



**PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE
MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA
TRANSPARENCIA Y ERRADICAR EL
APROVECHAMIENTO ECONÓMICO
ABUSIVO DE LAS CLÍNICAS PRIVADAS**

El congresista de la República, **DANIEL OSEDA YUCRA**, integrante del grupo parlamentario Frente Popular Agrícola FIA del Perú, FREPAP, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa reconocido en el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y, en concordancia con los artículos 22 inciso c), 67, 75 y 76 del Reglamento del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de ley:

FÓRMULA LEGAL

**LEY QUE ESTABLECE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA TRANSPARENCIA Y
ERRADICAR EL APROVECHAMIENTO ECONÓMICO ABUSIVO EN LAS CLÍNICAS
PRIVADAS**

Artículo 1. Objeto

El objeto de la presente ley es establecer disposiciones que garanticen la transparencia, el derecho a la información y la protección de los/as usuarios/as de los servicios de salud brindados por establecimientos de salud de titularidad privada, en adelante, establecimientos privados.

Artículo 2. Finalidad

La presente ley tiene por finalidad garantizar la transparencia de la información en la prestación de los servicios de salud brindados por establecimientos privados, para que, se priorice la atención del derecho a la salud, sobre cualquier interés económico desproporcionado, abusivo o contrario al principio de solidaridad, reconocido en la jurisprudencia constitucional respecto de la vigencia de los derechos sociales.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

3.1 La presente ley es de aplicación general a todos los establecimientos privados que, a nivel nacional, brindan servicios de salud.

3.2 La presente ley establece disposiciones de obligatorio cumplimiento para la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud, quienes en la presente ley están comprendidos en el concepto de autoridad estatal competente.

3.3 La normativa vigente sobre la transparencia de información y protección de los/as usuarios/as se aplica de manera complementaria, si guarda compatibilidad con lo establecido en la presente ley.

Artículo 4. Transparencia de la información

4.1. La información presentada por los establecimientos privados a la entidad estatal competente tiene carácter de declaración jurada, sujeta a fiscalización posterior.

4.2. La información que brinden los establecimientos privados a los usuarios/as respecto del contrato o documento que detalla los costos de prestación del servicio de salud, cumple las mismas características señaladas en el numeral anterior.

4.3. El Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, debe crear y mantener actualizada de manera permanente una página web para que las clínicas puedan informar a los usuarios sobre el costo real y detallado del servicio que brindan, con la finalidad de que se acceda y se evalúe la información y, con ello, se pueda reclamar lo que corresponda ante la entidad competente.

Artículo 5. Información sobre prestaciones y costos

5.1. Los establecimientos privados informan, a requerimiento de los usuario/as o de la autoridad estatal competente, sobre el costo de cada una de las prestaciones, desagregando todos los conceptos que permitan tener conocimiento real y oportuno sobre la diferencia entre los respectivos costos y las utilidades.

5.2. La información referida en el numeral anterior incluye, como mínimo, lo siguiente:

a) El desagregado de los costos fijos y variables que comprende el servicio de salud, así como las sumas totales de tales costos.

b) El detalle de los costos señalados en el literal anterior incluye la respectiva justificación probatoria, a fin de que los usuarios/as puedan interponer los reclamos correspondientes ante la vía administrativa.

A solicitud de la autoridad estatal competente, los establecimientos privados brindan información sobre los estados financieros siguientes: el balance general, el estado de cambios en el patrimonio neto, el estado de flujos de efectivo, o el estado de ganancias y pérdidas.

Artículo 6. Derecho a la intimidad personal

Los conceptos de remuneraciones del personal de los establecimientos privados se informan considerando un único monto consolidado por cada uno, a fin de no afectar indebidamente el derecho a la intimidad personal de dichos trabajadores.

Artículo 7. Derecho de los/as usuarios/as

Si los/as usuarios/as no están de acuerdo con el contrato o documento que detalla los costos de prestación del servicio de salud, no lo reciban, el establecimiento privado les informe que no cuenta con este, o se advierta un aprovechamiento económico abusivo, pueden:

(i) Resolver el contrato o documento que detalla las condiciones y/o costos de prestación del servicio de salud. En este caso, procede la devolución del dinero cobrado de forma indebida, estando obligado el establecimiento privado a informar a los usuarios/as sobre el procedimiento que estos pueden iniciar ante la Superintendencia Nacional de Salud. Los establecimientos privados no pueden obligar a los/as usuarios/as a renunciar, de manera previa, a la devolución de dichos conceptos; es nulo el pacto en contrario.

(ii) Sujetarse a las condiciones del establecimiento privado, sin perjuicio que, de considerarlo conveniente, acudan a las instancias administrativas o judiciales que correspondan.

Artículo 8. Aprovechamiento económico abusivo

Sin perjuicio de los alcances y aplicación de las cláusulas abusivas, la Superintendencia Nacional de Salud, al momento de evaluar el aprovechamiento económico abusivo, considera, entre otros, los siguientes aspectos:

(i) Buena fe y justa proporcionalidad entre los derechos y obligaciones de los establecimientos privados y los/as usuarios/as.

(ii) La afectación o grave riesgo a la salud que se genere como consecuencia de la falta de accesibilidad al servicio de salud, por el respectivo cobro abusivo.

(iii) La diferencia irracional entre los costos del servicio de salud y la ganancia del establecimiento privado.

(iv) La utilización de recursos públicos gratuitos en los procedimientos de salud, cuya ventaja no fue trasladada a los/as usuarios/as al momento del cobro.

(v) Ausencia o insuficiencia de criterios de reciprocidad y solidaridad en el cobro en situaciones de emergencia sanitaria.

(vi) Cobro excesivo de medicamentos con relación al monto promedio de los mismos en su venta externa.

Artículo 9. Supervisión o fiscalización

7.1 Las obligaciones desarrolladas en la presente norma son supervisadas o fiscalizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, con la finalidad de salvaguardar los derechos de los/as usuarios/as del servicio de salud, sin perjuicio de las facultades con las que cuenta el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual.

7.2 Constituyen infracciones administrativas graves las contravenciones de las obligaciones de transparencia de la información, de las medidas de protección y de las demás obligaciones establecidas en la presente ley; lo que debe ser observado en la aplicación del respectivo procedimiento sancionador previsto en el Decreto Legislativo 1158.

7.3 En el marco de las acciones de supervisión o fiscalización e, incluso, una vez iniciado un procedimiento administrativo sancionador por incumplir las obligaciones desarrolladas en la presente norma, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante decisión debidamente motivada y observando el principio de proporcionalidad, queda habilitada para dictar medidas correctivas inmediatas con la finalidad de salvaguardar el derecho a la salud de los/as usuarios/as en los establecimientos privados.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Modificación del Decreto Legislativo 1158

Modifícase los artículos 8, numeral 10, y 11 del Decreto legislativo 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, con el siguiente texto:

“Artículo 8.- Funciones Generales

Son funciones de la Superintendencia Nacional de Salud las siguientes:

(...)

14. Identificar las cláusulas abusivas o el aprovechamiento económico abusivo en los contratos o convenios que suscriben las IPRESS privadas con los usuarios, así como aquellos que suscriben las IAFAS con los asegurados o entidades que los representen, según las disposiciones legales en materia de Protección y Defensa del Consumidor, con excepción de las pólizas de seguros de las Empresas de Seguros bajo el control de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones”.

(...).

Artículo 11.- Tipos de Sanciones

La Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la gravedad de la infracción cometida, puede imponer a las IAFAS, IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS, vinculadas al Sistema Nacional de Salud, los siguientes tipos de sanción:

(...)

b. Multa hasta un monto máximo de quinientas (500) UIT. El aprovechamiento económico indebido por parte de una IPRESS privada en una situación de emergencia sanitaria, en todo supuesto, genera la multa máxima de quinientas (500) UIT, pudiendo aplicarse la sumatoria de multas por cada inconducta.

(...)”.

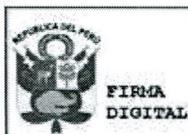
SEGUNDA. Reglamentación

Mediante Decreto Supremo, el Ministerio de Salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de la presente norma, aprueba el reglamento de la presente ley.

TERCERA. Financiamiento

La implementación de la presente ley se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al tesoro público.

Lima, junio de 2020.



Firmado digitalmente por:
BENITES AGURTO ALFREDO
FIR 42930319 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 17:09:10-0500



Firmado digitalmente por:
OSEDA YUCRA DANIEL FIR
43762724 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 15:53:23-0500



Firmado digitalmente por:
HUAMANI MACHACA Nelly FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 20:24:23-0500

DANIEL OSEDA YUCRA
Congresista de la República



Firmado digitalmente por:
RETAMOZO LEZAMA MARIA
CRISTINA FIR 41854380 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 15:50:54-0500



Firmado digitalmente por:
GUTARRA RAMOS Robledo Noe
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 16:07:33-0500



Firmado digitalmente por:
AYQUIPA TORRES JULIA
BENIGNA FIR 21425681 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 16:41:38-0500



Firmado digitalmente por:
MACHACAMAMANI Raul FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 17:38:14-0500



Firmado digitalmente por:
CAYLLAHUA BARRIENTOS
WILMER FIR 08773748 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/06/2020 18:09:26-0500

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 15 de JUNIO del 2020...

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 5490 para su estudio y dictamen, a la(s) Comisión(es) de DEFENSA DEL CONSUMIDOR y ORGANISMOS REGULADORES DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS.



JAVIER ANGELES ILLMANN
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Decreto legislativo 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, establece como funciones, entre otras, de esta entidad (artículo 8), “promover la participación y vigilancia ciudadana y propiciar mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad”, así como “supervisar la calidad, oportunidad, disponibilidad y transparencia de la información generada u obtenida por las IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud), IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) y Unidades de Gestión de IPRESS”. Por si esto no fuera suficiente, se precisa que la superintendencia se encarga de “identificar las cláusulas abusivas en los contratos o convenios que suscriben las IAFAS con los asegurados (...)”.

Dichas competencias guardan plena armonía con la propia naturaleza jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, en tanto órgano que debe proteger y defender los derechos de los ciudadanos al acceso a los servicios de salud, “supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, **con independencia de quien la financie**”¹ (el resaltado es nuestro).

Entonces, a la fecha, existe en el ordenamiento normativo peruano un órgano especializado encargado de velar por la correcta prestación del servicio de salud a nivel nacional, lo que comprende a las entidades públicas, pero también a las privadas. De hecho, la norma pone especial énfasis en estas últimas, pues no solo regula los límites de los IPRESS, sino también a las aseguradoras de servicios de salud. Para ello, se han fijado, además de sus competencias, facultades de orden sancionador, definiéndose en el artículo 10 del decreto legislativo antes citado, que la superintendencia tiene potestad sancionadora sobre toda acción u omisión que afecte: “i) **el derecho a la vida, la salud, la información de las personas usuarias** de los servicios de salud y la cobertura para su aseguramiento, y; ii) **los estándares de acceso**, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas” (el resaltado es nuestro). Incluso, este órgano puede implementar medidas correctivas para prevenir corregir o revertir los resultados negativos de la respectiva conducta infractora.

En concordancia con lo anterior, la Ley 26842, Ley General de Salud, establece que **la protección de la salud es de interés público**, siendo el Estado responsable de regularla, vigilarla y promoverla (artículo II). Asimismo, el artículo VI señala que es “de interés público la provisión de servicios de salud, **cualquiera sea la persona o institución que los provea** (el resultado es nuestro). Entonces, no existe duda alguna que, en todos los casos los servicios de salud revisten interés público, lo que incluye al ámbito privado.

¹ Artículo 1 del Decreto Legislativo 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Dicha regulación es consecuencia del reconocimiento constitucional de la salud como derecho fundamental. Así, el artículo 7 prevé: “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”; y el artículo 9 manda: “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**” (el resaltado es nuestro).

Con relación a lo anterior y para que no quede ninguna duda de la eficacia del derecho a la salud como derecho fundamental, el Tribunal Constitucional, en tanto supremo intérprete de la Constitución, ha sido enfático en afirmar que “La salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida; y la vinculación entre ambos es irresoluble”². En esta misma sentencia, se definió que los derechos sociales “deben interpretarse como verdaderas garantías del ciudadano frente al Estado (...) Así, en algunos casos han sido planteados incluso como **deberes de solidaridad que involucran no solo obligaciones del Estado, sino de toda la sociedad** (...) Esta nueva visión de los derechos sociales permite reconocer, en su contenido esencial, **principios como la solidaridad y el respeto a la dignidad de la persona**, los que, a su vez, constituyen pilares fundamentales del Estado social de derecho”³.

Así las cosas, es incuestionable que el servicio de atención del derecho a la salud, aun cuando sea brindado por un particular, es un asunto de manifiesto interés público. No solo porque existe una dimensión objetiva en la protección del derecho a la salud, sino, además, porque sus efectos en derechos como la vida o la integridad personal hacen de él un derecho, cuyo contenido necesariamente involucra la presencia de principios como la solidaridad y la dignidad de la persona. Precisamente, porque el derecho a la salud tiene incidencia en la dignidad de la persona (pues le permite desarrollar sus demás derechos), su ejercicio no es de exclusiva atención del Estado, pues la dignidad de la persona, por mandato constitucional (artículo 1), es el fin supremo de la **sociedad** y del Estado.

Bajo tales circunstancias, el Estado no puede desatender su labor de control y supervisión de la prestación del servicio de salud en las entidades privadas. La salud, como los demás derechos sociales, no pueden ser tratados como meros bienes de comercio, donde el fin lucrativo pueda tener prevalencia sobre aspectos esenciales del modelo democrático, como son los derechos humanos a la vida, a la salud y a la integridad. La libertad de empresa, en todo supuesto, cede a la protección del derecho a la salud, como obligación nacional e internacional del Estado peruano.

En efecto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconocen ampliamente la garantía del derecho a la salud como obligación de los Estados.

² Sentencia del Tribunal Constitucional 2945-2003-AA/TC, caso Azanca Alhelí Meza García, fundamento jurídico 6.

³ Fundamentos jurídicos 13 y 15 de la sentencia 2945-2003-AA/TC.

A mayor abundamiento, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el derecho a la salud es un derecho fundamental de la persona, siendo que “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia **cooperación de las personas** y de los Estados. (...) **Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público** son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Además, la citada posición fue complementada con la Observación General N° 14, de 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (ONU), sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Aquí, se precisó que el derecho a la salud, respecto a los establecimientos de salud, comprende: “b. Proteger: adoptando medidas -como la regulación-, para **impedir que terceros (actores no estatales), interfieran en el disfrute del derecho a la salud**. c. Cumplir: tomar medidas -como leyes, políticas u otras-, para dar plena efectividad al derecho a la salud”.

No obstante, que existe normativa internacional, constitucional y legal sobre el derecho a la salud y hasta un organismo sancionador que debe velar por la prestación adecuada del servicio de salud en los ámbitos público y privado, la realidad es muy lamentable. La salud en el ámbito privado es, en la práctica, un mero negocio lucrativo, que data de hace más de dos décadas en nuestro país, persistiendo el aprovechamiento de las clínicas privadas y permitiendo el enriquecimiento de pequeños grupos de poder económico.

Si bien es cierto la problemática del sector Salud es un proceso acompañado de decisiones políticas que buscan el bienestar social, la pandemia ha desnudado la precariedad de los servicios públicos, en donde las empresas privadas, dueñas de las principales clínicas privadas a nivel nacional, han visto un negocio “redondo” y, ello se refleja en los altos montos de sus coberturas de salud por el Covid 19, las hospitalizaciones, las atenciones de pacientes derivadas por los convenios de EPS, la realización de las pruebas moleculares y los altos costos de medicinas para el tratamiento de pacientes con COVID 19.

El propio ministro de Salud, Víctor Zamora, señaló que es lamentable que las clínicas cobren por pruebas COVID 19 que el Instituto Nacional de Salud procesó gratis, señalando que las mismas se han aprovechado para cobrar por un bien que es público, que es para el bienestar de la población, que es para luchar contra una amenaza de todos⁴. A pesar de tantos pronunciamientos, sumados a los realizados por la jefa del Comando Covid 19, Pilar Zametti, que acusó de traición a la patria a los que especulan con los medicamentos y a las clínicas que realizan cobros indebidos ante el COVID-19⁵, los sobrecostos de medicamentos, de pruebas moleculares, de balones de oxígeno, en general, no ha cambiado. La situación sigue igual, incluso peor, en donde el perjudicado siempre es el paciente.

⁴ Entrevista al Ministro de Salud en TV Perú, Lima, 6 de junio de 2020.

⁵ Entrevista otorgada en el diario La República, Lima, 7 de junio de 2020.

Los pacientes que, con mucha suerte, tienen seguro particular, se han visto en la necesidad de reevaluar dichas afiliaciones, pues por ejemplo, se conoce de aquellos que fueron contagiados con el COVID 19 y se atendieron en una clínica, cuyo monto de atención por un mes costó aproximadamente 200 mil soles, debiendo pagar para el respectivo ingreso un promedio de 60 mil soles, situación que debe merecer un control razonable, pues los pacientes pagan, literalmente, los caprichos de las clínicas privadas.

Al respecto, debe recordarse que, en mayo de 2012, los dueños de los conglomerados más importantes del país cerraron el gran negocio de compra de clínicas limeñas. Si bien, se escuchaba la preocupación de que el sector Salud regulara los procesos de concentración empresarial, los funcionarios no hicieron nada. Todo lo contrario, permitieron que ESSALUD contrate con mayor frecuencia con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y el Estado, en general, contrate con las grandes aseguradoras los seguros para su personal, convirtiendo en un negocio rentable la venta de servicios al Seguro Integral de Salud (SIS), financiado por el Estado, en la medida que aumentan los pacientes afiliados al sistema público de cobertura médica y los hospitales están saturados para atenderlos. Estas concentraciones en el Perú, lejos de proteger a los pacientes y los recursos del Estado, han enriquecido a los grupos de poder que, en la mayoría de casos, son propietarios de los bancos, convirtiéndose en los principales inversionistas del sector privado de la salud.

La Ley de Aseguramiento Universal en Salud ha originado que los ocho grupos más poderosos ofrezcan seguros a costos bajos, pero que, en la realidad, no cubren los gastos necesarios para afrontar una enfermedad, pues dicha norma ha ampliado el número de peruanos con seguro médico, por lo que la Asociación de Clínicas Particulares del Perú, en palabras de su presidente en un medio local, señaló que es una buena norma, pues permite abrir oportunidades de mercado para que el sector privado empiece a prestar servicios al Seguro Integral de Salud y a Essalud.

En efecto, dichos grupos económicos compiten desde el 2011 por la concentración de clínicas, centros médicos y laboratorios, todo por disputarse las ganancias de la atención de dos millones de pacientes del sector privado de la salud. Los grupos Credicorp y Breca dominan un negocio que maximiza sus ingresos, mientras toman el control de todos los eslabones de la asistencia médica de los usuarios, siguiéndole el camino los grupos Salud del Perú, La Positiva – Sanitas, Mapfre, Cruz Blanca, Ricardo Palma y San Pablo.

Ello conlleva a que la mayoría de ingresos de las clínicas privadas sean por el negocio que tienen con el Estado, no importando que la afiliación sea el negocio de ahora sino los convenios mediante EPS, debiendo aceptar los montos y tarifarios que establecen, pues no hay otra opción para el sector Salud, situación que se ha visto claramente graficada con la situación del virus del COVID 19. Podríamos decir que contratar con una EPS es lo mejor para un paciente, debido a que el servicio debe ser el mejor, por tratarse de una clínica, sin embargo, dicha situación no es cierta. A la fecha, según informe del portal web Ojo Público, existen 32 clínicas con multas por más de diez millones de soles en el Instituto

Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi) por malas prácticas de atención a sus pacientes⁶.

La lista de empresas sancionadas la encabeza Oncosalud, las clínicas Ricardo Palma, San Pablo, Internacional y San Gabriel, por el número de multas acumuladas. Sin embargo, como es costumbre, las empresas judicializan los casos, pese a la ocurrencia de graves negligencias, como el caso del complejo hospitalario San Pablo, donde recién nacidos fallecieron por graves infecciones contraídas en la Unidad de Cuidados Intensivos en el 2013 o la muerte por error, como dijeron los médicos de la Clínica Javier Prado⁷.

A ello, hay que sumar los contratos abusivos por el tratamiento contra el cáncer, que debido a que los hospitales públicos son insuficientes, las personas por necesidad y desesperación las adquieren, viéndose en esta situación la pobreza ética de los grandes empresarios, quienes muchos de ellos son médicos oncólogos y ex ministros de salud⁸, que conociendo la realidad de un paciente con cáncer y sus familiares, lucran con la salud. Hay varias denuncias contra ONCOSALUD⁹, debido a falsa información, originando que ahora el paciente deba recibir una agresiva quimioterapia.

Desde hace ya 87 días nos encontramos en estado de emergencia sanitaria. Las empresas privadas han hecho “su agosto”, pues conociendo la precaria situación del Estado y el crecimiento de contagios, han realizado cobros excesivos, que no son señalados de manera transparente, pues los datos que se tienen de los montos son otorgados por los medios de comunicación, que han informado que, por ejemplo, una prueba de descarté del COVID 19 cuesta entre 422 y 576 soles (entre 123 y 168 dólares), que son proporcionadas y procesadas gratuitamente por el Estado¹⁰, que se encuentran en investigación, debido a una fiscalización previa realizada por la Contraloría General de la República.

Además, estas clínicas no cuentan con las medidas de bioseguridad, condiciones ambientales y capacitación, lo que coloca en riesgo la fiabilidad de los resultados, situación que genera indignación, no solo por los costos excesivos sino porque juegan con la vida y la estabilidad del país, pues una persona puede creer estar sana cuando ello no es así. Según las páginas web de empresas privadas, como el caso de SANNA¹¹, la clínica no puede hacer el descarté directamente, porque se rigen por los protocolos del MINSA y solo el Instituto Nacional de Salud tiene los implementos necesarios para realizar los exámenes de diagnóstico del COVID-19, por ello no existe otra prueba que pueda diagnosticarlo.

⁶ Investigación de Ojo Público – Cuidados Intensivos, medio de comunicación con enfoque de investigación. En: <https://cuidadosintensivos.ojo-publico.com/>.

⁷ Reportaje de Christian Sotomayor, en programa de televisión Punto Final, Lima, 19 de mayo de 2014.

⁸ Luis Pinillos Aston, ex ministro de salud –periodo del presidente Alan García.

⁹ Reportaje de Ojo Público que informa que ONCOSALUD fue multada por un monto de 96 mil soles.

¹⁰ Diario Gestión, Lima, 3 de junio de 2020.

¹¹ <https://sanna.pe/coronavirus>

Esto resulta alarmante, pues si es el INS el único que cuenta con los exámenes de diagnóstico, porqué no los realiza, más aún si son gratuitos. La respuesta es obvia: el sistema es precario y no hay médicos suficientes, sin embargo, el Ministerio de Salud no generó el diálogo necesario con las empresas privadas, para que se facilite la toma de pruebas gratuitas. Y ello no es una ilegalidad, el propio decreto que declara la emergencia, establece que todo servicio de salud se somete a la rectoría del sistema de salud pública. Lamentablemente, no se hizo nada y los abusos de las clínicas continuaron, lo cual, era perfectamente previsible, mirando sus antecedentes.

Del mismo modo, no debe olvidarse los altos precios sobrevalorados de los medicamentos en las farmacias de las clínicas privadas, no sirviendo los famosos coaseguros y dicha situación no ha cambiado pese al estado de emergencia, pues los médicos, muchas veces direccionan las compras a marcas específicas de laboratorios con los que tienen acuerdos como Pfizer y GSK.

De igual modo, está el incremento de los planes de salud durante la cuarentena, en donde tener mayor edad se ha vuelto un problema, pues si se quiere afiliarse a un adulto mayor el precio se incrementa a S/ 20,368 al año (siete veces más al plan simple), siendo el plan más austero, que no incluye la infección por coronavirus, S/ 2,952. En el caso de Mapfre y Rímac Seguros, los planes más simples no cubren ninguna forma de tratamiento para el COVID 19¹². Si uno realiza una llamada a las principales aseguradoras, te informan que los planes de seguro solo cubren hasta un máximo de 50 a 60 mil soles, pero lo que no informan es que los montos que se generan por el tratamiento, a fin de que tu familiar continúe con vida y salga airoso de este virus maligno, oscila entre 200 a 300 mil soles.

Lamentablemente, todo este tiempo no ha habido un control adecuado, persistiendo la necesidad de tomar medidas concretas para que los usuarios conozcan sus derechos y los puedan reclamar en la vía idónea. Por ello, la presente iniciativa legislativa establece medidas para garantizar la transparencia y erradicar el aprovechamiento de las clínicas privadas. Así, se establece la obligatoriedad de las clínicas de informar a los usuarios sobre el costo real y detallado del servicio que brindan, con la finalidad de que se acceda y se evalúe la información y, con ello, pueda reclamarse lo que corresponda ante la entidad competente. Es decir, se busca impulsar la cultura de la transparencia en el servicio de salud privado.

A la luz de lo reseñado, es decir, que la salud es un derecho constitucional, cuyo deber de prestación y control corresponde al Estado y que en los últimos años las clínicas privadas han venido lucrando de forma abusiva, de manera general, con la salud de los ciudadanos, tiene justificación el presente proyecto de ley. Para ello, se ha tomado como base, la emisión del reciente Decreto Legislativo 1476 (que tiene el mismo rango que una ley ordinaria), que establece medidas para garantizar la transparencia, protección de usuarios y continuidad del servicio educativo no presencial en las instituciones educativas privadas de

¹² El negocio de la salud, informe de Ojo Público, Lima, 5 de mayo de 2020.

educación básica. Precisamente, esta norma establece la obligatoriedad de los centros educativos privados de transparentar sus costos, considerando que la educación es un derecho fundamental, que tiene la misma categoría de derecho social que el derecho a la salud. En este sentido, si ya se ha regulado lo propio para el servicio educativo privado, nada obstaculiza su implementación adecuada para el servicio de salud privado, con la justificación más que detallada, expresada en la iniciativa que se presenta.

EFFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente ley guarda conformidad con los artículos 1, 7 y 9 de la Constitución. Al permitirse un efectivo control del principio de transparencia y establecer medidas preventivas y de sanción a prácticas de aprovechamiento económico abusivo por parte de los establecimientos de salud privados, se garantiza de manera más adecuada el derecho fundamental a la salud, derecho relacionado con la vida y la dignidad del ser humano.

Se establece una ley especial para establecer medidas de garantía de transparencia y de erradicación de acciones abusivas de carácter económico de parte de las clínicas privadas. En armonía con esto, se incorporan modificaciones al Decreto Legislativo 1158, referidos, en esencia, a funciones y potestad sancionadora de la Superintendencia Nacional de Salud, en tanto órgano encargado de proteger y defender los derechos de los ciudadanos al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien la financie.

ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

1. Identificación de grupos de interés o actores

- a) Los usuarios/as
- b) Los establecimientos de salud privados
- c) El Estado
- d) La sociedad

2. Impactos positivos y negativos por actor

Los usuarios/as	
BENEFICIO	COSTO
<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios/as al contar con medidas de protección frente a actos de aprovechamiento económico abusivo por parte de las clínicas, verán fortalecidos sus derechos a la salud, a la vida, a la integridad y a la dignidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno.

Los establecimientos de salud privados	
<p>BENEFICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si bien, mediante la presente norma, las clínicas dejarán de generar mayores utilidades, estas no dejarán de tener recursos o ganancias. Lo único que se hace es corregir un fin lucrativo que contradice el interés público al que están obligadas las empresas, mediante la responsabilidad social empresarial, que forma parte del régimen económico de la Constitución. Asimismo, fortalecen su sentido de respeto al principio de solidaridad en el marco de la participación de la sociedad en la protección de los derechos sociales. 	<p>COSTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno.

El Estado	
<p>BENEFICIO</p> <p>Para el Estado el beneficio es superlativo, pues al garantizar la eficacia de derechos fundamentales como la salud, la vida, la integridad y la dignidad, su legitimidad se fortalece.</p>	<p>COSTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • La iniciativa legislativa no irroga gasto al erario nacional.

La sociedad	
<p>BENEFICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • La consolidación y fortalecimiento en la garantía de derechos sociales indispensables como la salud, tiene un efecto positivo y sustancial en el desarrollo humano de cualquier Estado, más si su régimen político es uno democrático. 	<p>COSTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno.

VINCULACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y CON LAS POLÍTICAS DEL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa guarda armonía con El Acuerdo Nacional, que considera como parte de las Políticas de Estado el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, siendo un objetivo fundamental "Potenciar la promoción de la salud y el acceso gratuito y masivo de la población

a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementada del sector privado”.

Lima, junio 2020.