

# ¿Es posible la competencia o la regulación en salud?

*Karen Angeles*

Abogada. Egresada Pontificia Universidad Católica del Perú

## **Sumario**

Introducción. I. Panorama actual del Sistema de la Seguridad Social en Salud.  
II. ¿La salud es un servicio público? III. Sistema integral de salud.  
Conclusiones.

## **INTRODUCCIÓN**

Actualmente en el país no se da la importancia necesaria que requiere la salud tanto en el aspecto legislativo, financiero y administrativo. A través de una investigación sobre la Seguridad Social en Salud se puede determinar cuales son los pilares de su evolución como también sus puntos débiles que requieren de un nuevo replanteamiento.

El derecho a la salud, reconocido en la constitución en su artículo 11°, es brindada por distintos entes privados, públicos y mixtos dentro del régimen de libre competencia y la iniciativa privada, sin vulnerar las normas propias de la materia. Sin embargo, esto no es llevado en la práctica de la mejor manera, siendo los únicos perjudicados los asegurados.

En primer lugar se debe señalar que la Salud no es considerada en la normativa vigente como un servicio público. La Ley N° 26842, Ley General de Salud, indica en su Título Preliminar que la “la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo”, “la protección de la salud es de interés público. En ese sentido, es responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la salud. Así mismo se indica que es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública.

En segundo lugar, se debe señalar que en el contexto actual la demanda de prestaciones de servicio de salud esta dividida entre “ofertantes” principalmente privados y públicos. Las ofertas de prestaciones de salud que brindan estos entes ofertantes no son controladas ni calificadas por entidades supervisoras especializadas que al momento de evaluar toman en cuenta la calidad y eficiencia de las prestaciones en beneficio de los asegurados, sino que simplemente la supervisión esta a cargo de organismos que sólo evalúan los temas financieros y societarios de los entes que prestan estos servicios. Este tipo de control no es el más adecuado para tener una información más veraz de la realidad del sistema en salud y para la adecuada protección de los derechos de los asegurados. Ejemplo de esta situación es el rol que desempeña la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS), entidad encargada de controlar y supervisar los seguros médicos dentro del marco financiero y societario, y no en materia de las prestaciones de salud que brindan a los asegurados.

En tercer lugar, se debe indicar que en este escenario cumplen un rol importante las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las cuales están encargadas de brindar prestaciones de salud complementaria con infraestructura propia o de terceros, este último a través de entidades vinculadas (clínicas, hospitales, entre otros). El ente encargo de regular las EPS es la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), entidad que a diferencia de la SBS se encarga de, además de revisar los aspectos societarios y financieros, la supervisión de la calidad, eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud brindadas por las EPS.

En cuarto lugar, existen además “empresas de la salud” denominadas Entidades Pre-pagadas, las cuales no tiene ningún tipo de supervisión directa por ningún ente regulador ni por el Ministerio de Salud (MINSA). Esto último genera preocupación al ver que la salud es tomada de manera discrecional por particulares a pesar de que se maneja fondos públicos que son los aportes de cada uno de los “socios” o “asegurados” de dichas empresas. Finalmente, no se debe olvidar que el MINSA (El Estado) se encarga de la asistencia pública y de brindar la salud a los que se encuentran en extrema pobreza a través del Sistema Integral de Salud (SIS).

Es por ello que el objetivo de la presente investigación es poder dar respuesta a la interrogante: ¿es posible hablar de libre competencia o regulación estatal

dentro del sector salud? y bajo el esquema actual ¿es posible generar un sistema integrado de salud?.

## I. PANORAMA ACTUAL DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Constitución Política del Perú de 1993 reconoce en sus artículos 9º, 10º, 11º y 12º, el derecho a la salud y a la seguridad social, así mismo establece que el Estado debe garantizar el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas y mixtas: En virtud de ello, es preciso indicar que la Constitución no establece que el Estado sea el único que deberá prestar los servicios de salud, sino que manifiesta una apertura a la participación de los entes privados. Adicionalmente, como complemento al fundamento constitucional tenemos lo que indica la Ley de Modernización de la Seguridad Social – Ley N° 26790 y su reglamento.

En el Perú el sistema de la seguridad social, en especial en materia de salud, es incipiente y con un desarrollo jurídico en crecimiento, es por ello que el objetivo de este capítulo es dar a conocer el panorama general para luego encontrar posibles soluciones a las controversias o conflictos que se suscitan.

De manera primigenia y general se puede señalar que la salud es otorgada a los ciudadanos bajo dos estructuras<sup>1</sup>:

**a) Contributiva:** por la cual las personas que se benefician con las prestaciones de salud deberán dar como contraprestación el pago de un aporte o prima. Dentro de esta clasificación podemos mencionar régimen complementario que consiste en prestaciones de capa simple otorgadas por la EPS, las cuales están supervisadas por la SEPS y la capa compleja por ESSALUD, por otro lado se encuentran los seguros privados y las empresas prepagadas<sup>2</sup>.

Se entiende por capa simple todas aquellas enfermedades de complejidad mínima como por ejemplo: resfríos, anemias, faringitis. En cambio la capa compleja

---

<sup>1</sup> Estructura: Distribución y orden con que ha sido compuesta una determinada obra o sistema.

<sup>2</sup> Empresa Pre pagada: es una persona jurídica que brinda servicios de salud como contraprestación al pago de primas mensuales del asegurado. Cada de los afiliados tiene un fondo individual administrado por dichas empresas. Por ejemplo : la Clínica Maison de Santé.

comprende aquellas contingencias de alta complejidad y de mayores costos, por ejemplo: VIH, transplantes, y algunos tipos de cáncer.

**b) No Contributiva:** mediante la cual el Estado a través del MINSA otorga asistencia pública y prestaciones de salud a aquellas personas de bajos recursos económicos mediante el SIS.

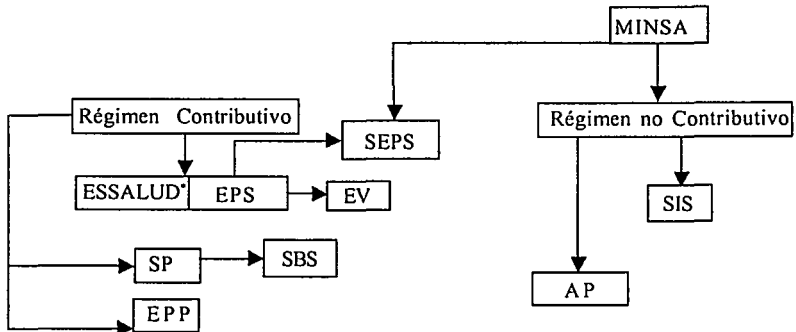
El SIS es definido como un seguro subsidiario de atención en salud, cuya finalidad es brindar atención médica a aquellos que se encuentran en situaciones de pobreza tal que les resulte imposible contar con un seguro de salud.

Mediante la Ley N° 27657, publicada con fecha 29 de enero del año 2002, se crea del SIS como un organismo público descentralizado del MINSA, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de aquellas personas de escasos recursos y administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual.

El SIS es parte de toda una política que pretende generar un apoyo y estabilidad para quienes no puedan acceder a satisfacer una necesidad básica como es la Salud. El propósito de su creación se refleja en lo siguiente:

- Asegurar el acceso de la población a servicios regulares de salud y a los medicamentos eliminando o modulando las barreras económicas.
- Mejorar la calidad de la atención en los servicios de Salud Pública de atención básica y de atención hospitalaria, acercándolos y adaptándolos a las diferentes realidades socio-culturales.
- Mejorar la calidad del gasto público mediante el diseño y aplicación de medidas dirigidas a fomentar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud.

A continuación un esquema que grafica las dos estructuras expuestas:



EPS: Entidades Prestadoras de Salud  
 SIS: Sistema Integral de Salud  
 SEPS: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud  
 SBS: Superintendencia de Banca y Seguros  
 EV: Entidad Vinculada (Clínicas Privadas, algunos Hospitales, etc)  
 \*Adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo  
 EPP: Empresas prepagadas  
 AP: Asistencia Pública  
 MINSA: Ministerio de Salud  
 SP: Seguros Privados

En el gráfico que antecede se advierte que conforme a la Ley N° 27056, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) es un organismo público descentralizado, creado sobre la base del IPSS, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social (actualmente el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - **MTPE**), pero con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable, así como el Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo ostenta facultades para regular a sus OPD (Organismos Públicos Descentralizados), conforme a lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 560.

En lo relativo a ESSALUD hacemos notar que en principio fue creado para brindar prestaciones de salud a los trabajadores dependientes del seguro social, sin embargo, actualmente los seguros que se ofrecen en ESSALUD van más allá de la protección a los trabajadores y se clasifican de la siguiente manera: a) Regular: comprende trabajadores en actividad, pensionistas y el seguro del pescador, b) ESSALUD Vida: por el cual se incluye la cobertura familiar por accidentes, c) **SCTR**: seguro complementario de trabajo de riesgo, d) Otros: comprende al seguro agrario y al seguro facultativo ( facultativo independiente, continuador facultativo, chofer profesional independiente, y amas de casa y/o madre de familia).

En ese sentido, esta clasificación parecería restar sustento al hecho que ESSALUD sea una OPD del MTPE, el que se circunscribe a las relaciones propiamente laborales, escapando, en ese sentido, de su especialidad e interés.

Se considera que la salud requiere de una regulación técnico y jurídica especializada, en consecuencia debería encontrarse adscrita al Ministerio con competencia en materia de salud.

Por otro lado, en el gráfico reseñado se advierte que son OPD del MINSA, entre otros, la SEPS y el SIS, respecto de las cuales dicho Ministerio ostenta las facultades previstas en la Ley N° 27657. Asimismo, que desde el punto de vista estrictamente sanitario la responsabilidad de velar por la idoneidad de la calidad de los servicios médicos prestados y de la infraestructura de los establecimientos de salud a nivel nacional, corresponde al Ministerio de Salud a través de los mecanismos de acreditación de establecimientos de salud vigentes.

En cuanto a la SEPS se advierte que se encuentran dentro de su ámbito de supervisión las EPS's y las Entidades que prestan servicios vinculados a los Planes de salud de las Entidades Prestadoras de Salud.

Sin duda, el hecho de que estas entidades (EPS) capten los fondos del público, a condición de una prestación de servicios de salud a futuro para sus afiliados, es decir no una prestación inmediata, genera la necesidad de que sean supervisadas por el Estado, a través de un ente que se encargue de fiscalizar el correcto y eficiente uso de los fondos. Es por ello que la SEPS además de verificar los fondos de cada EPS, sus balances y estados financieros, tiene como función principal el de supervisar y regular las prestaciones que éstas brindan a los afiliados. Esto último hace la diferencia entre los seguros privados supervisados por la SBS, cuya finalidad de su supervisión se limita a proteger los fondos del público en el plano financiero y de inversión.

#### **a) Sistema Complementario:**

La complementariedad es reconocida por la Constitución Política y en la Ley N° 26790- Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, conforme a la cual se crea un régimen contributivo constituido por el Seguro Social de Salud, a

cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy ESSALUD) y complementado por las Entidades Prestadoras de Salud.

En el capítulo IX de dicha Ley se manifiesta expresamente la funcionalidad de la complementariedad, al señalar que cuando se determina que el tratamiento excede al plan de salud contratado, la EPS será responsable de coordinar para que el asegurado sea transferido a ESSALUD. Asimismo, si la prestación no es de cargo de ESSALUD, éste podrá admitir al paciente trasladando los costos del tratamiento a la EPS.

A diferencia de nuestro país la Seguridad Social en Salud en Chile<sup>3</sup>, se basa no en un sistema complementario sino alternativo, y este se da a través de la Superintendencia de Institutos de Salud Previsional (ISAPRES). Los ISAPRES son entidades privadas que otorgan servicios de salud a un 23% de la población en Chile. Dichas entidades operan como sistema de seguros de salud basado en contratos individuales de duración indefinida, en el Perú éstas reciben el nombre de EPS.

En el Perú, el legislador como política social mantiene un sistema alternativo en el SCTR<sup>4</sup>, puesto que la entidad empleadora puede contratar la cobertura de salud por trabajo de riesgo, a su libre elección, por cualquiera de las siguientes entidades: ESSALUD o la EPS. Asimismo, la alternatividad se optó en materia de sistema de pensiones, ya que tiene la posibilidad de elegir entre la ONP (Oficina Nacional Previsional) o a una AFP (Administradora de Fondos de Pensiones).

Es cuestionable que el sistema de Seguridad Social en Salud se mantenga complementario, ya que hay pocas mejoras en la calidad de las prestaciones que se brindan a los asegurados. Esta situación no permite cumplir a cabalidad con los principios esenciales de la misma, y con su finalidad que es la de brindar prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios, para la preservación de la salud y el bienestar social.

---

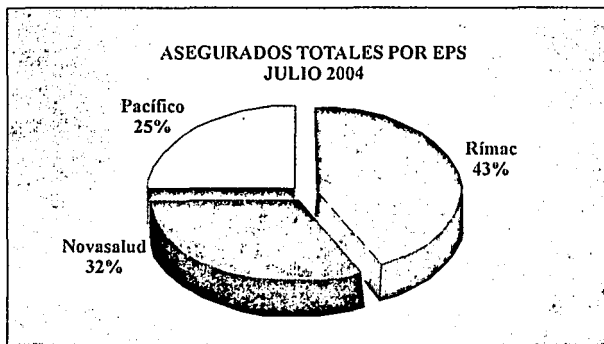
<sup>3</sup> <http://www.sisp.cl> (página web de la superintendencias de ISAPRES en Chile)

<sup>4</sup> En el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo los beneficiarios son todos aquellos trabajadores que realizan una actividad de riesgo reconocida por la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790. Es un seguro que el empleador tiene la obligación otorgarlo a sus trabajadores comprendidos en la norma.

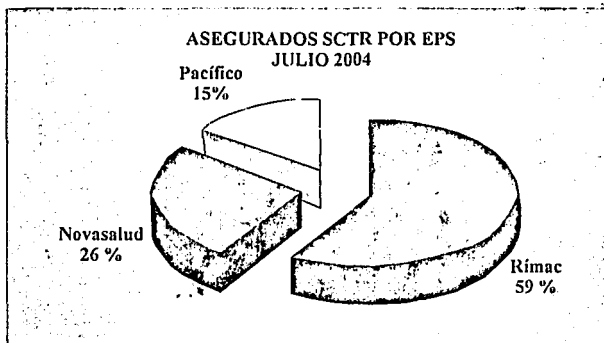
De considerarse un cambio del régimen complementario al alternativo en el sistema de seguridad social, generaría que las EPS no sólo se encargue de brindar atención en capa simple; sino estarían obligadas a atender la demanda de capa compleja, en competencia con ESSALUD. En ese sentido, el ciudadano puede tener la opción de elegir de acuerdo a su capacidad económica y la calidad de las prestaciones, la entidad (ESSALUD o EPS) que satisfaga sus necesidades.

Asimismo, actualmente con relación al SCTR existe competencia entre las EPS, dentro del sistema alternativo. A continuación se muestran gráficos<sup>5</sup> sobre la distribución de afiliados de julio de 2004 entre las tres EPS existentes (Rímac, Novasalud y Pacífico)

Sistema complementario (afiliados regulares)



Sistema alternativo (SCTR)



<sup>5</sup> Fuente: [www.seps.gob.pe](http://www.seps.gob.pe) (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud- SEPS)



### b) Seguros Privados:

Es importante tener en cuenta que existe otros tipos de mecanismos de recibir atención en salud como los Seguros Privados (General y Perú, Hermes, Mafre, entre otros). Entre los principales seguros privados supervisados por la SBS se encuentran<sup>6</sup>:

Ramos Generales y de Vida	Ramos Generales	Ramos de Vida
Generali Perú	El Pacífico Peruano Suiza	Altas Cumbres
La Positiva	Mapfre Perú	El Pacífico Vida
Rímac Internacional	Royal & SunAlliance – Seguros Fénix	Interseguro
SulAmérica	Secrex	InVita Seguros de Vida
		Mapfre Perú Vida
		Royal & SunAlliance – Vida

### Estructura de las Primas de Seguros por Riesgos (En porcentajes)

Generales	Jun-00	Jun-01	Jun-02	Jun-03
Accidentes	44,6	45,5	51,0	40,0
Enfermedades	18,2	16,7	14,5	14,9
Seguros de Vida	24,2	25,1	23,3	36,8
Seguros Previsionales	13,0	12,7	11,2	8,3
TOTAL	100	100	100	100

La SBS tiene por finalidad, en materia de seguros, clasificar a las empresas del sistema de seguros de acuerdo con criterios técnicos y ponderaciones que serán previamente establecidos con carácter general y que considerarán, entre otros, los sistemas de medición y administración de riesgos, la solidez patrimonial, la rentabilidad y la eficiencia financiera y de gestión, y la liquidez. Es decir no está dentro de su ámbito supervisar ni regular los servicios de salud prestados a los asegurados.

<sup>6</sup> Fuente: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe) (Superintendencia de Banca y Seguros – SBS)

En ese sentido, se puede señalar que la facultad de supervisión de la SBS en este sistema de seguros, se basa en que éstos perciben fondos del público, en cambio en el caso de la SEPS, no solamente su competencia de supervisión a las EPS depende de que éstas administran fondos del público, sino que además la finalidad de ellas es brindar prestaciones de salud, las cuales al ser un derecho intrínseco de cada ser humano, supervisan la calidad y eficacia de dichas prestaciones.

Por otro lado, la salud es otorgada también a través de las Prestadoras de Salud Prepagadas, que son aquellas que brindan servicios de salud preventiva, curativa y/o de rehabilitación, en condiciones pactadas previamente con sus afiliados, mediante establecimientos propios o de terceros, a cambio de un aporte económico regular, periódico, voluntario y anticipado al servicio, que no están organizadas como EPS u otra forma reconocida por Ley. El inconveniente de éstas es que no se encuentran supervisadas por ninguna de las dos superintendencias antes mencionadas, ni por el MINSA.

Es preciso indicar que a diferencia de lo anteriormente señalado, existen los Brokers que se encargan de contactar a las personas que requieren de un seguro con las entidades que prestan servicios de salud, es decir son intermediarios para concretar relaciones de afiliación, y por ello reciben una subvención económica. Este tipo de figura no tiene una regulación en la legislación peruana, al igual que las administradoras de salud, cuya finalidad es solamente la buena administración de los fondos sin prestar la atención médica con infraestructura propia o de terceros.

### **c) Un único Ente Supervisor del Sistema Nacional de Salud:**

Actualmente en países como Paraguay y Argentina<sup>7</sup> el sistema de seguridad social en salud se encuentra supervisada por una sola entidad pública que se encarga de garantizar y proteger adecuadamente el servicio de salud con la finalidad de mejorar la calidad de las prestaciones y los servicios, contener los costos administrativos y operativos, y de mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de salud. Otro país que mantiene esta corriente es: Colombia (Superintendencia Nacional de Salud), por lo general estas entidades únicas de supervisión son organis-

<sup>7</sup> La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Las reformas de la Seguridad Social en Iberoamérica, Madrid, Secretaría General de la OISS, 1998, pág. 17 - 27

mos adscritos al Ministerio de Salud con personería jurídica cuyo objeto es el de regular y controlar a los actores del sector, y asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación de la salud de la población.

Dichas superintendencias generalmente están adscritas al sector salud, con la finalidad primordial de controlar y supervisar adecuadamente las prestaciones, además cuentan con una variedad de facultades que hace que los efectos de su supervisión sean más eficaces. Sin embargo, a lo largo del presente trabajo se mostrará una posición sobre este tema con ciertos matices, que nos llevarán a postular la creación de un organismo regulador autónomo e independiente, aspecto que no se conseguiría plenamente si fuera adscrito al sector salud.

En nuestro país, existen propuestas referidas a la creación- sobre la base de sí misma- de una Superintendencia Nacional de Salud (SNS) encargada de autorizar, regular y supervisar, con facultades sancionatorias y coactivas, el adecuado funcionamiento de las entidades que prestan servicios de salud con infraestructura propia o de terceros.

Así las cosas, el ámbito de supervisión de la SNS versa sobre el funcionamiento de las entidades que prestan servicios de salud, llámense: establecimientos de salud, servicios médicos de apoyo cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, profesionales en medicina, odontología, farmacia o cualquier otra relacionada a la salud, empleadores, entidades que prestan servicios de salud prepagos y entidades financiadoras de prestaciones de Seguridad Social con infraestructura propia o de terceros.

En conclusión se puede señalar que el sistema de la salud en general, el cual incluye la seguridad social, seguros privados, asistencia médica del MINSA y el Sistema Integral de Salud, no tiene una estructura organizada y coherente, esto conlleva a que no exista un financiamiento y una supervisión adecuada, integral y eficiente sobre las prestaciones médicas que cada una de ellas brinda a los ciudadanos, poniendo en riesgo el bienestar y la vida de cada una de ellos.

Es por ello, que se buscará en el transcurso de los siguientes capítulos determinar si es posible mejoras en la calidad de las prestaciones a través de la inclusión de conceptos de libre competencia y/o regulación, teniendo como premisa a

la salud como un servicio público, esto último se analizará de manera jurídica y teniendo en cuenta la realidad del sistema.

## II ¿LA SALUD ES UN SERVICIO PÚBLICO?

El pasado 05 de junio de 2003 un Congresista de la República<sup>8</sup> presentó un proyecto de ley por el cual se propone precisar los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud por concepto de prestaciones de salud comprendidas en la denominada Capa Simple, brindadas por el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y por las EPS, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 26790, ya que señala que constituyen retribuciones por prestaciones de servicios y se encuentran dentro del ámbito de aplicación del Impuesto General a las Ventas. Asimismo, dentro de los fundamentos de la Exposición de Motivos de dicho proyecto de ley se indica que:

1. De acuerdo a lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Salud, Ley N° 26790, el 25% de los aportes al sistema de salud (9%) corresponden a lo que se denomina “Capa simple ó plan mínimo”. Es en este segmento en donde la Ley prevé que se debe dar la competencia entre las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) de carácter privado y ESSALUD.
2. Sin embargo, las EPS están sujetas a todas las reglas fiscales, y en consecuencia pagan IGV, y ESSALUD no, por que se considera que todo el aporte de 9% tiene la naturaleza de tributo, lo cual configura un supuesto de competencia desleal. La posibilidad de exonerar de IGV a las EPS, resultaría contradictoria con la política del Gobierno.
3. Por ello se propone modificar la legislación de manera que se establezca claramente el “Servicio de Salud de capa simple” prestado tanto por las EPS como por ESSALUD, al cual se gravaría con IGV, pero sin alterar el desembolso total de 9% que realizan los empleadores. Consecuentemente dicho aporte estaría formado por:

· Servicio por la capa simple (25% de total) .....	2.25%
· IGV sobre la capa simple .....	0.40%
· Aporte a ESSALUD.....	6.35%
<b>TOTAL</b>	<b>9.00%</b>

---

<sup>8</sup> Información obtenida de la página web del Congreso de la República ([www.congreso.gob.pe](http://www.congreso.gob.pe))

Lo importante de este proyecto de ley para la presente investigación, es que la base de dicho proyecto es concebir a la libre competencia como un elemento existente en la relación de las EPS y ESSALUD respecto a las prestaciones de capa simple. A continuación se analizarán los factores que permitan concebir a la salud como servicio público, y posteriormente la concepción de un sistema de libre competencia o un sistema regulatorio.

### **A) Servicio Público**

El concepto de servicio público ha ido modificándose en el transcurso del tiempo. Una definición tradicional señala que los servicios públicos son aquellos indispensables para la colectividad y el Estado tiene que asegurar su prestación. En ese sentido, Juan Francisco Linares<sup>9</sup> señala que el servicio público es la prestación obligatoria individualizada y concreta de cosas y servicios, para satisfacer necesidades colectivas y primordiales de la comunidad, ya directamente por la Administración, ya por medio de particulares, en ambos casos bajo régimen de derecho público.

Sin embargo, frente a esta concepción, la doctrina<sup>10</sup> contempla básicamente tres teorías:

- a) Teoría subjetiva: tiene su origen en Francia, y define a los servicios públicos como aquellos prestados por el Estado directamente.
- b) Teoría objetiva: surge como alternativa a la crisis de la teoría subjetiva, y tiene como principal característica el concebir al servicio público por una necesidad pública<sup>11</sup> y su continuidad.
- c) Teoría funcional: señala que el concepto de servicio público es instrumental que le permite al Estado una regulación intensa. Es decir que será servicio público “lo que el Estado desea que sea” según la situación del mercado.

---

<sup>9</sup> LINARES Juan Francisco. Derecho Administrativo, España Madrid, 2da edición, 1979.

<sup>10</sup> DANÓS Jorge, Material de Texto de la PUCP del Curso de derecho Administrativo II, Lima, 2003

<sup>11</sup> Nota: La necesidad pública se refiere a toda aquella actividad que es primordial su desarrollo para satisfacción de una colectiva. En caso de que los particulares no puedan desarrollar deberán el Estado intervenir para incentivar y promover el desarrollo de actividades que responda a la demanda del colectivo.

Al respecto de esta última teoría la doctrina señala que el Estado calificará como un servicio público si es que aquél cumple con tres requisitos<sup>12</sup>:

1. Principio de legalidad: debe existir una ley formal, es decir aprobada por el Congreso de la República, que señale las actividades que serán concebidas servicios públicos, y por ende tendrán una regulación del estado de manera intensa.
2. No debe perjudicar el núcleo de los derechos fundamentales: es decir que concebir una actividad como servicio público puede limitar un derecho fundamental pero, siempre y cuando no afecte el núcleo de dichos derechos, de acuerdo a los principios de proporcionalidad, razonabilidad, e interés público.
3. La finalidad de satisfacer una necesidad pública con la regulación.

a.1) Características esenciales:

La doctrina señala que las características esenciales de un servicio público son las siguientes<sup>13</sup>:

- a) Continuidad: es decir que el servicio que se brinde no deberá interrumpirse, pues de lo contrario generaría un perjuicio a la colectividad. La continuidad incluye permanencia
- b) Regularidad: que implica que el servicio sea pleno, es decir que las características del servicio brindado deben ser de la misma calidad y cantidad, según sea el caso.
- c) Igualdad: respecto a este punto se señala que el servicio debe abastecer a todos los solicitantes, según el cuerpo de disposiciones que fija las condiciones del servicio mediante un reglamento, resolución, etc.
- d) Generalidad: implica que el servicio se encuentre dirigido a todos los ciudadanos en un ámbito determinado. Este característica esta vinculada al

---

<sup>12</sup> Nota: información derivada del dictado del Curso de Derecho Administrativo II en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

<sup>13</sup> GUZMÁN, Christian, Hacer de los conceptos de servicios públicos e interés público. En: Material de Texto del Curso de Derecho Administrativo II, editado por la PUCP, año 2003, págs, 181-186.

derecho constitucional de igualdad de trato (artículo 2 inciso 2 de la Constitución Política del Perú de 1993).

e) *Obligatoriedad*: es decir que es un deber satisfacer la necesidad pública de la colectividad. Este rasgo esencial comprende: 1) la admisión del solicitante, 2) que el usuario admitido contrae una serie de obligaciones, 3) se debe tener en cuenta que ciertos servicios son de prestación continuada.

a .2) Clasificación de los servicios públicos:

La clasificación más completa de los servicios públicos es la siguiente<sup>14</sup>:

- i) Servicios Públicos Esenciales y No Esenciales: los primeros cubren necesidades fundamentales y primarias de la comunidad. Por ejemplo: agua, energía eléctrica, sanitarias, entre otras. Los segundos satisfacen necesidades menos primordiales, ejm: teatro, servicio de parques y jardines, etc.
- ii) Servicios Públicos Gratuitos y Onerosos: los primeros no requieren contraprestación y se financian a través de impuestos y contribuciones. En cambio, los onerosos implican una contraprestación por los servicios que pueden brindar el Estado directamente, llamada tasa, o a través de entidades privadas, denominada tarifa.
- iii) Servicios Públicos Obligatorios y Facultativos: esta clasificación hace referencia a los usuarios o particulares. Serán servicios obligatorios por ejemplo: educación, serenazgo, y servicios facultativos, las telecomunicaciones.
- iv) Servicios Públicos Uti Singulari y Uti Universi: respecto a los primeros se caracterizan porque el usuario está individualizado, es decir el que paga el servicio es el beneficiado directamente. En cambio en los segundos el usuario no está individualizado, es decir que el beneficiario no necesariamente es el que paga el servicio sino una colectividad. Por ejemplo: servicios de orden público, limpieza pública, entre otros.

---

<sup>14</sup> Nota: información derivada del dictado del Curso de Derecho Administrativo II en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

v) Servicios Propios e Impropios: esta clasificación se basa en la persona que presta el servicio y el título con que se los presta. Se denominan propios los que abastece el Estado por sí o por medio de un particular en régimen de concesión. Los impropios son los prestados por particulares como tales, con base en una licencia o autorización, con una mínima reglamentación, aplicación de tarifas. Ejemplo: taxímetros.

Respecto a los servicios impropios se puede señalar que los requisitos para ser considerado como tal son<sup>15</sup>: (i) actividad dirigida al público, (ii) obligatoriedad de una tarifa, (iii) acto administrativo que lo establezca (autorización), (iv) reglamentación referente a la prestación, e (v) interés general.

Sin embargo, la Doctrina<sup>16</sup> hace notar una diferencia entre servicios públicos impropios y los virtuales, que en muchas ocasiones pueden ser considerados sinónimos, ésta consiste en que el servicio público virtual permite a la administración imponer ciertas condiciones al particular que la dirige, como la obligación de la entidad privada de cumplir las características mínimas para que la prestación del servicio público sea eficiente. En ese sentido, se puede afirmar que una actividad que presenta un rasgo claro de interés general, pero no es reconocida como tal por una Ley Formal, puede ser considerada como “servicio público”, a este supuesto se le denomina “virtual”.

Con esta concepción se corre el riesgo de considerar cualquier actividad como un servicio público, sin tener en cuenta necesariamente las condiciones esenciales.

Al respecto considero, de acuerdo a la clasificación de servicios públicos y sus características básicas expuestas en párrafos anteriores, que la salud en un sistema complementario de la seguridad social brindados por las EPS, no puede ser encuadrado sólo en un tipo de clasificación de servicios públicos, puesto que contiene características de cada una de ellas: puede ser calificado como un servicio público impropio, en la medida que el Estado no es quien presta el servicio de salud, sino es brindada a través de entes particulares denominada “EPS”, que están reglamentados por normas estatales como la Ley N° 26790 “Ley de Modernización de la Seguridad Social” y su Reglamento aprobado por el Decreto

<sup>15</sup> María Diez, Derecho Administrativo, Tomo III, 2da edición, Buenos Aires, 1979, pág 340-343.

<sup>16</sup> Ibidem



Supremo N° 009-97-SA. A la vez se puede afirmar que es un servicio obligatorio y uti universi, puesto que el desarrollo de este servicio es necesario para la colectividad y además los beneficiarios no están individualizados.

De esta manera el tema de la salud no puede ser enmarcado en una sólo clase de servicios, sin embargo, lo importante de este análisis es que nos permite señalar que en el tema de salud es posible considerarlo como un servicio público por los caracteres comunes que tiene la salud con las clasificaciones anteriormente señaladas, pero dentro de una clasificación de servicio público que podría denominarse “híbrida”.

En ese sentido, al considerar a la salud como un servicio público el Estado tiene la posibilidad de intervenir como regulador en la actividad de los particulares de una manera coordinada, respetando los lineamientos generales de la Ley pertinente y controlando la calidad de los servicios a través de las directivas que emita el organismo regulador; a esto se denomina “**regulación genérica del Estado**”.

Es preciso señalar que una figura diferente a la regulación genérica, es la regulación intensa del Estado en la cual la actividad considerada como servicio público no sólo es controlada por el Estado a través de la Ley, sino también por el contrato de concesión, y los reglamentos y directivas que emita la entidad encargada de la regulación. Ejemplo a esta última regulación es el servicio de las telecomunicaciones en donde el estado ejerce su control no sólo haciendo respetar la Ley de la Telecomunicaciones, sino supervisando el cumplimiento de cada una de las cláusulas del contrato de concesión y las directivas que el organismo regulador, OSIPTEL, emita respecto a ello.

## **B) Defensa de la libre competencia o Regulación (ventajas / desventajas)**

El Derecho de Libre Competencia (antitrust) reconocido en la Constitución Política del Perú de 1993 en su artículo 58° y siguientes, y en el Decreto Legislativo N° 701 tiene 3 pilares fundamentales: a) proteger directamente el sistema económico de libre mercado, b) proteger indirectamente a los consumidores, y c) proteger indirectamente a los empresarios, puesto que impide el aumento de barreras de acceso. En ese sentido este Derecho busca promover la competencia en el mercado y es un instrumento de acción indirecto que opera no definiendo conductas de las empresas en el mercado ex ante, sino actúa corrigiendo ex post

determinadas prácticas monopólicas, controlistas y restrictivas de la libre competencia.

De acuerdo a la Teoría de Coase<sup>17</sup> el Estado no debe intervenir en el mercado si los conflictos que se susciten los pueden resolver los particulares. Sin embargo, si a pesar de la existencia de reglas claras existen ciertas dificultades para mantener el equilibrio en el mercado, el Estado deberá intervenir ejerciendo un rol subsidiario.

En cambio, la regulación económica es definida por Ariño como “la actividad normativa en la que el gobierno condiciona, corrige, altera los parámetros naturales y espontáneos del mercado, imponiendo determinadas exigencias o requisitos a la actuación de los agentes económicos.”<sup>18</sup> Al respecto debe indicarse que el objetivo de la regulación estatal no es sustituir al mercado, sino corregir sus quiebres, y debe constituir una actividad altamente especializada y técnica.

La regulación puede clasificarse de dos tipos: a) regulación genérica: es decir no intensa, y esto se debe a razones de seguridad, salud y moral, y b) regulación específica; es decir regulación intensa para ciertas actividades que se denominan “servicios públicos”. En ese sentido se señala que la regulación económica actúa ex post y/o ex ante y de manera sectorizada, las decisiones son centralizadas por la administración y desempeñadas por entes distintos a ella.<sup>19</sup>

En la situación actual del sistema de seguridad social en salud, no puede ser en marcada dentro del concepto de libre competencia, puesto que la actividad de los privados es incipiente y no se encuentran en condiciones de igualdad frente a aquellas entidades estatales que brindan servicios de salud. Es por ello, como lo mencionamos en el primer capítulo del presente trabajo, que es necesario la intervención estatal mediante una regulación específica e intensa para promover de esa manera un desarrollo adecuado de la salud y promover el crecimiento de una mejor calidad en el servicio.

---

<sup>17</sup> POLINSKY Michell, Introducción al análisis económico del derecho, capítulo III – el teorema de Coase, tercera edición. 1980, pág. 23 - 26

<sup>18</sup> CASES PALLARES LLuis. La defensa de la Competencia como Instrumento de Acción En: Derecho Administrativo 2-Selección de Textos PUCP, Lima, 1979, Pág 105-108.

<sup>19</sup> Ibidem

La doctrina señala que las ventajas de un sistema de regulación son<sup>20</sup>:

- Controla a empresas que poseén un monopolio natural.
- Persigue conseguir la máxima eficiencia del conjunto de la economía.
- Asignación eficientemente los recursos.
- Control a las ganancias inesperadas.
- Corrige las externalidades, es decir eliminar costos sociales que generen actividades económicas.
- Contrarresta la asimetría de la información.

Sin embargo las críticas a la regulación se manifiestan principalmente en dos aspectos<sup>21</sup>:

- 1) A veces es percibida como un método para proteger intereses privados a costa del bien público.
- 2) El proceso regulador se produce con extraordinaria lentitud, debido a la necesidad de obtener una detallada y precisa información para adoptar las decisiones reguladoras.

Sin embargo, considero que estas críticas pueden ser superadas siempre que se establezcan reglas claras entre las partes de la regulación (órgano regulador, entidades privadas y usuarios) y se mantenga una simetría de la información.

### **C) Organismo Regulador**

Con la creación de los organismos reguladores se trata de superar la contradicción que se presenta entre la “actividad pública” que desempeñan las compa-

---

<sup>20</sup> NALLAR Daniel M, El Estado regulador y el nuevo mercado del servicio público, primera edición, Buenos Aires, ediciones Desalma, 1999.

<sup>21</sup> CASES PALLARES LLuis. Op.cit. Pág 109-110

ñías de servicio público, con su condición de empresa privada que busca, lógicamente, obtener el máximo beneficio<sup>22</sup>.

Un organismo regulador debe ejercer un control técnico, normativo y principalmente en su potestad sancionadora ante los entes supervisados, para hacer posible la continuidad y regularidad del servicio público. Respecto al control técnico, se requiere que el personal que labora en dichos organismos posean una preparación técnica constante, que se manifiesta principalmente en la motivación de las resoluciones de carácter normativo y sancionador. Con relación a la potestad sancionadora, la doctrina reconoce que la gradación de las sanciones responderán a los principios de razonabilidad y proporcionalidad

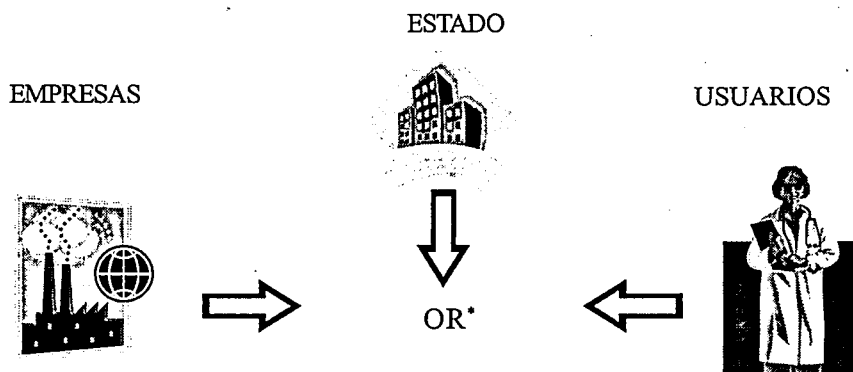
Continuando con lo expuesto se puede concluir respecto a este punto, que es pertinente concebir la idea de generar un Organismo Regulador en el tema de salud, que permita el desarrollo técnico y normativo del sector, y a la vez mayor participación de los entes privados. Dicho Organismo deberá estar adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros para mantener su autonomía e independencia y especialización en la tema de decisiones en temas y conflictos de interés.

Por otro lado, se promueve con su creación, una mayor participación de los usuarios o asegurados en dicho sistema, a través de reclamos por una inadecuada atención médica, exigiendo información idónea que permita al afiliado o asegurado la toma de decisiones respecto a su salud.

Así mismo, se promueve una cultura de conciliación, que es un mecanismo de llegar a acuerdos entre las partes y generar reflexiones sobre el servicio brindado y también alternativas para mejorar las prestaciones en beneficio de los afiliados. Esto es muy importante, puesto que no necesariamente un conflicto entre los prestadores del servicio y el usuario terminan en procesos judiciales largos, sino que a través de la conciliación existe mayor celeridad en la solución de conflictos y además se profundiza del sentir de las partes y sus intereses a través del dialogo horizontal entre ellas.

---

<sup>22</sup> KRESALJA BALDO, R, El Rol del Estado y la Gestión de los Servicios Públicos. En Themis N° 39 Lima, 2001, Págs. 39-98 \* OR: Organismo Regulador



\*OR Organismo Regulador

Respecto al gráfico anterior, se puede apreciar que un Organismo Regulador (OR) se encuentra entre fuerzas de intereses como el Estado, las empresas privadas supervisadas y los usuarios. A pesar de ello el OR debe actuar con independencia y autonomía, estos principios le permitirán que no sea “capturado” por ninguna de estas fuerzas.

En el siguiente capítulo se profundizará respecto a lo señalado a esto último, y así generar alternativas de solución frente a la coyuntura de la seguridad social en el Perú.

### III. SISTEMA INTEGRAL DE SALUD

Continuando con el hilo conductor de la presente exposición, y teniendo en cuenta los principios base de la seguridad social, es posible esbozar una nueva organización denominada “sistema integral de salud”.

Dicho sistema promoverá un nuevo concepto de la salud considerada como un servicio público, en el cual las empresas privadas podrán prestar un servicio de salud, dentro de los lineamientos y regulaciones que el Organismo Regulador disponga. Sin embargo, para el cumplimiento efectivo de los fines del organismo regular es preciso reestructurar el sector salud.

El Sistema Integral de Salud, tiene por finalidad :

1. Universalización de la información para todas las entidades que formen parte del sistema.

2. Establecer un control universal de todas las entidades privadas que prestan servicios de salud.(EPS, Entidades Prepagadas, Seguros Privados ).
3. Controlar la calidad de las prestaciones de salud otorgadas por el Estado con la participación de los asegurados y del organismo regulador adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros, para resguardar su autonomía e independencia.
4. Establecer reglas claras y uniformes para todo el sistema, para una adecuada información y protección del asegurado.

Para entender la importancia de generar un sistema integral de salud como alternativa de solución al caos de los sistemas de seguridad social, es preciso comentar, como ejemplo, dos regímenes opuestos de la seguridad social: el sistema alternativo Chileno y el sistema complementario Peruano.

En Chile se creó las ISAPRES<sup>23</sup> en 1981, las cuales serían pilares de la reforma del sistema de salud chileno que hasta antes de su creación se hallaba conformada por un sistema de salud nacional, en el que el Estado monopolizaba la administración de servicios de salud. Las ISAPRES son entidades privadas que otorgan servicios de salud a un 23% de la población y operan como seguros de salud basados en contratos individuales de duración indefinida, y las personas que se afilian obtienen beneficios de acuerdo a la cobertura del plan de salud contratado. En el Perú existen las EPS, que al igual que las ISAPRES prestan servicio de salud, de acuerdo a la cobertura del plan de salud elegido por los trabajadores.

Dentro de estas coyunturas la política social de estos dos países ha visto conveniente la creación de organismos de supervisión como son la Superintendencia de ISAPRES en Chile y la SEPS. La primera creada por el artículo 1° de la Ley N° 18.933 de 1990 y la segunda por el artículo 14° de la Ley N° 26790 de 1997, ambas con la misión de vela la máxima satisfacción de los afiliados a las entidades privadas que brinda servicios de salud.

Sin embargo, a pesar de estas semejanzas, la diferencia está en que ambos organismos de supervisión se encuentran dentro de distintos regímenes de política

---

<sup>23</sup> Superintendencia de ISAPRES en Chile : [www.sisp.cl](http://www.sisp.cl)

social, es decir que mientras la Superintendencia de ISAPRES de Chile forma parte de un régimen alternativo, la SEPS del Perú conforma el régimen complementario.

El hecho de que en Chile exista un régimen alternativo significa que el asegurado puede optar entre servicios de salud brindados por entidades estatales o servicios que proporcionan las entidades privadas, por otro lado, esto lleva a que la superintendencia de ISAPRES tengan mayores competencias y facultades en las toma de decisiones respecto a la supervisión y control de las entidades privadas.

En cambio, régimen complementario en el Perú significa que el asegurado podrá optar en atenciones de salud que le brinde sólo el estado o podrá escoger una EPS que le brinde las atenciones a enfermedades no complejas (denominada capa simple) y las enfermedades de mayor complejidad (capa compleja) siempre serán brindadas por EsSalud. Por otro lado, la SEPS tiene competencias limitadas al momento de la supervisión, puesto que se enmarcan sólo en las prestaciones de salud de capa simple brindadas por las EPS.

Como se puede apreciar en Chile y Perú se practican dos regímenes (alternativo y complementario) totalmente opuestos. Cada uno de ellos tienen argumentos a favor y en contra. Actualmente la federación de salud de Chile plantea una reforma al régimen alternativo de prestaciones de salud. Entre otros argumentos están los siguientes<sup>24</sup>:

1. En Chile coexisten dos sistemas de salud, uno público, que es solidario entre los que forman parte de él, y donde los menos pobres solidarizan con los más pobres; y otro sistema donde están los sectores de mayores ingresos de ese país, el cual consiste en una capitalización individual a través de seguros privados de salud .
2. Estas condiciones han generado que el sector privado que atiende aproximadamente a un 30% de la población de dicho país tenga un gasto mayor que el sistema público que atiende al resto del país. Esta situación provoca el desfinanciamiento de los establecimientos del sector público, y por ende escasez de recursos para atender a sus beneficiarios.

---

<sup>24</sup> Pág Web [www.sociedadcivil.cl/fenpruss](http://www.sociedadcivil.cl/fenpruss)

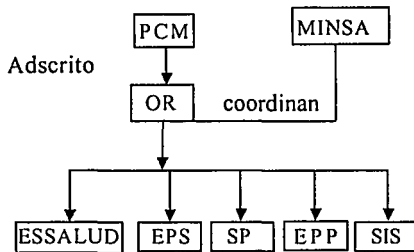
Frente a esta situación chilena, se plantea un modelo de salud a través de un financiamiento solidario, que fortalezca al sector público, en el cual existan aportes que se dirijan a un fondo único. En conclusión “sostienen que la salud no puede estar regulada por los vaivenes del mercado, sino que debe ser responsabilidad del Estado otorgar una salud integral y universal.”

Como se puede apreciar el sistema alternativo también presenta problemas al igual que un sistema complementario característico en el Perú. Frente a estas situaciones deberá promoverse lineamientos básicos para generar un sistema integral de salud.

Para concebir la idea de un sistema de salud requiere que el Estado intervenga en la prestación de servicios de salud a través de un ente regulador y supervisor, cuya finalidad será el controlar la calidad de las prestaciones y asegurar el derecho a la salud de los ciudadanos. Para ello se requiere una reforma no sólo en el tema de seguridad social, sino en la administración de las prestaciones.

Considero que la alternativa a la situación actual de la seguridad social es la creación de un organismo regulador de salud encargado de supervisar, regular a los entes público y privados que se dediquen a brindar prestaciones de salud, con plena coordinaciones con los demás entes del sector y generando una simetría en información a favor de los usuarios o asegurados.

A continuación una un esquema de una nueva estructura organizativa:



MINSA: Ministerio de Salud  
EPS: Entidades Prestadoras de Salud  
OR: Organismo Regulador  
PCM: Presidencia del Consejo de Ministros

SP: Seguros Privados  
EPP: Entidades Pre – Privadas  
SIS: Sistema Integral de Salud



Cada una de estas entidades que prestan servicios deberán estar supervisadas por el Organismo Regulador, con competencias distintas a lo que ejerce el Ministerio de Salud (MINSA), y adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Esto último es un elemento de suma importancia porque considero que de esta manera se asegura una mayor independencia y autonomía en las funciones y decisiones del organismo regulador.

Si dicho organismo estuviera subordinado al MINSA no gozaría imparcialidad puesto que la última instancia en la toma de decisiones y solución de conflictos sería el Ministerio del sector.

El motivo de que los organismos reguladores estén adscritos al PCM, es que ellos son la última instancia en la toma de decisiones y en la resolución de asuntos de su competencia, además los organismos reguladores no se someten necesariamente a la política del sector de la PCM, y marca una independencia y autonomía funcional y administrativa.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente trabajo son las siguientes:

- 1) Debe mantenerse la complementariedad en el sistema de salud para dar mayor protección al asegurado, sin que se delimite el ámbito de protección, ni generando un monopolio de la salud para la entidad que más cobertura ofrezca, como en nuestro contexto sería ESSALUD, puesto que cubre tanto capa simple como la compleja.
- 2) Todos los establecimientos de salud deberían ser regulados y supervisados por una sola entidad autónoma e independiente para una mayor protección a la dignidad e integridad de los ciudadanos. En ese sentido debe tomarse en cuenta los modelos existentes en Argentina, Colombia y Paraguay, en los cuales se han creado una Superintendencia Nacional de Salud cuya ventaja es la de mantener niveles de coordinación y de información simétrica entre las partes de la relación regulada (Estado, entidades privadas y usuarios).
- 3) Optar por la regulación y no por la libre competencia puesto que la salud como una actividad esencial, en el cual el Estado se compromete constitucionalmen-

te a garantizarla, no puede dejarse a la autoregulación de los particulares de la oferta y la demanda.

- 4) Concebir la idea de un organismo regulador en el sistema de la seguridad social permitirá establecer un control adecuado para que se lleve a cabo una eficiente calidad en las prestaciones de salud, asegurando caminos para la fiscalización mediante el reclamo de los asegurados y la posibilidad de la conciliación.
- 5) ESSALUD como entidad creada con el objeto de dar cobertura en salud a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones de económicas y sociales, debería estar bajo el control de una entidad especializada en la materia y no bajo la supervisión del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, como lo es actualmente.
- 6) Es sumamente importante que el Estado informe adecuadamente sobre las distintas alternativas para enfrentar las contingencias o riesgos en la salud a toda la población, puesto que de esta manera se asegura que el afiliado elija de manera idónea el servicio de prestación de salud más adecuado para satisfacer sus necesidades.
- 7) Darle a cada ciudadano la facultad de elección sobre el mejor plan y servicio en salud, no sólo comprende dar a conocer el funcionamiento de la seguridad social sino la responsabilidad y compromiso de mejorar el servicio y la atención de cada una de las entidades en beneficio del público, ejerciendo mecanismos de controles correctos y eficientes.
- 8) Finalmente debe promoverse una masiva y adecuada difusión sobre los mecanismos que tiene el asegurado para poder ejercer su derecho a reclamar frente a cualquier eventualidad o conflicto que pueda suscitarse con la entidad de salud (Clínicas, EPS, ESSALUD, SIS, EPP, entre otros)

## BIBLIOGRAFÍA

1. MORGADO VALENZUELA, Emilio. “La Seguridad Social en las Constituciones de Latinoamérica”. En: Asociación Laboral para el Desarrollo ADEC-ATC. Taller Gráfico de Tarea Asociación Gráfica Educativa. Perú. 1993, Págs. 97-103.
2. ERMIDA URIARTE, Oscar. “Los Principios e la Seguridad Social”. En: La Seguridad Social en Uruguay, Capítulo II, Págs. 31-54.
3. GRZETICH LONG, Antonio. Derecho de la Seguridad Social Tomo I Ed. Plural. Montevideo, 1997. Págs. 5-25.
4. GRZETICH LONG, Antonio. Derecho de la Seguridad Social Tomo II Ed. Plural. Montevideo, 1998. Págs. 11-13, 16-22, 25-27, 30-34, 37-41 y 43.
5. VIDELA, Graciela. El derecho a la Salud, Lima, 2000.
7. NALLAR M, Daniel. El Estado regulador y el nuevo mercado del servicio público, primera edición, Buenos Aires, ediciones Depalma, 1999.
8. DANOS Jorge, Material de Texto de Derecho Administrativo II, tercera edición, Lima, Editorial PUCP, 2003.
9. DIEZ Manuel María, Derecho Administrativo Tomo III, segunda edición, Buenos Aires, editorial Plus Ultra, 1979.

### A. Marco Legal

Convenio OIT No. 102 (aprobado por Resolución Legislativa No. 13284 de 1959), y Constitución de 1993 (artículos sobre Seguridad Social)

### LEYES:

Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26842. Ley General de Salud, Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

### DECRETOS SUPREMOS:

D.S. N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley N° 26790, D.S. N° 003-98-SA. Aprueban Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgos, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueban Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.

**RESOLUCIONES DE LA SEPS:**

11. Res. N° 073-2000-SEPS/CD. Aprueban las normas complementarias relativas a la convocatoria y al proceso de elección de las Entidades Prestadoras de Salud.
12. Res. N° 043-2000-SEPS/CD. Aprueban las normas sobre Condiciones Generales del Contrato de Prestaciones de Servicios de Seguridad Social en Salud para Afiliados Regulares.

**B. Web Sites de interés**

Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud: [www.seps.gob.pe](http://www.seps.gob.pe),  
Superintendencia de Banca y Seguros: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe), OIT (Lima) Organización Internacional de Trabajo: [www.ilolim.org.pe](http://www.ilolim.org.pe), EsSalud: [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe),  
Superintendencia de ISAPRES en Chile : [www.sisp.cl](http://www.sisp.cl)

- Superintendencia de Servicios de Salud en Argentina: [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)
- Superintendencia Nacional de Salud de Colombia: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)
- Superintendencia de Salud en Paraguay: [www.intermed.com.py](http://www.intermed.com.py)