) días posteriores al nacimiento del menor.

Artículo 4. Alcance de la cobertura

La cobertura otorgada será la misma que cualquier otra asegurada que tenga las mismas condiciones médicas y administrativas.

Artículo 5. Verificación posterior de la paternidad

5.1. Dentro del plazo máximo de noventa (90) días posteriores al nacimiento, deberá acreditarse la paternidad mediante:

- Reconocimiento voluntario del hijo, o
- Prueba genética de paternidad

5.2. El incumplimiento injustificado de esta obligación habilita a la aseguradora a exigir la devolución de los gastos médicos cubiertos, exclusivamente al presunto padre.

Artículo 6. Prohibición de discriminación

Se prohíbe a las entidades aseguradoras:

- Negar la afiliación temporal por razón de estado civil
- Exigir inscripción previa de unión de hecho
- Establecer primas diferenciadas por este concepto

Artículo 7. Protección frente a fraude

En caso de declaración falsa o fraude acreditado:

- La aseguradora podrá repetir los costos asumidos
- Se aplicarán las responsabilidades civiles y penales correspondientes

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley en un plazo máximo de 60 días calendario, luego de la entrada en vigor de la presente Ley.

Lima, enero de 2026

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Antecedentes

El sistema de aseguramiento privado de salud en el Perú ha sido diseñado históricamente bajo una lógica contractual y familiar formal, reconociendo como beneficiarios únicamente a cónyuges o convivientes debidamente inscritos. Este enfoque, si bien coherente con la estructura clásica del derecho civil, no ha evolucionado al mismo ritmo que las dinámicas sociales y familiares contemporáneas, generando vacíos de protección frente a situaciones objetivas de riesgo en salud.

De acuerdo con información del INEI, más del 40 % de los nacimientos en el Perú ocurre fuera del matrimonio, y una proporción significativa corresponde a parejas que no han formalizado su vínculo mediante unión de hecho inscrita. En paralelo, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) ha advertido que una parte relevante de las mujeres gestantes que no cuentan con seguro propio posterga o fragmenta sus controles prenatales, especialmente durante el primer trimestre del embarazo, periodo crítico para la detección de riesgos obstétricos.

En el ámbito del aseguramiento privado, la inexistencia de una figura de afiliación temporal por embarazo ha generado una exclusión de facto: mujeres que, aun existiendo un presunto padre asegurado y dispuesto a asumir responsabilidades, no pueden acceder a atención médica privada hasta cumplir requisitos registrales ajenos a la urgencia sanitaria del embarazo. Este vacío normativo no responde a una prohibición legal expresa, sino a la ausencia de una habilitación normativa clara, lo que justifica la intervención del legislador.

2. Situación de vulnerabilidad del menor

El embarazo no solo compromete la salud de la mujer gestante, sino que involucra directamente la protección del concebido, reconocido por el ordenamiento jurídico peruano como sujeto de derecho en todo cuanto le favorece. La evidencia médica demuestra que la falta de controles prenatales oportunos incrementa significativamente los riesgos de bajo peso al nacer, partos prematuros y mortalidad neonatal.

Según datos del Ministerio de Salud, aproximadamente el 20 % de las gestantes inicia controles prenatales después del primer trimestre, y esta proporción es mayor entre mujeres sin cobertura continua de salud. Asimismo, el Perú mantiene tasas de mortalidad neonatal que, aunque han disminuido en las últimas décadas, siguen concentrándose en sectores con acceso irregular a servicios médicos durante el embarazo.

La situación del menor por nacer se agrava cuando el acceso a la atención médica depende de condiciones administrativas que no guardan relación con su

bienestar biológico. Supeditar la protección de la salud fetal a la inscripción de una unión de hecho traslada el riesgo médico al sujeto más vulnerable, vulnerando el principio del interés superior del niño y generando una desigualdad injustificada entre concebidos según el estado civil de sus progenitores.

La presente propuesta reconoce que la protección del menor comienza antes del nacimiento, y que garantizar una atención médica integral durante el embarazo constituye una medida preventiva con efectos directos en la salud infantil a mediano y largo plazo.

3. Respaldo constitucional de una norma que protege a la mujer embarazada y al menor

La Constitución Política del Perú establece un marco sólido de protección reforzada para la mujer gestante y el niño. El artículo 7 reconoce el derecho fundamental a la salud, mientras que el artículo 4 dispone que la comunidad y el Estado protegen especialmente al niño y a la madre. Asimismo, el artículo 2, inciso 2, consagra el principio de igualdad y prohíbe toda forma de discriminación, incluyendo aquella basada en el estado civil.

El Tribunal Constitucional ha señalado reiteradamente que la maternidad es una condición que justifica un trato jurídico diferenciado favorable, y que las barreras administrativas que impiden el acceso efectivo a derechos fundamentales resultan incompatibles con el principio de razonabilidad. En ese sentido, exigir matrimonio o unión de hecho como condición previa para la atención de una mujer embarazada no supera un test de proporcionalidad, pues no resulta idóneo ni necesario para proteger los intereses de las aseguradoras.

Adicionalmente, el concebido es titular de derechos constitucionales en todo aquello que le beneficia, lo que obliga al Estado a adoptar medidas legislativas que prevengan riesgos previsibles. La afiliación temporal al seguro del presunto padre, con verificación posterior de paternidad, constituye una medida constitucionalmente legítima, equilibrada y alineada con los deberes de protección reforzada que impone la Carta Magna.

4. ¿Quién asume el costo de un embarazo?

El embarazo es un proceso médico continuo que se extiende, en promedio, por nueve meses, durante los cuales se requiere atención especializada, periódica y progresiva. Desde una perspectiva económica, el costo del embarazo no se concentra únicamente en el momento del parto, sino que se distribuye a lo largo de todo el proceso gestacional, iniciándose con los controles prenatales tempranos, continuando con los exámenes diagnósticos y el seguimiento clínico, y culminando con la atención del parto y el puerperio inmediato.

En el Perú, cuando una mujer embarazada no cuenta con cobertura de un seguro de salud, o cuando dicha cobertura es tardía o fragmentada, los costos asociados al embarazo deben ser asumidos directamente por la madre o por su entorno familiar. En el ámbito privado, los controles prenatales implican consultas obstétricas cuyo costo promedio se sitúa entre S/ 100 y S/ 150 por consulta, a lo que se suman ecografías obstétricas y exámenes de laboratorio cuyos precios pueden oscilar entre S/ 50 y S/ 200 por prueba, dependiendo del establecimiento y la complejidad del estudio.

Considerando un esquema mínimo de atención prenatal —que suele comprender al menos seis controles médicos, tres ecografías y exámenes básicos recurrentes— el gasto acumulado durante el embarazo puede situarse razonablemente entre S/ 1,000 y S/ 1,500 antes del parto. Este monto, aun en escenarios sin complicaciones, representa una carga económica significativa para hogares cuyos ingresos mensuales se aproximan al salario promedio nacional.

El costo se incrementa de manera considerable cuando el embarazo presenta factores de riesgo clínico, como anemia, hipertensión gestacional o diabetes gestacional, condiciones que no son excepcionales en el contexto peruano. En estos casos, el número de controles y exámenes aumenta, elevando el gasto directo de la gestación y generando incentivos económicos perversos para postergar controles médicos, con consecuencias adversas para la salud de la madre y del concebido.

El momento del parto constituye el punto de mayor concentración de costos. En el sector privado, un parto vaginal tiene un costo aproximado que oscila entre S/ 5,000 y S/ 10,000, considerando honorarios médicos, uso de sala de parto, medicamentos, hospitalización y atención inmediata postparto. Cuando el parto se realiza mediante cesárea, procedimiento cada vez más frecuente, el costo puede elevarse sustancialmente, alcanzando montos de S/ 15,000 a S/ 20,000 o más, debido al uso de sala de operaciones, anestesia especializada, mayor tiempo de hospitalización y cuidados postoperatorios.

En consecuencia, el costo total del proceso de embarazo y parto en el sector privado, sin cobertura de seguro, puede situarse entre S/ 6,000 y S/ 11,500 en el caso de un parto vaginal, y entre S/ 16,000 y S/ 21,500 en el caso de una cesárea. Estos montos representan una carga financiera severa, capaz de generar endeudamiento familiar, uso forzado de ahorros destinados a otros fines esenciales o, en casos extremos, la renuncia a una atención médica adecuada.

Esta situación resulta particularmente injusta cuando existe un presunto padre que cuenta con un seguro privado de salud. En estos casos, el costo económico del embarazo y del parto corresponde a una obligación compartida de padre y madre, derivada directamente de la paternidad y la maternidad. El hecho de que el padre disponga de un seguro de salud constituye precisamente un mecanismo

para afrontar contingencias previsibles como la gestación y el nacimiento de un hijo. Transferir ese costo a la madre —quien asume además la carga biológica del embarazo— o al Estado, a través del sistema público de salud, implica una distorsión del principio de corresponsabilidad parental.

Desde una perspectiva de política pública, cuando el sistema privado excluye a la mujer embarazada por razones administrativas, el costo no desaparece, sino que se traslada al Estado. En estos casos, el Seguro Integral de Salud o los establecimientos del Ministerio de Salud terminan asumiendo gastos que, en condiciones normales, deberían ser cubiertos por el seguro privado del padre. Esto genera una externalización indebida de costos, donde el erario público financia una contingencia que ya cuenta con respaldo privado, incrementando la presión sobre recursos públicos limitados.

Adicionalmente, los costos derivados de una atención tardía o insuficiente —como emergencias obstétricas, partos de alto riesgo o cuidados intensivos neonatales— son significativamente mayores que los costos de una atención prenatal oportuna. La atención de complicaciones graves puede multiplicar el gasto sanitario inicial, superando ampliamente los S/ 20,000 por caso, sin considerar los costos sociales y humanos asociados.

En este contexto, permitir el acceso temporal de la mujer embarazada al seguro privado del presunto padre no supone la creación de un gasto nuevo ni injustificado para las aseguradoras, sino la asignación correcta del costo a quien corresponde asumirlo. La propuesta legislativa transforma un gasto potencialmente caótico y regresivo en un costo previsible, acotado y gestionable, al tiempo que incorpora mecanismos de control posterior, como la verificación de la paternidad y la posibilidad de recuperación de gastos en caso de fraude.

En términos económicos y sociales, la cobertura temprana del embarazo reduce la probabilidad de intervenciones de alto costo, evita hospitalizaciones prolongadas y disminuye la presión sobre el sistema público de salud. Asimismo, impide que el nacimiento de un hijo se convierta en un factor de empobrecimiento de la madre o en una carga innecesaria para el Estado, reafirmando el principio de que la paternidad y la maternidad generan responsabilidades que deben ser asumidas prioritariamente por quienes las originan.

5. Análisis comparado

a. Chile

En Chile, el sistema de aseguramiento de salud —compuesto por FONASA (público) e ISAPRE (privado)— reconoce a la maternidad como una contingencia protegida de interés público, con reglas especiales que limitan la autonomía contractual de las aseguradoras. En el caso de las ISAPRE, la legislación y la jurisprudencia han establecido que el embarazo no puede ser tratado como una

condición preexistente excluyente, y que la mujer debe acceder a cobertura desde la confirmación del embarazo, incluso cuando la afiliación o adecuación contractual se produzca durante la gestación. La protección se activa por la condición biológica del embarazo, no por el estado civil.

Asimismo, el ordenamiento chileno reconoce presunciones de paternidad y mecanismos de reconocimiento posterior, permitiendo que la filiación se determine después del nacimiento sin que ello afecte la protección de la madre y del niño durante el embarazo. El Tribunal Constitucional y la Corte Suprema han sostenido que el interés superior del niño y la protección de la maternidad justifican restricciones a las aseguradoras privadas. Este enfoque es plenamente compatible con una figura de afiliación temporal condicionada, como la que se propone, donde la verificación de la paternidad se realiza ex post, sin afectar la atención médica oportuna.

b. Colombia

Colombia presenta uno de los desarrollos más avanzados en la región en materia de protección reforzada de la mujer embarazada y del nasciturus, especialmente a través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce la afiliación automática de la gestante y la obligación de brindar atención integral durante el embarazo y el parto, incluso en casos donde existan vacíos administrativos, conflictos de afiliación o ausencia de vínculo formal con el cotizante.

La Corte Constitucional ha establecido que ninguna barrera administrativa, contractual o civil puede justificar la negación de servicios de salud a una mujer embarazada, y ha señalado que la determinación de la paternidad es una cuestión posterior que no puede condicionar la atención médica. Aunque el sistema colombiano es predominantemente público, este principio se ha extendido también a las entidades promotoras privadas, consolidando la idea de que la maternidad genera una obligación inmediata de cobertura, mientras que los aspectos patrimoniales o de reembolso pueden resolverse posteriormente. Este razonamiento es directamente trasladable al modelo propuesto para el Perú.

c. España

En España, el Sistema Nacional de Salud garantiza la atención universal a la mujer embarazada con independencia de su situación administrativa, laboral o familiar, lo que ha generado una sólida doctrina sobre la irrelevancia del estado civil para el acceso a servicios de maternidad. La mujer gestante tiene derecho a controles prenatales, parto y atención postparto desde el inicio del embarazo, sin que se le exija acreditar matrimonio, pareja registrada o reconocimiento previo de paternidad.

En el ámbito del derecho civil, la legislación española permite que el reconocimiento de la filiación se realice después del nacimiento, sin que ello afecte la protección del menor ni la atención sanitaria previa. La lógica del sistema separa claramente la protección sanitaria inmediata de la determinación jurídica de la paternidad, evitando que esta última genere exclusiones o demoras. Este enfoque refuerza la constitucionalidad y razonabilidad de una norma que, como la propuesta, garantice cobertura durante el embarazo y condicione únicamente los efectos patrimoniales posteriores a la acreditación de la paternidad.

d. México

En México, el sistema de salud —articulado entre instituciones públicas y esquemas privados— reconoce a la mujer embarazada como sujeto de atención prioritaria, particularmente a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos. La legislación sanitaria y la práctica institucional establecen que el embarazo activa obligaciones inmediatas de atención, y que los aspectos relacionados con la filiación o responsabilidad parental no pueden condicionar la prestación de servicios médicos esenciales.

En el ámbito del derecho familiar, la legislación mexicana contempla amplias posibilidades de reconocimiento posterior de paternidad, así como acciones de reclamación y pruebas genéticas que se realizan después del nacimiento. Esta separación funcional entre atención sanitaria y determinación de la filiación ha sido respaldada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que ha sostenido que el interés superior del menor exige evitar cualquier forma de desprotección durante la gestación. Ello constituye un antecedente relevante para una propuesta que introduce una afiliación temporal basada en la presunción de paternidad, con mecanismos de verificación posteriores.

e. Argentina

En Argentina, el sistema de obras sociales y medicina prepaga reconoce la cobertura obligatoria de la maternidad como una prestación esencial, regulada por normas de orden público. La legislación establece que las empresas de medicina prepaga no pueden negar ni limitar la cobertura por embarazo, y que los controles prenatales, el parto y la atención neonatal forman parte del Programa Médico Obligatorio, aplicable con independencia de la situación familiar de la gestante.

Adicionalmente, el Código Civil y Comercial argentino reconoce la protección jurídica del niño por nacer y permite que la filiación paterna sea determinada con posterioridad, sin afectar los derechos del menor ni la atención de la madre. La combinación de cobertura obligatoria y reconocimiento posterior de la paternidad refleja un modelo normativo donde la protección de la salud precede a la

definición formal de los vínculos familiares, principio que sustenta de manera clara la propuesta legislativa planteada para el Perú.

II. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

Desde el punto de vista económico, la propuesta genera costos acotados y beneficios significativos. Los costos para las aseguradoras privadas se encuentran limitados temporalmente al período de embarazo y parto, y se circunscriben a prestaciones directamente vinculadas a dicho proceso. Además, la norma incorpora mecanismos de recuperación de gastos en caso de fraude o falta de acreditación de la paternidad, reduciendo el riesgo moral.

Por el lado de los beneficios, diversos estudios en salud pública evidencian que cada sol invertido en atención prenatal temprana evita múltiples soles en gastos por complicaciones obstétricas y neonatales. Las complicaciones por partos de alto riesgo, cesáreas de emergencia o cuidados intensivos neonatales representan costos significativamente mayores que los controles prenatales regulares.

Asimismo, la norma reduce la presión sobre el sistema público de salud, al permitir que gestantes sin seguro propio accedan al sistema privado, generando un efecto de descongestión en establecimientos del MINSA y EsSalud. En términos sociales, la propuesta fortalece la corresponsabilidad parental y contribuye a mejores resultados en salud materno-infantil, con impactos positivos en productividad y desarrollo humano a largo plazo.

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

La entrada en vigor de la presente ley no genera conflictos con el marco normativo vigente, sino que lo complementa y lo perfecciona. No modifica el régimen general de beneficiarios permanentes de los seguros privados, sino que introduce una figura excepcional y temporal, claramente delimitada.

La norma tendrá como efecto:

- La creación de un nuevo estándar mínimo de protección en el aseguramiento privado
- La reducción de prácticas discriminatorias basadas en el estado civil
- La armonización del sistema de seguros con los principios constitucionales de protección a la maternidad y a la infancia

Asimismo, la ley incentivará a las aseguradoras a desarrollar protocolos específicos de afiliación temporal, fortaleciendo la transparencia y previsibilidad del sistema. En conjunto, la propuesta contribuye a una legislación más

coherente con la realidad social del país y con el mandato constitucional de protección de los más vulnerables.

IV. VINCULACIÓN DE LA NORMA CON LAS POLÍTICAS DEL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa se encuentra directamente alineada con diversas Políticas de Estado del Acuerdo Nacional. En particular, con la Política de Estado N.º 13, referida al acceso universal a servicios de salud de calidad, al eliminar barreras administrativas que restringen la atención de un grupo vulnerable.

Asimismo, guarda coherencia con la Política de Estado N.º 15, sobre promoción de la familia y protección de la infancia, al reconocer nuevas realidades familiares y priorizar el bienestar del niño por nacer por encima de formalidades civiles.

De igual manera, se vincula con la Política de Estado N.º 26, orientada a la reducción de desigualdades, al evitar que el estado civil de los padres determine el acceso a servicios esenciales de salud.

La propuesta también refuerza el enfoque de derechos humanos y de igualdad de género, al garantizar que la mujer embarazada no sea discriminada en el acceso a la salud por razones ajenas a su condición médica.