Proyecto de Ley N° 3776/2022-CR

CONGRESO
REPÚBLICA

SIGRID BAZAN NARRO

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
14 DIC. 2022
RECIBIDO
Firma ... Hora 16:10

PROYECTO DE LEY QUE ESTIMULA LA COMPETENCIA Y PROMUEVE LA MEJORA DE LOS SERVICIOS EN EL ASEGURAMIENTO PRIVADO EN SALUD

El Grupo Parlamentario Cambio Democrático-Juntos por el Perú, a iniciativa de la Congresista de la República que suscribe, **Sigrid Bazán Narro**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, y de conformidad con los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente **PROYECTO DE LEY**:

FÓRMULA LEGAL

PROYECTO DE LEY QUE ESTIMULA LA COMPETENCIA Y PROMUEVE LA MEJORA DE LOS SERVICIOS EN EL ASEGURAMIENTO PRIVADO EN SALUD

Artículo 1.- Objeto de la ley

La presente ley regula la articulación vertical económica entre Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).

Artículo 2.- Finalidad de la ley

La presente ley busca garantizar el acceso a las prestaciones del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y sus planes complementarios, en mejores condiciones de calidad, dignidad, equidad, oportunidad y eficiencia, a través de la regulación de la articulación vertical económica entre IAFAS e IPRESS.

Artículo 3.- Regulación de la articulación vertical económica

Ninguna persona natural o jurídica puede ser titular, simultáneamente, ya sea directa o indirectamente, de más del 30% de acciones y derechos de propiedad entre IAFAS e IPRESS.

Artículo 4.- Regulación del vínculo contractual entre IAFAS e IPRESS

Las IAFAS no podrán contratar, directa ni indirectamente, más del 30% de las prestaciones de las PEAS, y servicios complementarios, con una IPRESS.

Artículo 5.- Modificación del artículo 8 y 9 del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

Se modifican los artículos 8 y 9 del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, en los siguientes términos:

"Artículo 8.- Funciones Generales

Son funciones de la Superintendencia Nacional de Salud las siguientes:

1. Promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, **a través de la autorización previa, y control posterior, de la adquisición de acciones y derechos de propiedad y de los vínculos contractuales entre IAFAS e IPRESS; y** supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como los que correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación.

(...)

Artículo 9.- Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referidas a las Empresas de Seguros y AFOCAT

Las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre las Empresas de Seguros antes mencionadas, se circunscriben a:

(...)

4. La aprobación previa de la adquisición de acciones y derechos de propiedad de una IPRESS, hasta el límite de 30%.

5. La aprobación previa de los contratos o convenios suscritos con las IPRESS, referidas a las prestaciones de sus PEAS, y servicios complementarios, hasta un límite de 30%.

6. La supervisión de oficio o por la interposición de reclamos, quejas y denuncias del cumplimiento del límite de 30% de acciones y derechos de propiedad que una IAFA puede adquirir de una IPRESS, o del cumplimiento del límite de 30% de prestaciones de las PEAS, y servicios complementarios, que una IAFAS puede contratar con una IPRESS.

(...).

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. - Vigencia

La presente Ley entra en vigencia luego de transcurrido un (01) año de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".

SEGUNDA. - Reglamentación

En un plazo no mayor de noventa (90) días hábiles contados desde el día siguiente de su publicación, el Poder Ejecutivo emite las disposiciones reglamentarias necesarias para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda cumplir las funciones de supervisión establecidas por la presente ley.

TERCERA. – Normas complementarias

El Poder Ejecutivo adecúa el Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Texto Único Ordenado de la Ley N.° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, a las modificaciones realizadas por la presente Ley, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

ÚNICA. - Durante el periodo de vacancia de la ley, las IAFAS que sobrepasen el 30% de acciones y derechos de propiedad sobre las IPRESS, o sobrepasen el 30% de prestaciones ofrecidas por sus PEAS, y servicios complementarios, por una IPRESS puedan adecuarse al porcentaje permitido.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

ÚNICA.- Deróganse las normas que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Lima, diciembre de 2022.

EDGARD REYMUNDO MERCADO
Directivo Portavoz
Grupo Parlamentario Cambio Democrático - Juntos por el Perú

SIGRID BAZAN NARRO
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

E. REYMUNDO

ISABEL CORTEZ AGUIRRE
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

RUTH LUQUE IBARRA
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

1.1. Los límites de la iniciativa privada y el derecho a la salud

El artículo 58 de la Constitución Política del Perú establece que la iniciativa privada es libre. Su ejercicio se enmarca en una economía social de mercado. Asimismo, el Estado orienta el desarrollo del país y "actúa principalmente en las áreas de promoción del empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos e infraestructura". Mientras tanto, el artículo 59 reconoce la libertad de empresa, pero advierte que su ejercicio no debe ser lesivo "a la moral, ni a la salud, ni a la seguridad pública".

Del texto constitucional, es claro que la iniciativa privada y la libertad de empresa son derechos que están limitados por el derecho a la salud, asunto prioritario y de cautela del Estado. Sobre este punto, el Tribunal Constitucional, en la sentencia recaída en el Expediente N° 2480-2008-PA/TC, ha desarrollado el contenido del derecho a la salud que bien supone límites a la práctica de otros derechos.

*"2.§ **El derecho a la salud***

5. *El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 7.° de la Constitución, según el cual todas las personas tienen el "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 protección del derecho a la salud** en el artículo 13.° de la Constitución **se plantea como un principio rector de la política pública, social y económica del Estado**, que se ejecuta a través del Poder Ejecutivo, el cual a su vez se encarga de diseñar, normar y supervisar su aplicación en forma plural y descentralizada.*

6. *En su dimensión de libertad, el derecho a la salud implica la facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica y social, así como de prevenirlo y restituirlo ante una situación de perturbación del mismo. Es decir, garantiza el derecho de las personas a alcanzar y preservar un estado de plenitud física, psíquica y social, razón por la cual el Estado debe efectuar acciones de prevención, conservación y restablecimiento, con la finalidad de que todas las personas disfruten del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para que tengan, cada día, una mejor calidad de vida y ello porque el concepto de persona humana comprende aspectos tanto materiales, físicos y biológicos, como espirituales, mentales y psíquicos.*

7. *En su dimensión prestacional, la salud es un derecho fundamental cuya satisfacción requiere de acciones prestacionales, que como lo prevé el artículo 11.° de la Constitución, pueden brindarse a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Por ello, debe reconocerse que la salud también es un servicio público de tipo asistencial, que requiere para su efectividad de normas presupuestales, procedimentales y de organización que hagan viable su eficacia en la práctica, de manera tal que **todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo y eficaz**.*

8. *En este contexto, la salud como servicio público garantiza que las prestaciones sean ofrecidas de modo ininterrumpido, constante e integral debido a que está de por medio la protección*

de derechos fundamentales, como la vida, la integridad y la dignidad humana. De este modo, la protección real y efectiva del derecho a la salud se garantiza mediante prestaciones eficaces, regulares, continuas, oportunas y de calidad, que también sean, simultáneamente universales e integrales.

9. *En tal sentido, todas las personas tienen el derecho de poder acceder al servicio de salud y* ***el Estado se encuentra obligado a organizar, dirigir, reglamentar, garantizar y supervisar su prestación de conformidad con los principios de continuidad en la prestación del servicio, eficacia, eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad y progresividad.*** *Ello es así porque la prestación del servicio de salud está conectada con la realización misma del Estado social y democrático de derecho y con la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad."*

De acuerdo con lo expuesto, la protección y promoción de la salud es un principio rector de la política "pública, social y económica" del Estado. Esto se traduce en que el Estado garantiza el derecho de los ciudadanos a alcanzar y mantener un estado pleno en los niveles físico, psíquico y social, por lo que conduce medidas de prevención, conservación y restablecimiento. Dada estas responsabilidades, el Estado está obligado a "organizar, dirigir, reglamentar, garantizar y supervisar su prestación de conformidad con los principios de continuidad en la prestación del servicio, eficacia, eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad y progresividad".

En línea con dichas obligaciones, según lo establecido por los artículos 6 y 9 del Decreto Supremo Nº 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, el Ministerio de Salud es el órgano rector y la instancia supervisora de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) es la Superintendencia Nacional de Salud, adscrita al sector salud.

Tanto el Ministerio de Salud, como ente rector, y la Superintendencia Nacional de Salud, como instancia supervisora, defienden, en particular, los intereses de los consumidores y usuarios en salud (artículo 65 de la Constitución Política del Perú). Esto es así porque la salud, al ser un servicio público, requiere especial atención sobre todo, cuando los ciudadanos se encuentran en desigualdad de condiciones frente las aseguradoras privadas en salud y las clínicas, o similares, por el poder corporativo, ya que los servicios de salud que no tienen sustituto y se ofrecen limitadamente en calidad y cobertura.

Esta situación se vuelve particularmente crítica cuando impacta negativamente en los costos que los usuarios deben asumir o por los derechos que pueden perjudicarse, como son la vida, la salud y la integridad física y mental. Sobre este punto el Tribunal Constitucional ha desarrollado ampliamente los derechos que a los consumidores les asiste. Por ejemplo, en la sentencia recaída en el Expediente N° 1865-2010-PA/TC, sostuvo que

"El artículo 65° de la Constitución reconoce la facultad de acción defensiva de los consumidores y usuarios en los casos de transgresión o desconocimiento de sus legítimos intereses; es decir, reconoce y apoya el atributo de exigir al Estado una actuación determinada cuando se produzca alguna forma de amenaza o afectación efectiva de los derechos del consumidor o del usuario, incluyendo la capacidad de acción contra el propio proveedor.

En dicha sentencia, el Tribunal Constitucional desarrolló diversos principios que se desencadenan del artículo 65 de la Constitución. De ellos, nos interesa resaltar los siguientes dos:

> *"a) El principio pro consumidor, que plantea la acción tuitiva del Estado a favor de los consumidores y usuarios en razón de las objetivables desventajas y asimetrías fácticas que surgen en sus relaciones jurídicas con los proveedores de productos y servicios.*
>
> *b) El principio de proscripción del abuso del derecho, que plantea que el Estado combate toda forma de actividad comercial derivada de prácticas y modalidades contractuales perversas que afectan el legítimo interés de los consumidores y usuarios".*

El rol del Estado es patente. No puede desligarse de su responsabilidad de garantizar el efectivo cumplimiento del derecho a la salud, por ser un servicio público.

1.2. Problemática que pretendemos abordar

De acuerdo con el Banco Mundial[1], la vinculación entre empresas recaudadoras de fondos (aseguradoras, por ejemplo) con las prestadoras de salud (IPRESS) es de comprador-proveedor. La actividad que uniría, entonces, a ambas instituciones es la compra de servicios de salud. Esto puede lograrse a través de un esquema en el cual el proveedor de servicios de salud (una clínica, por ejemplo) es independiente de los fondos que les paga por ofrecerlos. Otro esquema -que es el que pretendemos regular- es el de la articulación vertical, en la que los proveedores son empleados del fondo.

Sobre este último esquema, el Banco Mundial sostiene que lo que se busca es la independencia entre quien dirige, financia y provee servicios de salud en el sector privado; sin embargo "el sector privado se ha enrumbado hacia una integración vertical en la que los financiadores privados, como las aseguradoras y administradoras de fondos de salud, tienen o adquieren clínicas, laboratorios, boticas y otros proveedores de servicios tales como imagenología médica (rayos X y otros)"[2]. El mapa de este esquema lo plantea el órgano financiero mundial en el siguiente cuadro[3].

Financiador privado	Vinculado a IAFA EPS	IPRESS vinculadas
Pacífico Seguros (Grupo Credicorp) Red Sanna	Pacifico Salud EPS, 1999	74 centros médicos, 5 clínicas, 2 cadenas de laboratorios, en el norte y sur. Clínicas San Borja y Golf en Lima, Sánchez Ferrer en Arequipa y Belén en Piura. Asociación con Banmédica de Chile (2014): Clínica San Felipe, Cadena de Laboratorios Roe, Laboratorios Arias Stella.
Rímac Seguro	Rimac EPS, 1998	Cadena de 17 centros médicos "Medicentros",

[1] Banco Mundial (2016). *Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021.*
[2] Ídem, página 101.
[3] Ibidem, 101-102.

(Grupo Breca)		Clínica Internacional, 1 Clínica Oncológica en Miraflores. Asociación con Grupo Guerrero de Chile.
Oncosalud S.A.C.(*) y Fondo Inversiones Enfoca (Grupo Salud del Perú). Red Aunna.	No tiene	22 empresas de servicios de salud adquiridos, Clínica Delgado, Cadena de Laboratorios Cantella. Clínicas Bellavista y Miraflores en Piura, Vallesur en Arequipa, Servimédicos en Chiclayo.
Mapfre Seguros	Mapfre EPS, 2006	4 empresas de servicios de salud entre centros médicos y boticas en Lima, Callao y Chiclayo
La Positiva Seguros y Sanitas (Grupo de Inversiones en Salud)	La Positiva EPS, 2012	2 empresas de servicios de salud, Policlínicos en Lima y Arequipa. Asociación con Sanitas de España, vinculado al grupo inglés Bupa
Compañía Cruz Blanca, inversiones	No tiene	7 empresas de servicios de salud, Diagnóstico de Imágenes Resomasa, Laboratorios Anglomad y Centro Ambulatorio Mediperú. Inversionistas chilenos
Prepaga Ricardo Palma	No tiene	6 empresas de servicios de salud en centros comerciales, Clínica Ricardo Palma
Prepaga San Pablo	No tiene	16 empresas de servicios de salud, complejo hospitalario San Pablo. Clínicas San Gabriel, San Juan Bautista, Jesús del Norte, Santa María del Sur, y Chacarilla en Limay filiales en Trujillo y Huaraz.

La articulación vertical en salud, siendo una modalidad de organización empresarial que implica la adquisición de empresas que intervienen en etapas sucesivas de distribución o producción por una sola sociedad mercantil[4], ocasiona serias consecuencias cuando ocurre en servicios públicos, como la salud.

De acuerdo con Bardey y Buitrago[5] y la OCDE[6], la articulación vertical tiene, por lo menos, tres impactos notorios. En primer lugar, eleva los costos de competidores que deciden no plegarse al modelo. En segundo lugar, permite que existan contratos de exclusividad de

[4] Posner, Richard (1998). *Análisis Económico del Derecho* (Segunda edición en español de 2007, primera reimpresión de 2013 ed.). (E. Suarez, Trad.), página 492-493.
[5] Bardey, D. y Buitrago, G. (2016). *Integración vertical en el sector colombiano de la salud.* Revista Desarrollo y Sociedad (77), 231-262.
[6] OCDE. (2015). *OCDE Reviews of Health Systems: Colombia 2016.* OCDE Publishing.

contratos entre IAFAS e IPRESS, los cuales desincentivan mejoras en la calidad de las prestaciones y refuerza el poder de mercado de quienes adoptan esta práctica. Y, en tercer lugar, dificulta la vigilancia y control del sistema de salud.

En el contexto peruano, la desregulación ha propiciado el abuso de las IAFAS e IPRESS. Durante el periodo más álgido de la pandemia, las clínicas privadas, influenciadas por las aseguradoras, inflaron los precios de sus atenciones y medicamentos, hasta colocarlas por encima del doble de su costo real, según reporte de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia (CLC) del Indecopi[7]. El caso llegó a tal escándalo[8] que el entonces presidente de la República, Martín Vizcarra, amenazó con usar la figura del artículo 70 de la Constitución Política del Perú referida a la expropiación[9].

1.3. La regulación de la articulación vertical al nivel comparado

Colombia regula la articulación vertical en el mercado de la salud privada en la Ley N° 1122, de fecha 09 de enero de 2007. El artículo 15 de la norma establece lo siguiente:

> ***"Artículo 15. Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante***
>
> *Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.*
>
> *El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.*
>
> *Dese un período de transición de un (1) año para aquellas EPS que sobrepasen el 30% de que trata el presente artículo para que se ajusten a este porcentaje".*

La norma, pionera en la región, motivó la discusión en el ámbito público, ya que, por un lado, favorecería a los usuarios, y, por el otro, parecía que perjudicaba a la libertad de empresa. Es así que el sector de Empresas Prestadoras de Salud (EPS) del país presentó una demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 15 de la Ley 1122.

La Corte Constitucional de Colombia[10] concluyó que el artículo bajo análisis es conforme a la Constitución, respecto a dos sentidos. El primero, "en el entendido de que las limitaciones de contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS, no debe impedir que los afiliados y beneficiarios de una determinada EPS, escojan libremente recibir los servicios médicos prestados por las IPS propias de dicha EPS y que tales servicios le sean efectivamente suministrados. En todo caso, se atenderán los eventos de urgencia". Y, segundo, respecto al tercer párrafo del artículo "en el entendido de que dicho plazo comienza a contarse a partir del momento en el que, con base en los criterios objetivos que determine

---

[7] Revisar el reporte en el siguiente enlace: https://www.gob.pe/institucion/indecopi/informes-publicaciones/2133505-mercado-de-comercializacion-minorista-de-medicamentos-en-clinicas
[8] Ver la nota de la BBC de Londres: https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53185216
[9] Vease en: https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-peru-idLTAKBN23V33X
[10] Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-1041-07.htm#:~:text=C%2D1041%2D07%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=La%20integraci%C3%B3n%20vertical%20es%20una,y%20comparten%20un%20mismo%20propietario.

previamente la Superintendencia Nacional de Salud, ésta le notifique a la EPS respectiva, que debe ajustar su integración vertical al 30%."

La Corte Constitucional de Colombia tomó en cuenta las razones que llevaron a los legisladores y Ejecutivo plantear la norma: "En lo que concierne a la finalidad de la medida, un detenido examen de los antecedentes legislativos evidencia que, efectivamente, con la adopción del artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, el Gobierno Nacional y el Congreso de la República, perseguían la consecución de tres fines específicos y complementarios. En primer lugar, y ante todo, mejorar la calidad del servicio de salud en Colombia. De igual manera, se pretendió evitar y controlar abusos de posición dominante que las EPS pudiesen realizar en el futuro, o realizan, en el mercado. Por último, se buscó ayudar a superar la crisis por la que atraviesa el sector público de salud en Colombia".

Sobre dicha base, la Corte sostuvo que "si bien existen algunos argumentos a favor del modelo pleno de integración vertical entre las EPS y sus propias IPS, también lo es que los estudios demuestran que ese modelo empresarial, mediante el cual se abaratan los costos, no necesariamente redundan en una mejor calidad del servicio de salud que se presta a los usuarios del sistema". En suma, prosigue el Tribunal, "mediante la adopción del artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 se pretende evitar situaciones de abuso de la posición dominante de las EPS en el mercado, mediante la introducción de una limitante al funcionamiento de un modelo empresarial de integración vertical".

Por otro lado, en Chile[11], el Decreto con Fuerza de Ley 1, del 24 de abril 2006, establece lo siguiente:

> ***Artículo 173.-*** *Las Instituciones [de Salud Previsional] tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.*
>
> *Las Instituciones no podrán celebrar convenios con los Servicios de Salud a que se refiere el Libro I de esta Ley, para el otorgamiento de los beneficios pactados.*
>
> *No obstante lo dispuesto en el inciso precedente, podrán celebrarse convenios que se refieran específicamente a la utilización de pensionados, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia, los que a su vez podrán comprender la realización de intervenciones quirúrgicas o exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico.*
>
> *Estos convenios podrán ser celebrados por cada Servicio de Salud con una o más Instituciones y en ellos los valores de esas prestaciones serán libremente pactados por las partes. En todo caso, ni la celebración ni la ejecución de estos convenios podrá ser en detrimento de la atención de los beneficiarios legales, quienes tendrán siempre preferencia sobre cualquier otro paciente.*
>
> *Sin perjuicio de lo anterior, en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las Instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial. Si no existiere convenio, el valor será aquel que corresponda al arancel para personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley, a que se refiere el artículo 24 de la Ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente otorgadas.*
>
> *Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará también respecto de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado. El valor a pagar por las instituciones será el que corresponda al pactado; en caso de no existir convenio, se utilizarán los precios establecidos por el establecimiento asistencial que otorgó las atenciones.*

---

[11] Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177&idVersion=2021-06-14

En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al plan de salud convenido.

Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Con todo, los prestadores de salud no podrán consultar sistemas de información comercial de ningún tipo, ni aun con el consentimiento del paciente, para efectos de condicionar o restringir una atención de urgencia.

Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de estos, si una vez transcurrido el plazo de treinta días hábiles desde que la ISAPRE ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha enterado dicho monto directamente a la Institución de Salud Previsional.

La regulación chilena, va mucho más allá que la colombiana. La norma, en su primer párrafo, prohíbe que las Instituciones de Salud Previsional tengan injerencia con la prestación de los servicios que ofrecen en sus planes de salud. De hecho, la disposición es tajante: "*en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores*".

1.4. Nuestro proyecto de Ley

La presente propuesta de Ley mira por primera vez al paciente o usuario de los servicios de salud. Este enfoque centra su atención en la mejora de la provisión de los servicios de salud, a través de la promoción de la competencia en el sector del aseguramiento privado en salud a través de dos frentes: 1) la reducción de la posibilidad de las aseguradoras de constituir o adquirir acciones o derechos de propiedad de IPRESS (clínicas, centros de diagnósticos, farmacias, etc) y 2) el tope de prestaciones que las IPRESS puedan contratar con las aseguradoras privadas.

En ese sentido, proponemos principalmente dos artículos:

1. Ninguna persona natural o jurídica puede ser titular, simultáneamente, ya sea directa o indirectamente, de más del 30% de acciones y derechos de propiedad entre IAFAS e IPRESS.
2. Las IAFAS no podrán contratar, directa ni indirectamente, más del 30% de las prestaciones de las PEAS, y servicios complementarios, con una IPRESS.

Asimismo, se propone que el ente encargado de velar por el cumplimiento de dicha norma sea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. De esta forma, se plantea la modificación del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, con la finalidad de otorgarle a SuSalud la competencias funcionales para realizar controles previos y posteriores de la establecido en el presente Proyecto de Ley.

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

La presente propuesta de ley tiene por objeto regular la articulación vertical económica entre Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), con la finalidad de garantizar el acceso a las prestaciones del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y sus planes complementarios, en mejores condiciones de calidad, dignidad, equidad, oportunidad y eficiencia, a través de la regulación de la articulación vertical económica entre IAFAS e IPRESS.

En esa medida, la regulación del acceso a la propiedad de las IPRESS por parte de las IAFAS y de la contratación de servicios de IPRESS por las IAFAS permite evitar el control económico de las compañías de seguros sobre las clínicas, centros de diagnóstico, entre otros, y, con ellos, influenciar negativamente en las decisiones médicas y en el acceso efectivo a las prestaciones de salud de los ciudadanos que contratan pólizas de seguros de salud.

Dicho esto, la propuesta de ley plantea dos artículos que regulan la adquisición de acciones y derechos de propiedad de las IPRESS por parte de las IAFAS, hasta un límite del 30%, y la contratación de IPRESS por las IAFAS para la provisión de PEAS, y servicios complementarios, hasta un límite de 30% de prestaciones, respectivamente.

Asimismo, se plantea la modificación de los artículo 8 y 9 del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. En cuanto al artículo 8, en su versión modificada, se plantea la ampliación de las funciones generales de la Superintendencia Nacional de Salud; mientras que el artículo 9, en su versión modificada, incluye tres incisos que agregan nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud sobre las empresas de seguros. A continuación, se detallan estos cambios en el siguiente cuadro comparativo.

Decreto Legislativo N° 1158	TEXTO MODIFICADO
Artículo 8.- Funciones Generales Son funciones de la Superintendencia Nacional de Salud las siguientes: 1. Promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como los que correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de	**Artículo 8.- Funciones Generales** Son funciones de la Superintendencia Nacional de Salud las siguientes: 1. Promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, **a través de la autorización previa, y control posterior, de la adquisición de acciones y derechos de propiedad y de los vínculos contractuales entre IAFAS e IPRESS; y** supervisando que las prestaciones sean

dicha relación. (...)	otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como los que correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación. (...)
Artículo 9.- Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referidas a las Empresas de Seguros y AFOCAT Las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre las Empresas de Seguros antes mencionadas, se circunscriben a: 1. Los procesos asociados a la prestación de servicios de salud en las IPRESS que brinden los servicios a los asegurados; 2. El cumplimiento de las condiciones que se deriven de los convenios o contratos suscritos con los asegurados o con las entidades que los representen. 3. El cumplimiento y la regulación de los contratos o convenios suscritos con las IPRESS; así como la oportunidad de pago a sus proveedores y prestadores. Será materia de regulación en los contratos, los siguientes aspectos: auditoría médica, guías de diagnóstico y tratamiento, códigos y estándares de información y solución de controversias. (...)	**Artículo 9.- Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referidas a las Empresas de Seguros y AFOCAT** Las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre las Empresas de Seguros antes mencionadas, se circunscriben a: 1. Los procesos asociados a la prestación de servicios de salud en las IPRESS que brinden los servicios a los asegurados; 2. El cumplimiento de las condiciones que se deriven de los convenios o contratos suscritos con los asegurados o con las entidades que los representen. 3. El cumplimiento y la regulación de los contratos o convenios suscritos con las IPRESS; así como la oportunidad de pago a sus proveedores y prestadores. Será materia de regulación en los contratos, los siguientes aspectos: auditoría médica, guías de diagnóstico y tratamiento, códigos y estándares de información y solución de controversias. **4. La aprobación previa de la adquisición de acciones y derechos de propiedad de una IPRESS, hasta el límite de 30%.** **5. La aprobación previa de los contratos o convenios suscritos con las IPRESS, referidas a las prestaciones de sus PEAS,**

	y servicios complementarios, hasta un límite de 30%. **6. La supervisión de oficio o por la interposición de reclamos, quejas y denuncias del cumplimiento del límite de 30% de acciones y derechos de propiedad que una IAFA puede adquirir de una IPRESS, o del cumplimiento del límite de 30% de prestaciones de las PEAS, y servicios complementarios, que una IAFAS puede contratar con una IPRESS.** (...).

Por otro lado, la propuesta de ley presenta tres disposiciones complementarias finales. La primera establece que la norma entra en vigencia luego de transcurrido un (01) año de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano". La segunda, que un plazo no mayor de 90 días hábiles, contados desde el día siguiente de su publicación, el Poder Ejecutivo reglamenta la implementación de norma. Tercero, que el Poder Ejecutivo adecúa el Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Texto Único Ordenado de la Ley N.° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, a las modificaciones realizadas por la Ley, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

Finalmente, la única disposición complementaria transitoria fija que durante el periodo de vacancia de la ley, las IAFAS que sobrepasen el 30% de acciones y derechos de propiedad sobre las IPRESS, o sobrepasen el 30% de prestaciones ofrecidas por sus PEAS, y servicios complementarios, por una IPRESS puedan adecuarse al porcentaje permitido.

III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa no genera costos económicos adicionales al erario nacional por cuanto no tiene efectos en el presupuesto económico de las entidades públicas. Esto porque se aboca a la regulación de la articulación vertical económica generada entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del sector privado.

Ciertamente, se otorga la competencia a la Superintendencia Nacional de Salud para que realice el control previo y continuado de la adquisición de acciones y derechos de propiedad de las IPRESS por parte de IAFAS y de la suscripción de contratos o convenios en los que las IAFAS distribuyen el cumplimiento de sus PEAS, y servicios complementarios, por una IPRESS. Estas acciones de control están sujetas a los recursos financieros y humanos que ya posee la Superintendencia. De este modo, no irroga gastos adicionales al Sector salud.

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

La presente iniciativa legislativa se vincula con la 13° Política de Estado del Acuerdo Nacional, relativa al Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, la misma que señala:

> "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"[12].

Asimismo, de acuerdo al artículo 1 de la Resolución Legislativa del Congreso 002-2022-2023-CR, guarda relación con el tema N° 40 "Reforma y modernización del sistema de salud" y el tema N° 42 "Mejora en el servicio de salud" de la Agenda Legislativa para el Período Anual de Sesiones 2022-2023, aprobada mediante Resolución Legislativa del Congreso 002-2022-2023-CR.

---

[12] Acuerdo Nacional. Políticas de Estado. Recuperado de: http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/