

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
PRIMERA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2016

COMISIÓN DE ECONOMÍA, BANCA, FINANZAS E INTELIGENCIA FINANCIERA

MIÉRCOLES, 30 DE NOVIEMBRE DE 2016
PRESIDENCIA DE LA SEÑORA MERCEDES ROSALBA ARÁOZ FERNÁNDEZ

—A las 08:16 h, se inicia la sesión.

La señora PRESIDENTA.— Muy buenos días, señores congresistas.

Todavía no tenemos el *quorum* reglamentario, pero podemos hacer una sesión informativa, siendo las ocho de la mañana y dieciséis minutos.

Tenemos la presencia del director de la Asociación de Seguros, APESEG. Podríamos aprovechar la presencia de Eduardo Morón, para comenzar a trabajar el tema de los seguros, que fue uno de los temas que tuvimos hace algunos días en debate.

En primer lugar, invito al señor Eduardo Morón, por favor, para que nos haga la presentación del caso.

El señor DIRECTOR DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Eduardo Morón Pastor.— Gracias, señora Presidenta.

Creo que todos han recibido una copia de la presentación para facilitar la exposición.

Lo que queremos mostrarles es cómo este proyecto que ustedes vienen discutiendo, en realidad va a permitir construir un sistema de salud en la parte privada que, efectivamente, asegure sanamente al ciudadano.

Lo primero es entender que estos dos componentes del Sistema de Salud Privado, las EPS y los seguros de salud, son grupos separados y tienen diferente naturaleza.

La señora PRESIDENTA.— Eduardo, perdónanos un momento.

Vamos a pasar lista para tener el *quorum* reglamentario.

El señor DIRECTOR DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Eduardo Morón Pastor.— Encantado.

La señora PRESIDENTA.— Están presentes los congresistas: Jorge del Castillo, Oracio Pacori, Wilbert Rozas, Percy Alcalá, Karla Schaefer, Mártires Lizana, Lucio Ávila, Rolando Reátegui y Carlos Bruce.

Teniendo el *quorum* reglamentario, siendo las ocho de la mañana y veinte minutos, iniciamos la sesión con la presentación del señor Eduardo Morón de APESEG.

Puede continuar.

El señor DIRECTOR DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Eduardo Morón Pastor.— Muchas gracias, señora Presidenta.

Todos tienen la presentación, como decía hace un minuto, creo que este proyecto, este dictamen que vienen discutiendo, va a permitir consolidar en la parte privada un sistema de salud que efectivamente asegure sana y financieramente a los ciudadanos.

Lo primero que quisiéramos que se entienda es que estos dos componentes que conforman la parte privada de la salud, son animales bien diferentes, son grupos separados, tienen diferente naturaleza.



El sistema de salud privado: EPS y Seguros de salud

EPS y Seguros son grupos separados y de diferente naturaleza

- **Naturaleza:** Las EPS son parte de la seguridad social. Los seguros tienen una naturaleza eminentemente privada.
- **Financiamiento:** Las EPS se financian con el subsidio del 25% del aporte del empleador a ESSALUD, más el aporte realizado por los propios trabajadores. En los seguros particulares son un conjunto de asegurados privados que se complementan entre si sobre la base del principio de mutualidad.
- **Tamaño:** Las EPS cuentan con cerca de 1 millón de afiliados. Los asegurados privados no llegan a la quinta parte (<200mil)



Las EPS por un lado son parte de la Seguridad Social, mientras los seguros de asistencia médica tienen una naturaleza eminentemente privada.

El financiamiento de las EPS se basa en un subsidio que viene del aporte que el empleador hace a EsSalud. El 25% de ese aporte pasa a ser parte del financiamiento de las EPS y, obviamente a eso se suma el aporte que hacen los propios trabajadores.

Por el contrario, en el caso de los seguros particulares es un conjunto de asegurados privados que entre ellos se complementan y basados en el principio de mutualidad, que es fundamental en el caso de los seguros, financian sus prestaciones de esta manera.

Un elemento que para este tema es fundamental entender es que el tamaño de los dos sistemas es completamente distinto, en el caso de las EPS estamos hablando de casi un millón de trabajadores y en el caso de los asegurados privados no llega ni siquiera a la quinta parte. Estamos hablando de menos de doscientas mil personas.

Esto es importante porque eso reduce la posibilidad del efecto que tiene la mutualidad de los seguros.

A nuestro juicio, un sistema de salud financieramente sano, no requiere que se crucen preexistencias entre estos dos sistemas.

Si uno mira cómo es nuestro mercado laboral, en nuestro mercado laboral dada la gran entrada y salida de los trabajadores de trabajos formales, dependientes, a trabajos que no lo son y viceversa, siempre vamos a tener afiliados a lo que se llaman los planes de EPS Regulares que son justamente para los trabajadores que laboran en una empresa formal en calidad de dependiente, con el resto de trabajadores que son independientes, que se quedan durante un tiempo fuera de un contrato de esa naturaleza y que van a terminar en planes que se llaman potestativos individuales.

Acá si uno piensa en términos de los principios que este sistema privado de salud debería cumplir para que sea financieramente sano, no deberíamos tener un sistema que los financiadores buscan desentenderse de sus enfermos, sino más bien debería ser un sistema que si te toca una persona que tiene un conjunto de necesidades de salud, deberías ofrecerle atención a lo largo de su vida. Y para eso debería ser independiente de cuál es su situación laboral, debería siempre poder ofrecerle continuidad de su preexistencia a lo largo de su vida. A veces será en un plan de EPS Regular, a veces será en un plan potestativo.

Para esto se requiere que todas las IAFAS de la Seguridad Social no solamente las privadas, las EPS, sino también las públicas, ofrezcan estos planes potestativos que permitan darle continuidad a las preexistencias.



Un sistema de salud financieramente sano no requiere cruzar pre-existencias

Principios para un sistema privado de salud financieramente sano

- La realidad del mercado laboral es que coexistirán afiliados EPS regulares con afiliados potestativos individuales.
- Cada IAFAS debería retener sus enfermos y no buscar desentenderse de ellos.
- Para ello, se requiere que todas las IAFAS de la Seguridad Social (ESSALUD y EPS) ofrezcan planes potestativos a quienes pueden perder cobertura de sus preexistencias frente a un cambio de situación laboral.
- Por ello, se ha ordenado el sistema de EPS y hoy todas ofrecen planes potestativos. Estos planes son siempre más baratos que migrar a un seguro privado individual.



A nuestro juicio, dado que el sistema de las EPS es un sistema, como decía hace un momento, mucho más grande donde la mutualidad permite que se diluya el impacto de las preexistencias de manera mucho más significativa, vamos a tener y hoy ya existe un sistema en el que todas las EPS ofrecen planes potestativos. Y de esta manera, esos planes potestativos son siempre más baratos que si una persona quisiera tener cobertura en un seguro privado.

La razón de ello, insisto, es simplemente que las EPS son un colectivo cinco veces más grande que el de los asegurados privados.

La buena noticia es que esta solución ya existe, ya está funcionando. Hace unos años solamente teníamos alrededor de cien planes potestativos, hoy, este año, estamos estimando cerrar en algo así como dos mil quinientos planes potestativos vendidos.



Un sistema de salud financieramente sano no requiere cruzar pre-existencias

Principios para un sistema privado de salud financieramente sano

- Los planes de EPS potestativos pueden venderse a precios razonables porque mantenerlos en el grupo más grande (EPS) permite diluir el impacto sobre el costo de financiar dichos casos.
- Esta solución YA funciona. En todo el 2014 sólo se vendieron 100 planes potestativos, hoy se vende mucho más cada mes.
- Es importante que se advierta a los trabajadores cuando cambian de situación laboral de proteger la cobertura de sus pre-existencias.
- La inversión privada en salud se verá fuertemente desincentivada ante cualquier intento de control de precios.

Hoy estamos vendiendo más de doscientos cincuenta planes potestativos al mes, lo que hacíamos antes en todo un año.

Creo que hoy ya las compañías, las EPS están cumpliendo estos principios de ofrecerle a los trabajadores que por alguna razón pierden su derecho a tener un plan de EPS Regular, se les está ofreciendo un plan potestativo que siempre es más barato, que un plan alternativo de aseguramiento de salud.

Es importante –y creo que el proyecto lo dice así– que se advierta a los trabajadores que cambian de situación laboral, que tienen un plazo, no es indefinido, tiene un plazo para mantener sus preexistencias.

Si ese trabajador que sale de una empresa, por cualquier razón sale de ese trabajo y pasa tres o cuatro meses y no tomó un plan potestativo, simplemente pierde su derecho de cubrir sus preexistencias.

Entonces, es muy importante que en el momento del cese, se le informe que existe esta opción que se puede seguir teniendo protección a sus preexistencias.

Claramente nosotros vemos que no hace falta incluir en el dictamen –y digo esto por la discusión de la sesión pasada– creo que no hace falta imponer ningún esquema de control de precios porque el solo hecho que el impacto de los planes potestativos se diluyen en un colectivo mucho más grande, hace que naturalmente –y lo vemos así reflejado en los precios que hoy las empresas ofrecen– sean precios mucho más baratos que el Plan Alternativo de Aseguramiento.

Si se pusiera controles de precios, claramente veríamos situaciones como las que vemos en otros países donde nadie quiere invertir en salud.

Para terminar, nosotros queríamos traerles acá un ejercicio que hicimos de cómo sería ese impacto financiero, de sostenibilidad financiera, si es que yo permito que veinte casos con preexistencias, pasen de un plan regular de EPS al *pull* más pequeño de asistencia médica.

Como son casos costosos, el impacto en siniestralidad haría que las primas de los diferentes planes que ofrecen las aseguradoras, tendrían que aumentar entre 17 y 51% para soportar ese costo adicional.



Cruzar pre-existencias tendrá severo impacto en sostenibilidad financiera de seguros de salud

Este es el impacto real de permitir que 20 casos con pre-existencias que estaban en planes regulares de EPS migren al pool de seguro de asistencia médica.

- Si se asumen los casos más costosos, se necesitaría aumentar las primas de los diferentes planes de seguros entre 17% y 51% para poder soportar el costo adicional.
- Si dichos 20 casos se quedaran con planes EPS potestativos, el impacto para todo el pool de afiliados EPS sería de sólo 2%.



Fíjense, estamos hablando de veinte casos solamente, entonces no estamos hablando de mil casos, no estamos hablando de diez mil casos; estamos hablando que el impacto es tan grande, dado el *pull* tan pequeño de los seguros privados, que ese sería el tipo de respuesta que tendrían que dar las compañías de seguros para que esos planes sigan siendo financieramente sostenibles. **(2)**

Lo último que queremos es ofrecer planes de salud que no sean financieramente sostenibles, porque va a pasar un poco como pasa con las prestaciones que hace el Estado, que al final terminan siendo de alguna manera que la atención empeora, ya no tiene cobertura inmediata, sino tiene cobertura de seis meses. Ese tipo de cosas.

Entonces, nosotros no queremos dar un mal servicio.

Si pensáramos que esos veinte casos que venían de un Plan Regular de EPS, se quedarán en planes potestativos de las mismas EPS, dado el tamaño del *pull* de EPS, el impacto en el precio no sería de 17 o 51%, serían 2%.

Claramente es mucho más razonable financieramente hablando que la solución no sea por el lado de cruzar preexistencia, sino sea por el lado que los planes potestativos sean ofrecidos a todos que por alguna razón tengan que salir de un plan de EPS Regular.

Muchas gracias, señora Presidenta, encantado de atender cualquier consulta.

La señora PRESIDENTA.— Muchas gracias, señor Eduardo Morón.

Abro la mesa para las preguntas de los congresistas.

Congresista Torres.

El señor TORRES MORALES (FP).— Gracias, señora Presidenta.

Entiendo también que vamos a tener la presencia de otra persona.

Sin perjuicio de eso, saludar la presencia del señor Eduardo Morón.

Manifestar que hemos tenido reuniones en aras de tratar de entender el tema y los alcances verdaderos, sobre todo porque el congresista Del Castillo en la reunión anterior tuvo dos precisiones que me parecieron vitales.

La primera, era qué sucedía con los casos que están en estos momentos siendo ganados en Indecopi y que una norma como esta le podría afectar.

Lo segundo, era qué podía suceder con el tema de los precios, porque si acá nosotros no estábamos poniendo ningún límite, podría ser que si bien se habilitaba a través de la ley en un cruce de coberturas, podríamos arriesgarnos a que los asegurados tuvieran que asumir costos sumamente elevados.

De las conversaciones he podido entender, he logrado comprender que sí, que el tema de la EPS es un tema totalmente distinto a los seguros privados que son dos naturalezas distintas y hasta mi razonamiento va bien.

El problema que se me sigue generando es que si bien están presentando —corríjame si no es así lo que está diciendo el señor Morón— el hecho que se podría establecer que toda aquella persona que deja de trabajar y que ha contado con una EPS, se vaya a una EPS Facultativa estando dentro del mismo sistema, lo que no me termina de quedar claro es cómo asegurarnos que esa EPS Facultativa no se dispare en el precio.

Eso es fundamentalmente la inquietud que tenemos y que me gustaría que nos la responda, más allá de la respuesta que me digan del mercado porque el mercado hoy ustedes pueden tener muy buena voluntad, pero las cosas cambian y en momentos específicos estos recursos pueden ser olvidados y afectar a la población.

Básicamente esa sería mi pregunta.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, congresista.

¿Algún congresista más tiene alguna pregunta?

Congresista Del Castillo.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Gracias, señora Presidenta.

Estaba relejendo el dictamen o leyéndolo recién que hará algunas preguntas después.

Para entender el asunto, quizás el temor es que es ante una eventual regulación, ante un cambio de asegurado, de un sistema a otro; o sea, por ejemplo, de EPS a un seguro privado.

Estoy entendiendo que una es EPS y es un millón, entonces los costos son menores a un universo de doscientos mil que son los privados. Entiendo la preocupación inicial.

Hice también algunas otras observaciones que son producto de mi experiencia, no porque me contaron.

No sé bajo qué mecanismos pero las compañías de seguros tienen un acceso indebido a las historias clínicas, me van a decir que no, por supuesto, pero me consta porque así es. Así funciona el sistema, lo cual viola la privacidad, la intimidad, etc. y eso no debe ser.

Lo que pasa es que no hay ninguna sanción, pero me consta que las clínicas más encopetadas terminan pasando sus datos médicos a las compañías de seguros. Primer punto.

Segundo, cuando vino aquí la señora superintendente de Banca y Seguros, le pregunté: y quién regulaba las salsas que los seguros daban. No me respondió porque es obvia la respuesta, nadie.

Entonces, yo probé, por ejemplo, el año pasado las compañías de seguros en distintos montos, pero habían hecho incremento tanto en las primas como en los copagos que se hacen por consultas u operaciones, aumentos que oscilaban entre cien y doscientos por ciento, sin ninguna confederación, simplemente un día mandaron una carta y usted ahora a partir de tanto paga tanto.

Ustedes dicen: no queremos controles. Yo creo que a estas alturas de la vida nadie plantea controles, sería absurdo. Pero creo que mecanismos de regulación sí son factibles, perfectamente entendibles y atendibles, porque no puede ser que las compañías de seguros decían decía que debían aumentar doscientos por ciento sus costos en perjuicio de los usuarios.

Digo en perjuicio porque eso no refleja para nada el costo de vida, si aumentó el costo de vida, normal, un poquito más. Pero cien por ciento, doscientos, doscientos cincuenta por ciento no tiene sentido.

No obtuve respuestas, no sé, señor Morón, si usted tiene algunas respuestas que darnos en este mecanismo de cómo funciona.

Acá menciona que si se asumen los casos más costosos, estoy entendiendo que si los seguros privados asumen casos de preexistencias que quieren quedarse en el área privada, los

aumentos serían de 17 a 51%, creo que se queda corto. Me parece que es bastante más ese incremento.

La pregunta final que quiero hacer en esta primera parte es: el Sistema EPS tiene exactamente las mismas coberturas que el Sistema Privado, ¿es igual?

Lo digo porque en el Congreso antes teníamos un contrato privado, hoy tenemos un contrato EPS. Entonces, preguntamos: ¿tenemos exactamente la misma cobertura, son los mismos precios, cuál es la diferencia, en qué ha cambiado esto aparte de ser una masa crítica más grande?

Qué ha cambiado, qué ha mejorado, qué ha disminuido en atenciones médicas cobertura, todo el espectro que un seguro nos puede brindar.

Gracias.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, congresista.

¿Alguna pregunta más?

Si me permite, yo haré una pregunta.

En el tema de la información al usuario, el dictamen está incluyendo que las propias compañías de seguros, sean las que informen a los asegurados la existencia del potestativo.

Sin embargo, comenzaron a decir que debía ser el empleador y no ser el sistema de seguros en realidad y nosotros pensamos, por lo menos de ese lado del dictamen, que sería bueno que sea la propia aseguradora que informe cuáles son esos planes potestativos.

Entonces, quisiéramos saber cuál es la discrepancia que han tenido en ese sentido.

Bueno, le doy la palabra al señor Morán, para que responda las preguntas.

El señor DIRECTOR DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Eduardo Morón Pastor.— Gracias, señora Presidenta.

Empiezo con su pregunta y en algunas cosas voy a pedirle a Francisco Monge que me acompaña, que él tiene más información que la que yo tengo.

Con respecto al tema de la información al usuario en el momento del cese, claramente quien va a estar presente en ese momento va a ser el empleador, que es el que lo está cesando al trabajador.

Lo que nosotros podemos ofrecer, y como asociación claramente nos interesaría ayudar en ese momento. Es ofrecer información común, sin marcas, simplemente el hecho de decir: a esta persona la están cesando y ofrecerle información sobre los productos potestativos, que existe esta opción.

Nosotros podríamos ofrecer información electrónica, cosas que cualquier empleador en cualquier parte del país, podría tomar y servirle para poderle informar al trabajador: estás cesando, no te olvides que tienes derecho a sacar tu CTS y no te olvides que tienes hasta cierto tiempo para mantener tus preexistencias

siempre y cuando tengas un plan potestativo, y esta es la información disponible.

Nosotros encantados de ofrecer esa información sin marcas, común, para cualquier empleador, para cualquier trabajador.

Creo que de alguna manera así lo está recogiendo el predictamen.

Regresando a las preguntas de los congresistas.

Con respecto al tema de los precios, para que no se disparen.

Nosotros hemos traído un artículo que se podría agregar al dictamen que de alguna manera buscaría que efectivamente no pase lo que ninguno de nosotros queremos, que es las razones por las cuales los precios del aseguramiento deberían subir, deberían ser fundamentalmente por mayor siniestralidad, que no está en manos de las compañías, sino simplemente una cuestión de la población asegurada; y segundo, de la inflación médica, cosas que nosotros podemos de alguna manera tratar de controlar, pero tenemos el hecho de que aparezcan nuevos productos que típicamente son más caros, hace que esos servicios sean naturalmente más caros.

Entonces, uno podría buscar una redacción en el cual el monto de esa contraprestación que el afiliado a un plan potestativo paga, debería basarse en criterios técnicos, financieros, supuestos actuariales, que respondan a la siniestralidad pasada de la cartera completa de EPS. De modo que justamente funcione este mecanismo que les muestro acá con el ejemplo, que en lugar que se aumenten los precios de manera desorbitada, se aumenten probablemente de manera muy limitada, simplemente por el efecto de atender un *pull* más grande de afiliados.

Por lo tanto, nosotros podemos alcanzarle acá que hemos traído copias para todos, si quieren tomar en consideración este articulado, creo que atiende a las preocupaciones que han manifestado los congresistas, que también es la nuestra.

Tampoco no queremos que a nuestro juicio lo que debería basar es que para cualquier persona que entra en esta situación en la que tiene que decidir si seguir con un plan potestativo o tomar un plan de aseguramiento y cruzar al otro sistema, debería ser que el precio sea siempre mucho más barato y que por más que exista en la ley la posibilidad de cruzar, nadie la use, simplemente porque van a tener la misma atención a un mejor precio.

Quisiera si me permite, señora Presidenta, pedirle a Francisco Monge que me ayude a contestar las dos preguntas que hizo el congresista Del Castillo.

La señora PRESIDENTA.— Adelante, señor Francisco Monje.

El señor ASESOR LEGAL DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Francisco Monge.— Gracias, señora Presidenta.

Buenos días, con todos.

El congresista Del Castillo nos preguntaba y nos decía, por qué las compañías de seguros siempre toman conocimiento de la historia clínica y que se viola con eso la privacidad.

Quería decirle que el artículo 25 de la Ley General de Salud, desde el año 1996, permite y tiene una excepción a la confidencialidad de la historia clínica para el financiador, cuando lo realiza con fisiones de auditoría.

Entonces, todo asegurado cuando llena su solicitud de seguro tiene una declaración expresa en que le autoriza a la compañía de seguros a conocer la historia clínica solo con fines de auditoría. (3)

Bajo esa declaración hay un consentimiento para que la historia clínica sea puesta en conocimiento.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Permítame una interrupción, Debe ser la letra bien chiquitita, porque no tengo conciencia jamás de haber firmado ni ningún familiar mío una autorización de ese tipo.

Si esa ley existe, creo que es inconstitucional. Acá está el presidente de la comisión.

Creo que hay un derecho a la intimidad que está por encima de cualquier cosa. No sabía que existía esa norma.

Le he preguntado a varias personas y me juraban y me rejuraban que eso no era cierto.

Pero ahora el expositor está informando que sí es cierto, que sí acceden a las historias clínicas.

El argumento es que uno lo autoriza, yo no tengo conciencia jamás de haber autorizado y les digo a mis colegas: ¿han autorizado alguna vez?

Estamos ante una realidad concreta y creo que eso es malo. Eso es malo, señora Presidenta, porque no tiene por qué.

Mañana o pasado puede ser usado en contra de cualquier persona. Ahí tenemos, estoy anotando el artículo 25 de la Ley General de Salud.

El señor ASESOR LEGAL DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Francisco Monge.— La otra pregunta que hizo fue en relación...

La señora PRESIDENTA.— Perdóneme que le interrumpa.

Sería bueno aclarar, qué significa: con fines de auditoría. O sea, para qué propósito lo usan también.

El señor ASESOR LEGAL DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Francisco Monge.— La única finalidad que utiliza la compañía de seguros una historia clínica es para conocer cuáles son los diagnósticos que tiene la persona en el momento que contrata el seguro, como cualquier contrato, la buena fe es el principio, hay una declaración de salud que uno llena y simplemente sirve para verificar.

Ahora también sirve porque en el funcionamiento del sistema uno va a atenderse con el médico en la clínica o en el establecimiento de salud y el médico prescribe determinado tratamiento y la compañía de seguros está obligada a financiar

parte de ese tratamiento a través del pago de lo que resta del copago y lo que fuera.

En ese momento, luego de la atención, la compañía de seguros lo que hace es verificar con la historia clínica que el tratamiento que ordena el médico sea el adecuado o que esté dentro de los límites pactados en la póliza de seguros con el contratante y de esa manera lo atiende.

Si es que no tuviéramos esa posibilidad las compañías de seguros, lo que pasaría finalmente es que el propio asegurado tendría que llevarnos la historia clínica para poder verificar si estamos dentro de los límites del contrato.

En realidad, es para que el mecanismo de la compañía de seguros funcione y le pague a los propios establecimientos de salud lo que ha correspondido de cobertura. No es ningún fin ilícito para el que lo utilizan, suena, puede ser, pero es un fin totalmente lícito y se usa y las compañías de seguros lo utilizan con total confidencialidad. Ninguna compañía de seguros puede hacer público esto por justamente el deber de confidencialidad que tenemos con nuestros asegurados. Simplemente eso.

En los otros países, solamente para que haya una comparación, siempre se permite que las compañías de seguros tengan este acceso para justamente este financiamiento, porque es la lógica del sistema.

Saliendo del tema de salud, si tenemos carros o fábricas que se aseguran en riesgos generales, también hay unas declaraciones y también son confidenciales los actos que se aseguran de las compañías de seguros.

Eso era para precisar el tema particular del funcionamiento de esa confidencialidad. Llega al límite, pero es eso.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Usted ha usado la palabra "auditoría médica", ¿cuál es el concepto de la auditoría médica?

Entiendo que es para mejorar la atención, la calidad del tratamiento médico, mejorar la práctica médica, informar o educar al paciente y a los propios médicos de lo que tiene que hacer. En general, mejorar la atención médica.

El señor me está hablando, yo no creo que el concepto de auditoría médica sea el aplicable a este caso, podrá ser una auditoría contable de las compañías de seguros, pero no auditoría médica. Es otro concepto, señora Presidenta.

Como usted ve, hay una confusión de conceptos y obviamente, me quiero poner en un caso hipotético.

Uno al médico le cuenta en confidencialidad, además el médico le pregunta cuando hace una historia y es deber de uno contarle al médico todos los males que pueda tener. Para eso es.

Pero está dentro del juramento hipocrático, el secreto profesional, hay una serie de parámetros que regulan esta situación y obviamente un médico no podría cometer el acto antiético de informar ni pública ni privadamente a nadie estos

hechos, salvo que en una auditoría médica efectivamente para mejorar la atención se pueda hacer un cruce de información.

Pero para fines comerciales, mercantiles o empresariales o como se le quiera llamar o de seguros, no creo que alcance este concepto bajo ninguna consideración. Primero, porque conceptualmente la auditoría médica no es para ver cuánto de acoto, porque eso es lo que me está respondiendo.

Quiero saber qué afirmaciones tiene usted para saber cuánto le voy a cobrar. Si usted tiene una preexistencia, entonces esto ya no es cien sino será ciento veinte. Para eso hay solución a este sistema.

Como vemos, señora Presidenta, hay un error de concepto en el asunto, además claro de buena fe dicen, hay una confidencialidad.

Yo me imagino que señor N o la señorita X, Y o Z; tienen una preexistencia, muy bien, el día de mañana son candidatos a la Presidencia de la República, ministro de Estado, aspiran a un lugar internacional importante y alguien comete la infidencia, alguien que no está bajo juramento médico, profesional, comete la infidencia de filtrar un asunto, puede ser una secretaria, no estoy pensando en el gerente general de ninguna compañía de seguros, pero sí puede pasar.

Entonces, se abren brechas o se pueden abrir brechas que son impropias. Eso por un lado.

Por otro lado, creo que le derecho a la intimidad está por encima de cualquier otra circunstancia. Francamente no hay derecho a que haya un acceso de un sector a la información médica clasificadísima de cualquier persona. Es un derecho humano mantener esa intimidad.

Eso lo pongo por delante porque además el concepto de auditoría uno la podría decir: bueno, es la revisión de las cuentas finales. Pero como vemos, más bien este es el conocimiento *a priori* para ver cuánto le voy a cobrar. O sea, no es *a posteriori*, sino es *a priori* evidentemente. Lo acabo de escuchar.

Claro, la tarifa es X, pero sí tú tienes preexistencia porque tienes cólicos permanentes o migrañas o un antecedentes de diverticulitis, cuesta tanto más. Ese es el punto.

Recordemos, señora Presidenta, que antes lo seguros no reconocían las preexistencias, tuvo que darse una ley. Entonces, a regañadientes aceptaron las preexistencias, pero el siguiente paso fue subir las tarifas. Muy bien, la acepto, pero te cobro lo que creo que debo cobrarte y lo cobraron.

Ahí está el tema de la discusión, claro, no lo veo tremendamente desde el punto de vista exagerado decir: oiga, por qué tanto. Estoy yendo al hecho ético. Es natural que si hay una preexistencia, además el paciente tiene el deber en una declaración jurada, si lo estima pertinente decir, tengo esta preexistencia.

Si él falta a la verdad, la compañía de seguros le cortará, como sucede con los seguros de vida. Los seguros de vida te preguntan: usted tiene cáncer no. Mañana se muere de cáncer no le pagan, simplemente.

Ese es el punto.

Creo que esto se ha hecho bajo el principio de la Ley del Embudo, todas las condiciones están dadas para las compañías de seguros, no está defendido el usuario o el consumidor bajo ninguna modalidad.

Yo entiendo el proyecto de la congresista Chacón, no me voy a ir jamás a una especie de control de precios, pero creo que sí, cómo defendemos al asegurado, cómo regulamos estos excesos que se han visto.

Yo tengo acá, ya no paso por no ser pesado, pero el alza de tarifas que ya le dije la vez pasada. En la clínica tal, sube cien por ciento, la otra ciento cincuenta por ciento, los deducibles tanto por ciento. Es así.

Disculpe usted mi extensión, pero creo que este es un punto importantísimo porque es la línea ética que tiene que estar, que es la vive un manejo correcto e incorrecto en el tema del seguro, respecto a las preexistencias.

La señora PRESIDENTA.— Congresista Torres.

El señor TORRES MORALES (FP).— Gracias, señora Presidenta.

Escuchando lo que se está diciendo y coincidiendo evidentemente en que hay temas que tenemos que analizar más allá del tema que nos concita el día de hoy, para tratar de aterrizar y entender bien las cosas.

Si nosotros el día de hoy estamos en una EPS y mañana terminamos nuestro trabajo, vamos a tener que tomar dos o tres decisiones: primera decisión, que nos pasamos a un seguro de salud, lo cual bajo la lógica que tenemos y teniendo en consideración la ley que deben cubrir las preexistencias, me imagino que si hago una locura de mi parte, porque los seguros de salud siendo muchísimo más reducidos en la cantidad de personas que tienen una EPS, me ofrecerían un producto que debe ser carísimo.

Eso lo llego a entender porque son dos productos distintos, la EPS y el seguro de salud, que es lo que he podido comprender.

Ante esta situación, lo que el mercado ha generado de manera saludable es que a la EPS que se puede tener en un trabajo permanente, aparezca una EPS potestativa.

En ese potestativo, evidentemente lo que necesitamos es que claramente quede establecido que todo lo que estaba cubierto por la EPS originaria, va a estar cubierto por la EPS Potestativa. Y quizá la salida sea que el valor de esa EPS Potestativa sea calculado no teniendo única y exclusivamente la información de la siniestralidad del nuevo grupo de la EPS Potestativa que sería muy pequeño, sino que incluya a la EPS original.

No sé si me dejo explicar, señora Presidenta, en el sentido que si termino de trabajar y me voy a una EPS Potestativa y en la

EPS Potestativa van a sacar cuál es mi prima, va a ser alta también porque no somos tantos en la EPS Potestativa.

Pero si nosotros de alguna manera logramos precisar en la norma que aquel que se vaya a una EPS Potestativa, su siniestralidad será considerada, será valorada, teniendo en cuenta el grupo de la EPS original que ha salido, sospecho que podríamos llegar a algo bastante más razonable y algo más seguro para el asegurado.

Quería la opinión al respecto.

El señor DIRECTOR DE LA ASOCIACIÓN PERUANA EMPRESA DE SEGUROS, APESEG, doctor Eduardo Morón Pastor.— Señora Presidenta, atendiendo la explicación que ha hecho el congresista Torres, si ese sistema funciona así, que es como hoy a nuestro juicio está funcionando, esta preocupación que tiene el congresista Del Castillo es mucho menor porque yo ya conozco a esa persona que tiene preexistencia, era mi afiliado. Al ofrecerle el plan potestativo, yo ya sé su historia clínica, yo ya lo conozco, es mi cliente.

Lo que estamos queriendo nosotros hacer es de esta manera que las compañías no se tiren a los afiliados enfermos entre ellas, sino más bien que cada uno mantenga a sus afiliados que por alguna razón tienen alguna preexistencia, les ofrezcan siempre continuidad de su preexistencia.

Entonces, no habría preocupación de violación de intimidad ni nada por el estilo, ya los conocen, son parte de su grupo de afiliados.

El señor TORRES MORALES (FP).— Sí, creo que son precisiones distintas porque me imagino lo que está diciendo el congresista Del Castillo es qué pasa si es que nos vamos a otro sistema en donde se necesite información y es donde ahí tenemos que ver el tema del derecho a la intimidad y todo lo demás.

Pero disculpe que sea tan insistente, señor Morón, no me precisa si es que ustedes verían a bien que se precise en la norma que en el caso de las EPS Potestativas que ya no sería un tema que si es que a ustedes les nace crear productos, sino que sería una obligación para cada una de las EPS tener su EPS Potestativa. Primero.

Y lo segundo es que ustedes tengan la obligación de cuantificar la siniestralidad y, por lo tanto, el costo que nosotros vamos a tener en nuestros seguros, no solamente viendo los miembros de la EPS Potestativa, sino también los de la EPS original.

¿Eso es para ustedes es viable? No solamente es viable, sino que eso a nuestro juicio es lo financieramente sano para el sistema, para los afiliados, para no afectar al resto de las personas, no solamente a aquella persona que por alguna razón sale de un plan regular, sino al resto que también se queda.

Creo que esa es la manera correcta **(4)** de regular la preocupación, digamos, que todos tenemos que los precios vayan al alza simplemente por tener un referente muy pequeño.

La señora PRESIDENTA.— Claro, en realidad es un producto de la EPS, no es una EPS adicional y esa es la diferencia, entonces,

es un producto adicional que tiene la EPS para que las personas mantengan su seguro dentro del mismo sistema, pero esta vez pagándole él dado que está fuera.

Hoy en día lo que sucede y me pasa a mí, lo cuento personalmente, estoy en la EPS de la institución a la que yo trabajaba antes y lo que ha quedado es un convenio con mi empresa de pagar el seguro, pero no lo tomé como un plan potestativo, sino que lo hice en convenio con la empresa. Esta vez sería ya un mecanismo que si sería como producto de la EPS en la cual yo no perdería el sistema de seguro que tenía en mi trabajo anterior, digamos, para ponerlo en ese caso.

Entonces, no tendría por qué aumentar el costo, porque estaríamos dentro del mismo universo de personas habiendo sido el mismo no aumenta la siniestralidad, soy la misma persona que estaba antes a la que está ahora, es el mismo equipo, o sea, el mismo grupo, entonces, no habría por qué haber un aumento de costos en general, digamos, en promedio solamente porque hubiera más. Además, con una masa de asegurados más grande, pues, estamos seguros que no perderíamos, no habría tampoco por qué aumentar el costo, o sea, habría también un elemento importante, por eso la intención de ponerlo, por favor, otra vez.

El señor TORRES MORALES (FP).— Sí, yo creo que con eso solucionamos el tema de sin ir a un agresivo control de precios que por cierto tampoco está descartado por ser un tema que en otros rubros también se da a través de la regulación, es un sistema a través del cual, de alguna manera, y esto siempre a cargo de revisión. O sea, de acá en un año, en dos años volveremos a revisar si es que el sistema funcionó, pero por lo menos nos permite tener esa seguridad de que no se va a concentrar en muy pocos este problema económico. Hasta ahí me parece que podemos haber avanzado.

El otro problema que no nos dicen es qué sucede con los casos que están en vigencia, porque esos casos están ganando, entonces, que salga de acá una ley en la cual, digamos, y eso lo advirtió el congresista Del Castillo, me pareció preciso. Las personas que están ganando ahorita en Indecopi cómo vamos a sacar una ley en la cual le decimos, oye, ahora vas a perder.

La señora PRESIDENTA.— En el predictamen nosotros estábamos incorporándolo, eso es importante. Estábamos incorporando todos esos casos para y había una precisión para que los pudiéramos incorporar a todos, ¿tienes el predictamen en la mano? Porque la idea era que diéramos continuidad al sistema para que no quedaran fuera del sistema aquellas personas. Creo que sí, ahí está.

Disposición Complementaria Transitoria Única. Procesos en trámite. Lo establecido en la presente ley es de la aplicación inmediata a los procesos administrativos en trámite. O sea, queríamos asegurarnos de que esos que están en esos casos tipo Indecopi estén cubiertos por esta norma.

El señor TORRES MORALES (FP).— Claro, si es que nosotros ponemos. Lo establecido en la presente ley es de aplicación a los procesos administrativos en trámite, le estaría dando,

disculpen que hable tan abiertamente a favor de las aseguradoras, porque estaría diciendo la anterior no te protegía, esta sí te protegía. Y lo que va utilizar Indecopi va decir cuál era la norma que era vigente en su momento, la anterior, perdiste. Creo que la redacción no es la...

La señora PRESIDENTA.— Bueno, busquemos la mejor redacción para asegurarnos de que estén coberturados, efectivamente. La intención es esa, tratar de que continúe el proceso y no se les reconozca sus derechos a las personas que estaban en la anterior ley, porque esta es una precisión para asegurarnos de que quede claro que no pierden su cobertura. Si les parece le propongo que hagamos un esfuerzo en mejorar la redacción, por supuesto.

Si me permiten voy invitar, entonces, al señor Eduardo Paz Risco, que es el gerente general de Apecose.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Disculpe, yo lo corté acá al señor con una pregunta y ahí se quedó.

La señora PRESIDENTA.— Ah sí, continúe, por favor, y lo invito al señor Risco para que se siente con nosotros, por favor, para después complementar la presentación.

El señor .— Las EPS y las coberturas que refiere el congresista Del Castillo. En el sistema EPS como es complementario a la seguridad social que brinda EsSalud son una serie de diagnóstico que se cubren. Actualmente existe el plan esencial de aseguramiento en salud que tiene la capa obligatoria de cubrir una EPS que son las serie de diagnósticos y tratamientos que tiene que cubrir y cada afiliado regular pagará un porcentaje para cubrir los diagnóstico de capas complementaria, entonces, en el sistema EPS se cubren diagnósticos.

Y en el sistema de seguros es un contrato para la cobertura de riesgos de hechos futuros e inciertos en este caso de la salud que se cubrirán en función a ese contrato de asistencia médica que contrate el asegurado. Eso para marcar las diferencias que hay entre el sistema EPS y el sistema de seguros.

Y, luego, en el tema del incremento de las primas y eso son estudios técnicos actuariales que se hacen anualmente a la cartera y que modifica ya sea la prima o las tablas de copago que se tiene que pagar en función a la clínica y a la red en la que esté cada clínica. Eso es, son las tres preguntas que había hecho el congresista.

La señora PRESIDENTA.— Gracias.

Le doy la palabra, entonces, al señor Eduardo Paz Risco, quien viene de la Asociación Peruana de Corredores de Seguros para que nos dé su mirada a esta norma y después le hacemos las preguntas correspondientes. Él viene en representación del señor Giulio Valz-Gen Rivera, presidente de dicha asociación que se encuentra actualmente de viaje.

EL REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN PERUANA DE CORREDORES DE SEGUROS (APECOSE), señor Eduardo Paz Risco.— Gracias, congresista, buenos días con todos.

He venido escuchando las diferentes exposiciones y consultas. Lo que tenemos que tener en cuenta aquí es que por delante de todo estos sistemas si queremos llamarlos así, está la persona y eso lo conocen ustedes mejores que yo, porque estamos hablando de la Constitución. La persona está por encima de los sistemas.

Ahora, los dos sistemas podemos decir, algunos podrán decir son diferentes, pero si nos ponemos a analizarlos, ambos sistemas cubren contingencias y ambas contingencias la pueden llamar diagnósticos, pero nadie viene con los diagnósticos realizados. Los diagnósticos o las enfermedades son riesgos que se pueden dar en cualquier momento. La diferencia entre en este riesgo es que posiblemente en otro pueda suceder o no, puede que mi automóvil lo choque o no, pueda que mi casa se incendie o no.

Aquí de todas maneras se va a dar la contingencia, lo que no sabemos es cuándo. Eso es lo que tiene este sistema, y tanto la EPS como las compañías de seguros, cubren la contingencia de que suceda, tal es así que en la EPS que tiene el plan básico, que tiene la capa básica o simple, hay una capa complementaria que han puesto las compañías, porque es tan mercantil uno como el otro y ambos están sujetos a la siniestralidad para establecer sus costos, entonces, lo que estoy escuchando aquí es de un producto potestativo como salida a la propuesta del proyecto este de la preexistencias cruzadas.

A mí me parece que este es un producto que si lo analizamos en conjunto me parece que tiene buena perspectiva, sobre todo porque viene de una misma bolsa. Si es de la EPS se va a mantener en la bolsa, no me va a incrementar la siniestralidad, porque ya son siniestros existentes y en eso sí nosotros estamos preocupados como la Asociación Peruana de Empresas de Corredores de Seguro por el asegurado, creo que todos aquí estamos pensando en el asegurado, porque somos todos asegurados, incluyendo a las personas que representan a las aseguradoras, todos en algún momento somos asegurados.

Entonces, si me hablan de un proyecto como el potestativo no me preocuparía tanto el cruce de un paciente, de un sistema al otro, ¿por qué? Porque si el producto potestativo es apropiado, okay, va tener poco interés irse a otro sistema con la preexistencia si tengo mi propio sistema el potestativo que me va a cubrir lo que tengo y que no me va a incrementar mayormente las primas, porque estoy dentro de la misma bolsa. Acuérdense que esto es una mutual, todos aportamos hacemos una bolsa y administramos.

Ahora, tan igual es considerados ante la ley. Las compañías de seguros como las EPS que cuando las nombramos por la ley de aseguramiento universal le decimos Iafas a una y a otra, porque ambas son administradoras de fondos.

Ahora, qué pasaría lo que sí me preocupa a mí, por ejemplo, si yo estoy tranquilo en la EPS, tengo mi potestativo, no me interesa cruzarme al sistema privado, porque sé como bien lo han manifestado acá es una locura irme a un sitio más caro si tengo mi propio y nosotros mismos tenemos esa experiencia. Pero qué pasa si yo estoy en el sistema de seguros y mi situación decae,

porque sabemos que las personas de mejor situación económica son las que tienen los seguros particulares, porque son altamente caros. Este es un producto muy siniestroso. Todos sabemos que si no tenemos una póliza de seguros, me voy a la farmacia del frente y me curo un seguro hasta frotándome la receta o con una pastilla, pero si tengo un seguro me voy al médico que me saquen mis análisis, que me saquen mi radiografía, es decir, tener un seguro encarece el producto, porque es la manera de usarlo.

Entonces, como tengo un producto caro, pocos son en el mundo, ni siquiera en el Perú, en el mundo en la menor cantidad de población tienen seguro particular. ¿Qué pasa cuando mi situación económica decae? Entonces, busco yo una mejor situación o un seguro más barato y en este caso me parece que el producto potestativo podría ser el que me va a favorecer, ¿qué pasa con mi preexistencia? Evidentemente, tengo que tener alguien que me diga. "Oye, si no te preocupes hay una regulación que dice que puedes ir con tu preexistencia cruzando al otro sistema", porque entiendo que ese es el espíritu de este proyecto.

Lo que sí podemos hacer como se ha conversado acá, es mejorar la redacción en varias partes y yo creo que estamos para sentarnos todos con el mismo interés tanto a la Apeseg como Apecose y ustedes para contribuir a que este proyecto sea el más apropiado, cuidando el interés del asegurado que somos nosotros. Todos en algún momento somos asegurados, ¿quién de nosotros podría levantar la mano y decir que no ha habido enfermedad en su vida o en su familia?

Entonces, aquí veo la preocupación muy correcta del proyecto de buscar de proteger la preexistencias. Es cierto, antes, como bien dijo el congresista Del Castillo, no se hablaba de las preexistencias cruzadas. Empezó por una ley hablarse de la continuidad, se le conocía como continuidad, o sea, para eso tú tomabas un seguro en otra empresa de seguros y tenías que cubrir tu continuidad en las mismas condiciones de la que venía en la anterior. Si tu nuevo seguro era por 100 y el anterior era por 20 000 cubrías la preexistencia por 20 000 y eso es correcto, o sea, le favorecemos permitiéndole por lo menos tener esa cobertura.

Este proyecto de ustedes busca lo mismo, busca que el asegurado tenga esa facilidad de no perder cuando se pasa a otro sistema, porque puede ser que su situación mejore tanto que pueda cruzar de la EPS al seguro privado, pero eso no es el tanto, más va ser al revés, en verdad más va ser al revés. Posiblemente los que esté en el seguro privado pretendan cruzar al seguro potestativo que me parece que es un producto que si lo evaluamos bien, es creo que una muy buena salida que propone la [...?]. No existía, quizás gracias a que esté este proyecto se le ha dado impulso, no existía en la realidad, lo existía en la letra, pero gracias a este proyecto que están presentando ustedes están permitiendo que las compañías de seguro estén promocionando un producto que si lo evaluamos adecuadamente podríamos ...

Quisiera también mencionar un poquito lo de la auditoría, porque no solo es su preocupación, congresista Del Castillo, es la preocupación de todos. Lo que pasa es que a veces no se define bien la auditoría médica, porque solo se habla de un aspecto de la auditoría médica. La auditoría médica tiene diferentes aspectos como son:

Primero, lo que se habló acá. Cuando viene un asegurado nuevo hace su declaración y puede exigir una reticencia. Reticencia es aquello que no declara, aquella enfermedad oculto y que no declaro, entonces, la labor del auditor médico ahí es averiguar qué enfermedades tiene el señor que pueda no haber declarado, porque sino sería injusto que la compañía de seguros le dé una tarifa desconociendo esto en desventaja, porque el asegurado no lo declaró. Ahora, en ese sentido es correcto.

El otro papel del auditor es, ¿qué pasa cuando si bien vino, hubo esa reticencia y salta la enfermedad? Entonces, si no tenemos el antecedente posiblemente dañemos al propio asegurado, pero el auditor médico ahorita tendrá el papel de decir, oye, si tiene este antecedente tiene que tratarlo de esta u otra manera, también habla del mejoramiento del tratamiento.

Ahora, otro papel del auditor médico es al momento del siniestro. Comprobar si es verdad la enfermedad, si es verdad que la muerte fue a consecuencia del diagnóstico que dijeron que tuvo, porque a veces sucede que en provincia ¿quiénes son las autoridades en provincia a veces? En los pequeños pueblitos, la autoridad a veces termina siendo el sacerdote o termina siendo el alcalde, el médico o es el juez y es el alcalde y es el sacerdote y cuando muere alguien ahí, de repente, dicen, fue accidente y resulta que el auditor va, cruza la información de la que estamos hablando que se cruza y comprueba que no fue un accidente, sino que fue un cáncer, entonces, el papel del auditor prácticamente es el de un forense y tiene varias formas de actuar y muchas veces si bien en uno de los aspectos favorece al asegurado, (5) en otros va a ir en contra cuando consiga esa información que se supone debe ser secreta.

Bien, hasta ahí la posición de nosotros es que si hay ese producto potestativo, yo creo que ya nadie debe preocuparse tanto de que exista o no la preexistencia cruzada, sino le podríamos apoyar porque ya no sería atractiva si el producto es bueno. Y si manejamos bien ese proyecto adecuadamente colaboramos todos en su redacción, creo que podemos favorecer al asegurado y a todas las partes interesadas.

Hasta aquí, si tienen alguna pregunta, a su disposición.

La señora PRESIDENTA.— Muchas gracias, señor Risco.

¿Alguna pregunta de los congresistas?

Si, por favor, señor torres.

El señor TORRES MORALES (FP).— Habiendo escuchado de manera integral y para pedirla, presidenta, que a través de su equipo técnico puedan hacer los ajustes correspondientes al dictamen.

Entonces, lo primero sería que se debe incluir la obligación de que las EPS tengan su EPS potestativo, porque el día de hoy, entiendo, es voluntario. O sea, lo primero que me parece es que estamos, salvo que alguno de mis colegas tenga alguna apreciación distinta, es que ese EPS potestativo sea una obligación. Si vas a ofrecer EPS tienes que tener EPS potestativo para la persona que van a dejar de trabajar.

Segundo. Que siempre se permitió, a partir del 2012, evidentemente, el cruce de sistemas, que sí es EPS a EPS potestativo, EPS a seguro de salud, eso siempre ha estado desde el 2012. Que lo vayas a hacer, eso es un tema que tú tendrás que evaluar porque un seguro de salud va a ser carísimo, e irse a un EPS facultativo va a ser más barato.

Y acá viene el tercer punto. Que en el caso de EPS a EPS facultativo se precise que debe cubrir en las mismas extensiones, y debe ser calculada la siniestralidad considerando el universo integral, vale decir, no solamente el grupo que está en el EPS potestativo sino en el EPS original.

Y, finalmente, por una apreciación que nos han hecho ahorita, sí me parece súper válido e importantísimo precisar que si uno pasa de seguro de salud a EPS, todas tus preexistencias están total y absolutamente cubiertas, lo que es lógico porque estamos entrando de un mundo muy pequeño a un mundo bastante más grande.

Y yo creo que con eso se estarían cubriendo todas las aristas que de hecho el proyecto de ley es buenísimo; porque el proyecto de ley está atendiendo una necesidad clarísima de información, de protección al asegurado y todo. Pero creo que de esta manera, sin ser tan agresivos estamos cerrando un poquito el círculo; y claro, con cargo siempre a verlo de aquí a un tiempo de cómo se están comportando las empresas, ¿no?

La señora PRESIDENTA.— Sí, en ese sentido, en el artículo 118.º, cuando hablamos de las preexistencias, justamente, se habla de ese mecanismo, de que quede clara la obligación de otorgar cobertura de las preexistencias en los seguros de salud o planes de salud, corresponden a toda empresa de salud o EPS, aún cuando el cambio se realice de cualquier EPS aún cuando el cambio se realice de cualquier EPS a una compañía de seguros o viceversa.

Para tal efecto, la compañía de seguros y las EPS informarán sobre las posibles diferencias existentes en cobertura y costo en relación al contrato original y el nuevo plan de salud o póliza de seguro que se pretenda contratar. Entonces ahí se especifica lo que acaba de plantear. Y en las disposiciones complementarias finales, nosotros planteamos justamente la obligatoriedad de los planes potestativos.

De acuerdo a lo dispuesto, la Ley 26790, la Ley de Modernización de la Seguridad social en salud, y la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, y sus reglamentos, las EPS deben tener disponibles planes de salud potestativos que deben cubrir todas las prestaciones contenidas en el Plan de salud para afiliados regulares del cual formaba parte. Entonces, con eso queda dentro del marco de la misma EPS en la que estaba

envuelta. El que, además, puede incluir prestaciones adicionales de cualquier índole.

Es obligación de la entidad empleadora informar al trabajador cesado sobre la posibilidad de afiliarse a un plan potestativo de la EPS, con la que tiene contrato, y para tal efecto en la entidad empleadora en el plazo de diez días contados desde el cese del trabajador informar al EPS, en el que se encuentra afiliado el trabajador. En fin, queda ahí.

Lo que quizás sea bueno, vamos a revisar con ustedes el texto de la disposición complementaria transitoria única sobre los procesos en trámite.

El señor TORRES MORALES (FP).— Presidenta, lo del cálculo de la siniestralidad.

La señora PRESIDENTA.— Es que no necesita hacerlo porque está dentro del mismo paquete de la misma... O sea, es un producto dentro de la EPS, no es que está saliendo de la EPS. Esa es la diferencia, o sea, no es otro plan, es parte del mismo plan; está migrando a pagarlo tú a que lo pague tu empresa. Esa es la diferencia.

El señor TORRES MORALES (FP).— Sí, pero sin embargo, presidenta, si me lo permite, mejorar asegurarnos y que quede bien clarito expresamente que la siniestralidad va a ser considerado tanto de EPS original como el EPS potestativo.

La señora PRESIDENTA.— Acá plantean una sugerencia. Los planes de salud ofertados por las EPS que se refiere el artículo 101.º del Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, aprobado mediante decreto supremo, debe incluir los planes potestativos. Está marcando que es marcando dentro del plan de la EPS, a que se refiere el Capítulo IV del Reglamento de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud, aprobado por Decreto Supremo 009-97 SA, a fin de permitir que los trabajadores afiliados a una EPS que cesen en sus labores puedan acogerse a un plan potestativo de la EPS, no vuelven a salir, ese es el tema— que les permita acceder a la continuidad de sus atenciones.

El señor TORRES MORALES (FP).— Claro, pero creo que en nada va a dañar que pongamos "en ese sentido el cálculo de la siniestralidad y de las cuotas de cada uno de los... se hará de manera global", ¿no?

La señora PRESIDENTA.— Está bien.

"El monto de la contraofertación a pagar por el contratante y afiliado de la contratación plan potestativo, una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la contraprestación, los criterios técnicos financieros y supuestos actuariales para realizar la actualización de la contraprestación correspondiente, como la siniestralidad pasada y esperar la cartera de afiliados de la EPS. En ese caso el contratante solicita información más detallada que también debe ser proporcionada por la EPS". Bueno, en fin, es como que están dentro del paquete.

Entonces, lo tomamos estas dos sugerencias para poderlas incluir. Si les parece.

El señor .- Eso garantiza la medición de cartera de afiliados. Ya con eso tenemos la precisión perfecta.

La señora PRESIDENTA.- La precisamos.

Bien, si les parece ¿votamos de una vez?, con cargo a redacción a las correcciones, son precisiones. ¿Si les parece?

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).- Una pregunta, presidenta.

La señora PRESIDENTA.- Sí.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).- ¿Nos puede pintar un cuadro de las compañías de seguros y qué porcentaje del mercado tiene cada una?

El señor .- Se lo puedo enviar.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).- A grosso modo ¿cuántas son? Rímac, Pacífico.

El señor .- A ver. Son cuatro grandes, hay otras tres que tienen microseguros; seguros particulares más chicos, especializados; o sea son....

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).- Las cuatro grandes ¿qué porcentaje de mercado tienen?

El señor TORRES MORALES (FP).- Rímac, Pacífico, Mapfre y La Positiva podrían ser consideradas, y de ahí tenemos las EPS también, ¿no?

La señora PRESIDENTA.- Señor congresista.

El señor TORRES MORALES (FP).- Presidenta, sin ánimo de dilatar. Yo creo que lo que hemos conversado el día de hoy es sumamente importante y sí necesitamos el dictamen en esas extensiones como para poder pasar a la votación.

La señora PRESIDENTA.- Entonces, como vamos a revisar otras normas, podemos redactar el texto con las nuevas sugerencias. Pero concluimos con el resto de la agenda, mientras se va trabajando el texto.

El señor TORRES MORALES (FP).- Sobre todo la parte de la aplicación de la norma en los casos anteriores, ¿no?, que iban a revisar.

La señora PRESIDENTA.- Exacto, esa es la parte más delicada. Entonces, está bien.

Le pedimos a la Secretaría Técnica que nos haga el borrador como un cuarto intermedio de ese tema del nuevo dictamen con las correcciones.

Y agradecemos a nuestros invitados por estar acá con nosotros, por habernos ayudado con la información que han traído y las sugerencias también que han planteado.

Y, bueno, podrían retirarse en el momento que lo consideren oportuno.

Muchísimas gracias a los dos equipos que están aquí presentes.

Gracias; muchas gracias, hasta luego.

Bien, en primer término se pone en consideración de los señores congresistas el Acta Décima Sesión Ordinaria realizada el miércoles pasado 23 de noviembre del año en curso.

Los que estén a favor de su aprobación, los que estén en contra, los que se abstengan. Por unanimidad.

Okay, entonces, pasamos a la estación de Despacho.

DESPACHO

La señora PRESIDENTA.— La semana pasada a ingresado para su correspondiente estudio los proyectos de ley que se indican a continuación, y cuya sumilla...

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Señora presidenta, si me permite antes de...

La señora PRESIDENTA.— Sí, por favor, claro.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Quiero hacer un informe, no sé si viene después.

La señora PRESIDENTA.— Inmediatamente después hacemos el informe.

Entonces, simplemente, distribución del Despacho. Tenemos los siguiente proyectos de ley que están en las sumillas en el documento recibido y emitido por la comisión.

Se ha presentado un Proyecto de Ley, el 642, propone la Ley que promueve la competencia y los mercados de cervezas, eliminando incentivos que fomenten indebidamente la concentración.

—El Proyecto de ley 643, que propone modificar la Ley de Participación en Renta de Aduanas; y Ley del Fondo Educativo en la provincia Constitucional del Callao, para incluir a las universidades nacionales del Callao en los beneficios en la renta de aduana.

Hay otro proyecto de ley que propone fomentar la renovación del parque automotor y la formalización de las ventas de unidades inmatriculadas.

Luego, pasamos a la sección informes.

Informes

La señora PRESIDENTA.— Concedo la palabra al que lo solicitó primero, congresista Jorge Del Castillo.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Muchas gracias.

Señora presidenta, el encargo que recibimos en el grupo de Proinversión y generación de empleo. Hemos preparado dos mesas redondas de trabajo, a la cual quise invitar a todos ustedes pero dando cuenta de qué se trata.

La primera es para evaluar una eventual política de regulación y control del proceso de fusiones y adquisiciones de empresas. Hay dos proyectos de ley que están ahí, pero el temperamento del Pleno ha encargado a la Comisión de Economía, fue evaluar la

definición de una política, primero, antes de meterse a hacer un proyecto de ley.

Entonces, hemos convocado a una reunión que se va a realizar acá en el Congreso el día 5 a las 5, en las cuales los invitados son los siguientes: el ministro de Economía Alfredo Thorne, su jefe de gabinete el doctor Carlos Ganoza; el señor Ivo Gagliuffi de Indecopi. Los expertos de la Católica, José Távora Martín, José Gallardo Ku, Roxana Barrantes y José Tavera; de la de El Pacífico, José Luis Bonifaz, Roberto Urrunaga Pasco-Font, Julio Aguirre, Enzo de Filippi, Daniel de la Torre Ugarte; de Esan, Tania Zúñiga, Santiago Roca, el doctor Elmer Cuba, el doctor Kifri Kanok, y [...?]; de la de Lima, Oswaldo Junco, Juan Francisco Rojas, Enrique Wazé Tizon y otros abogados especialistas, Gonzalo de las Casas, Alberto Rebaza, Bruno Delgado Taboada, Víctor Marroquín Merino, Hernán Garrido Lecca, Alfredo Bular Ezcurra, Antonio Lama More, Luis Diez Canseco y la doctora Beatriz Bosa Dibós.

Este es el grupo que hemos invitado, y la idea es tener una ayuda idea sobre la materia y poder definir líneas. Esta será la primera mesa, va haber otras con diversos sectores, donde vamos a ir definiendo algunos lineamientos.

Yo creo francamente, ante la ausencia de una política regulatoria de esta naturaleza en el país, la tenemos que crear pero sobre la base de una mayor información. Yo creo que los proyectos ingresados hasta ahora carecen precisamente de eso.

Al día siguiente, seis, tenemos otra mesa muy importante, en el que va a ser el objetivo formalización minera. Ahí vamos a tener como invitado especial al señor Ignacio Moreno Fernández; él es el viceministro de Minería de Chile, donde ellos han encontrado alguna fórmula de solución al tema de la formalización minera, entonces, lo estamos invitando. Va a asistir el ingeniero Guillermo Shinno, nuestro viceministro de Minas; Roxana Polastri, la viceministra de Hacienda; (6) Rodolfo Weiss, presidente del Banco de la Nación; el ingeniero Humberto Oscar Bernuy, del Ingemmet; el doctor Antonio Fernández Jerí, que es el fiscal de Formalización Minera; profesionales de la Católica y de la UNI, Miguel Santillana, Víctor Ponce Pérez, la doctora Miriam Ponce Lavalle, especialista en pequeña minería; y, dirigentes mineros, pequeños mineros artesanales.

Están invitados, esto será en el Congreso el día 6 a partir de las 5 de la tarde. Entonces, están invitados a los dos eventos los integrantes de esta Comisión, me parece muy importante, nos permitirá tomar conciencia; pero en todo caso, los que no puedan asistir les alcanzaremos después las conclusiones y recomendaciones que se hagan, repitiendo que es un primer nivel de eventos, es decir, van a haber otros hasta que podamos formar el mejor criterio posible.

Gracias, señora presidenta.

La señora PRESIDENTA.— Gracias, señor congresista, por la invitación.

¿Algún informe adicional?

Entonces, pasamos a la estación de Pedidos.

Pedidos

La señora PRESIDENTA.— ¿Algún pedido?

Congresista, por favor, congresista Alcalá.

El señor ALCALÁ MATEO (FP).— Señora presidenta de la Comisión, saludarla el día de hoy e igualmente a los señores congresistas presentes.

Nada más para que se convoque en el momento oportuno a una sesión extraordinaria, hay varios dictámenes pendientes, teniendo en cuenta que el Pleno se acaba el día 15 de diciembre, de repente podamos colaborar con algunos dictámenes de Proyectos de Ley.

La señora PRESIDENTA.— Sí, porque aparentemente el miércoles es el Pleno, el jueves es feriado, entonces, perderíamos nuestra sesión del día miércoles, tendríamos que buscar una hora para acomodarnos todos y tener una revisión de algunos de los dictámenes que tenemos ahí.

Lo podríamos hacer muy temprano, el mismo miércoles a las 8 pero corto, de frente nos vamos a agenda para no tener que hacerlo en otro día y no afectarnos, pero sí prometernos estar puntuales a las 8 el miércoles.

Entonces, eso lo miramos, lo hacemos puntual el miércoles, lo hacemos breve con una agenda muy corta. Está bien, no hay problema, los cito un poquito más temprano, les ponemos galletitas para que no se mueran de hambre, sanguchitos.

Muy bien, tomamos el pedido del congresista para ir avanzando con algunos dictámenes.

ÓRDEN DEL DÍA

La señora PRESIDENTA.— Siguiendo con el Orden del Día, ya hemos tenido la revisión del tema de Seguros, creo que es importante, lo podemos poner después que tengamos el nuevo texto.

Tenemos aquí el dictamen recaído en el Proyecto de Ley 141/2016-CR, que propone incrementar las pensiones de sobrevivencia en el Sistema Privado de Pensiones. Hacemos una breve presentación de este dictamen para que vean de qué se trata.

La propuesta legislativa plantea incrementar la pensión de sobrevivencia del afiliado en todos los casos al 100% de la remuneración promedio mensual de la pensión que recibía en vida; y para lo cual, propone incorporar un párrafo del artículo 50° del TUO, de la Ley del Sistema Privado de Pensiones, con el siguiente texto:

"Para el cálculo del monto de la pensión de sobrevivencia, cuando el único beneficiario sea el cónyuge o el concubino sin hijos, se considerará el 100% de la remuneración promedio mensual del afiliado, de la pensión que percibió en vida, según sea el caso y cuando los beneficiarios sean cónyuge o concubinos con hijos y/o padres del afiliado fallecido, de ser el caso y se distribuirán a prorrata entre ellos el monto de la pensión de

supervivencia, de tal manera que siempre alcance el 100% de la remuneración promedio mensual del afiliado o de la pensión percibida en vida."

El autor refiere que es injusto que las pensiones de sobrevivencia no paguen el 100% de la pensión sino porcentaje del mismo y que no tiene justificación de ello. El costo beneficio de la propuesta indica que no ocasiona gasto público.

Un poco la explicación.

La pensión de sobrevivencia es una prestación del Sistema Privado de Pensiones, cuando se produce el deceso de un afiliado como trabajador activo o jubilado.

Los beneficiarios pueden acceder a una pensión con carácter temporal o vitalicia y puede ser el cónyuge o concubino, los hijos menores de 18 años, incluso en etapa de gestación, hijos mayores de 18 años incapacitados de manera total o permanente para el trabajo, hijos mayores de 18 años que sigan en forma ininterrumpida y de manera satisfactoria estudios de nivel básico o superior hasta los 28 años de edad, padres y/o madres de trabajadores afiliados que cumplen con los siguientes requisitos: que sean inválidos total o parcialmente y que el padre tenga más de 60 años y la madre más de 55 años, y que hayan dependido económicamente del causante.

El Fondo Acumulado por Aportes Obligatorios, más el rendimiento efectivo obtenido por dichos aportes, es la forma en la cual se financian estas pensiones de sobrevivencia. Los aportes voluntarios, también, son parte de la pensión de supervivencia, el financiamiento con fin previsional, más su rendimiento efectivo.

Parte de ese financiamiento también viene por el valor efectivo del bono de reconocimiento y el aporte adicional de las empresas de seguros y solo procede si el afiliado tiene 4 aportaciones mensuales dentro de los 8 meses calendarios anteriores al mes de la fecha del deceso y que no se encuentren comprendidos en las causales de exclusión, la muerte no resulte consecuencia del accidente de trabajo, enfermedades profesionales, actos voluntarios o del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes, guerra o de preexistencias.

Explicando un poco cómo es el proceso de sobrevivencia.

La pensión de sobrevivencia viene a ser el resultado de un afiliado activo o un pensionista que es el afiliado pasivo. Si el afiliado es un afiliado activo y cumple con los siguientes requisitos, tiene el fondo de lo que hemos puesto, sus mecanismos de financiamiento anteriores, y no cumple los requisitos, cuando tiene esas características el fondo.

Y el pensionista afiliado en función a la modalidad de pensión del afiliado pasivo.

Expresados como porcentaje de la remuneración promedio mensual del afiliado, de la pensión que recibe en vida, se les paga el 42% para el cónyuge o concubino sin hijos, y 35% para el cónyuge o concubino, o 14% para los hijos menores de 18 años y mayores

de 18 años que sigan en forma ininterrumpida estudios de nivel básico, superior de educación hasta los 28 años de edad, asimismo, a los hijos mayores de 18 años incapacitados. También hay el 14% para cada uno de los padres afiliados.

La pensión de sobrevivencia al conjunto de beneficiarios en ningún caso puede acceder al 100% de la remuneración promedio final del afiliado o de la pensión que percibía en vida, según el caso.

La normativa contempla la figura de distribución a prorrata de acuerdo a un orden prelación determinado, cuando la concurrencia de personas con derecho a pensiones excede el porcentaje antes indicado así como mecanismos de reasignación de porcentajes en ausencia de cónyuges o concubino, cuando existan hijos con derecho a pensión de sobrevivencia.

Bien, esto es un dato de cómo está el Sistema Privado de Pensiones a agosto de 2016. En miles de personas hay 6151 afiliados, afiliados con aportes son 5445, los cotizantes 2628, los pensionistas 88 y los beneficiarios 65, está en miles de personas, son millones en realidad, 6 millones.

El número de pensionistas, según tipo de pensión: 27% son retirados con un programa en soles, en renta vitalicia son 29%, y en renta vitalicia en dólares es 44%.

El número de beneficiarios a agosto, según tipo de afiliados: 15% son afiliados pasivos, en afiliados activos con cobertura son el 74%, y afiliados activos sin cobertura son 11%.

Bueno, el tema de la justificación de lo que estamos analizando.

El incremento de las pensiones de sobrevivencia tendría como efecto un aumento del costo del seguro previsional actualmente de 1.3% de la remuneración, porque se reuniría mayor capital para cubrir los beneficios por parte de la empresa de seguros.

También, implicaría una disminución de las pensiones de los afiliados titulados pues se necesitaría realizar mayores provisiones para afrontar los pagos por la elevación de las pensiones de sobrevivencia.

Tercero. Expansión de los costos del seguro complementario del trabajo de riesgo, que tendría repercusiones en los costos de las empresas con dichos trabajadores.

Por lo tanto, las conclusiones que traemos a la Mesa es que se forzaría una figura que no tiene demanda en los afiliados; habría mayor costo de seguros, que afectan la economía del afiliado; menor pensión del afiliado y de los beneficiarios reduciendo su bienestar socioeconómico; y un incremento indirecto de costos a las empresas.

Se podría distorsionar el mercado de pensiones públicos y privados por efecto de mayores costos y, en consecuencia, sugerimos archivar el Proyecto de Ley 141/2016-CR, porque se propone una Ley que incremente las pensiones de sobrevivencia en el Sistema Privado de Pensiones.

Dado eso, quisiera plantear esto al debate para que los congresistas den sus opiniones.

Si no hay opinión vamos a votación.

¿A favor para que el dictamen vaya al Archivo? Mayoría.

¿En contra? Uno.

¿Abstenciones?

Cerrado. Pasa a Archivo.

Por lo tanto, le pediría a la Secretaría, si ya tenemos una nueva redacción al Proyecto de Ley que estábamos conversando sobre el tema de los seguros.

Estábamos imprimiéndolo pero le voy a dar una lectura.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Interrupción fuera del micrófono ¿Es lo del Seguro, no?

La señora PRESIDENTA.— Es lo del Seguro.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Señora presidenta.

La señora PRESIDENTA.— Sí.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Permítame una atingencia, espero no ser impertinente.

En la Comisión de Economía cuando le pedimos al superintendente una información sobre las alzas y no nos contestan; cuando viene el presidente de la Asociación de Empresas Aseguradoras, le preguntamos lo mismo y tampoco contesta; yo tengo derecho a decir, "antes de votar nada, quiero estar más informado".

No puede ser que venga una Comisión Parlamentaria, y uno le pregunta algo y te responden nada. En los hechos concretos, el PowerPoint o literatura, el papel aguanta todo, cuando uno le dice "¿por qué usted aumentó entre 100 y 200%?", no te contestan nada. Creo que tenemos derechos a saber y la ciudadanía sin duda lo reclama.

En fin, yo sugeriría eso no, si quiere que lo conteste por escrito pero que lo contesten, no pueden ellos evadir una pregunta tan específica que se le hace sobre un hecho concreto que ha sucedido.

Eso lo pongo como condición, y le rogaría, si mis colegas me acompañan, hacer esta petición pero aprobar unas cosas que...; además, tengo la impresión, discúlpeme usted, este proyecto es de Cecilia Chacón, pero tengo la impresión que el dictamen está al revés de la intención del Proyecto.

Me hubiera encantado escuchar a Cecilia Chacón, no ha venido lamentablemente, creo que como autora del proyecto debió estar acá sustentando su punto de vista.

La señora PRESIDENTA.— La verdad acepto que pongamos el cuarto intermedio para seguir el debate y que manden más información la gente de la Superintendencia y la Asociación; entiendo que ellos tienen una explicación técnica, diciendo que es básicamente sobre siniestralidades y cálculos actuariales, y que de verdad nos manden la respuesta.

Pero el dictamen no ha sido en contra, no está yendo en contra de lo que dijo la señora Cecilia Chacón, más bien hemos estado articulando con la proponente del tema. Es decir, ha habido mejoras, cambios que lo asegura que sea más claro, pero la verdad el esfuerzo que hemos hecho con la Secretaría es pulir el texto para que, justamente, nos aseguremos de seguir escuchando las opiniones técnicas de otros actores.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Okey, nos quedamos con la primera parte nada más.

La señora PRESIDENTA.— Así es, acepto perfectamente eso.

Pero si le parece a la Comisión, pedimos e insistimos que nos envíen esa información.

El señor DEL CASTILLO GÁLVEZ (PAP).— Por escrito, presidenta, yo le puedo pasar en unos minutos el alza de tarifas, para que respondan.

La señora PRESIDENTA.— Sí, perfecto.

Lo asumimos y pedimos la solicitud para que den el informe con la prontitud del caso, y quizá sería ideal para poder debatir este tema la próxima semana, porque creo que es una buena norma, en todos en general siento el espíritu que queremos apoyar a nuestros asegurados, de que estén cubiertos y que tengan la protección de sus preexistencias; así que eso lo ponemos para el debate la siguiente semana.

Damos el cuarto intermedio para tener la información solicitada y la invitamos, obviamente, a la congresista Chacón a que esté presente.

Bien, dado eso, se solicita la dispensa de la lectura del Acta para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión.

Por unanimidad.

Muchísimas gracias.

Siendo un cuarto para las 10 de la mañana se levanta la sesión.

Muchísimas gracias a todos.

—A las 09:45 h, se levanta la sesión.