

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Escuela de Posgrado



Propuestas de mejora para la integración vertical en el sector
privado de salud del Perú

Trabajo de investigación para obtener el grado académico de Maestra en
Derecho de la Empresa que presenta:

Katherinne Solangge Roncal Coz

Asesor:

Karina Rocío Montes Tapia

Lima, 2025


Informe de Similitud

Yo, MONTES TAPIA, KARINA ROCIO, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de el trabajo de investigación titulada(o) PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN EL SECTOR PRIVADO DE SALUD DEL PERÚ, de la autora RONCAL COZ, KATHERINNE SOLANGGE, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 24%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 21/01/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 28 de Enero de 2025.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>MONTES TAPIA, KARINA ROCÍO</u>	
DNI: 40229908	Firma 
ORCID: 0000-0002-6937-3396	

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo analizar la falta de un marco normativo específico para regular la integración vertical en el sector privado de salud en Perú y sus implicaciones en la competencia, el acceso a servicios de salud y la protección de los derechos fundamentales de los usuarios. La hipótesis planteada sostiene que la ausencia de regulación adecuada facilita la concentración empresarial, el abuso de posición de dominio y el acceso inequitativo a los servicios de salud, afectando negativamente la libre competencia y los derechos de los ciudadanos. El estudio se sustenta en teorías de los derechos fundamentales y de la competencia económica en mercados regulados, abordando los desafíos del sector privado de salud a través de un enfoque comparado con modelos regulatorios de países como Chile y Colombia. La metodología aplicada consiste en un análisis descriptivo y comparativo, apoyado en fuentes secundarias de legislación y literatura académica. Como resultado, se concluye que la falta de regulación fomenta la concentración de mercado y perjudica la equidad en el acceso a la salud. Se proponen reformas a la Ley 31112, la implementación de auditorías regulares y la creación de un observatorio nacional para supervisar las integraciones verticales, con el fin de garantizar la competencia y proteger los derechos fundamentales de los usuarios. Las medidas presentadas buscan equilibrar la inversión privada con la promoción de un sistema de salud accesible y justa.

Palabras clave: Integración vertical, regulación del mercado, libre competencia, sector privado de salud, derechos fundamentales.

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	1
Índice.....	2
Lista de tablas	4
Lista de figuras.....	5
Introducción	6
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO	8
1.1. Introducción.....	8
1.2. Marco teórico	9
1.2.1. Definiciones clave.....	9
1.2.2. Agentes en la integración vertical.....	17
1.2.3. Teoría económica: aplicación a la integración económica	20
1.2.4. Análisis teórico aplicado al sector salud peruano	26
1.3. Marco normativo.....	30
1.3.1. Análisis crítico del marco legal vigente.....	30
1.3.3. Concentraciones empresariales.....	45
1.3.4. Situación actual de la integración vertical en el sector privado de salud del Perú.	49
1.3.5. Argumentación jurídica	65
1.3.6. Conclusión del marco teórico.	66
CAPÍTULO II: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	69
2.1. Introducción.....	69
2.2. Enfoque metodológico	69
2.2.1. Metodología cualitativa	69
2.2.2. Enfoque comparativo	70
2.2.3. Instrumento metodológico: test de proporcionalidad	70
2.2.4. Revisión de fuentes	71
2.3. Descripción y análisis del problema	71
2.3.1. Creciente concentración de poder en el mercado de salud	72

2.3.2. Impacto en el acceso y calidad de servicios.....	72
2.3.3. Inequidad en acceso a los servicios de salud	73
2.3.4. Desafíos en la regulación y supervisión.....	74
2.3.5. Desafíos en la integración vertical en Perú.....	74
2.4. Análisis comparativo internacional.....	75
2.4.1. Relevancia para el contexto peruano	78
2.5. Análisis de impacto regulatorio de las propuestas para intervenir la integración vertical en el sector privado de salud del Perú.....	79
2.6. Posición en contra de la regulación de la integración vertical en el sector privado de salud del Perú tomada del gremio de empresarios peruanos (Comex Perú)	86
2.7. Conclusiones	86
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y PROPUESTA.....	88
3.1. Discusión de la hipótesis.....	88
3.2. Propuestas de mejora	90
3.3. Evaluación de posibles impactos	93
3.4. Conclusión de la propuesta	94
CONCLUSIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Implicancias específicas en el sector salud peruano de la integración vertical hacia adelante	10
Tabla 2 Implicancias específicas en el sector salud peruano de la integración vertical hacia atrás	11
Tabla 3 Implicancias específicas en el sector salud peruano de la integración vertical combinada	12
Tabla 4 Inclusión de agentes en el contexto peruano	19
Tabla 5 Impacto en el sector salud de los costos de transacción	23
Tabla 6 Análisis crítico del contexto de la integración vertical en el Reglamento DS N° 008-2010-SA	31
Tabla 7 Propuestas de mejora para la integración vertical de acuerdo al análisis del Reglamento DS N° 008-2010-SA	32
Tabla 8 Análisis crítico de la Ley N° 26842.....	34
Tabla 9 Estadística de las solicitudes de operaciones de concentración empresarial	48
Tabla 10 Número de afiliados por EPS.....	54
Tabla 11 Mapeo de impactos	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Establecimientos de salud integrados a nivel nacional (Adaptado de: Página web de Pacífico y Estados financieros consolidados al 31 de diciembre de 2022, reportado a la Superintendencia del Mercado de Valores).	52
Figura 2. Porcentaje de asegurados según IAFAS a nivel nacional a junio 2024 (SUSALUD 2024)	54
Figura 3. Asegurados según grupo de IAFAS a junio 2024 (SUSALUD, 2024)	55
Figura 4. Plan de salud de Pacífico (atención ambulatoria) a octubre 2024 (Pacífico, 2024).	58
Figura 5. Sanciones aplicables a Pacífico EPS (SUSALUD 2024)	61
Figura 6. Total, de reclamos presentados en IAFAS (SU SALUD, 2024)	62
Figura 7. Resultados de los reclamos presentados por IAFAS (SUSALUD 2024).....	63
Figura 8. Evolución de los reclamos presentados en IAFAS según derecho vulnerado (SUSALUD 2024)	64

INTRODUCCIÓN

La integración vertical en el sector privado de salud del Perú se presenta como una estrategia empresarial orientada a optimizar la eficiencia operativa y la prestación de servicios en un sector crítico para el bienestar social; sin embargo, esta práctica plantea interrogantes sobre su impacto en la libre competencia, la equidad en el acceso a servicios de salud y el respeto a los derechos de los consumidores. La falta de regulación clara y eficaz puede generar riesgos asociados a la concentración empresarial y al abuso de posición de dominio, afectando tanto a los actores económicos como a los usuarios del sistema de salud.

En el contexto del sector privado de salud, la integración vertical implica que una empresa controle múltiples niveles de la cadena de valor, desde la provisión de insumos médicos hasta la prestación de servicios finales. Esta estructura tiene el potencial de reducir costos operativos y mejorar la coordinación entre los niveles de atención, contribuyendo así a una mayor eficiencia; sin embargo, también genera preocupaciones respecto a su influencia sobre la competencia, ya que puede limitar la entrada de nuevos actores al mercado, consolidar monopolios y reducir la capacidad de elección de los usuarios, dinámicas que resaltan la necesidad de un análisis crítico que evalúe los efectos colaterales y los beneficios esperados de este modelo en el marco de un sistema de salud con desigualdades estructurales.

En términos jurídicos, la integración vertical no solo afecta la economía del mercado, sino que también tiene implicancias en el cumplimiento de derechos fundamentales, como el derecho a la salud y el principio de igualdad ante la ley. Entendiéndose que, la ausencia de un marco normativo robusto y adaptado a la realidad del sector privado de salud peruano genera un vacío que permite la proliferación de prácticas que pueden vulnerar estos derechos, situación que es particularmente delicada en un país donde el acceso a servicios de calidad depende en gran medida de la capacidad económica de las personas, lo que exacerba las brechas entre los diferentes estratos sociales y plantea desafíos adicionales a la justicia social y económica.

Razón por la cual, el problema central que se aborda en esta investigación radica en la insuficiencia de un marco normativo adecuado para regular la integración vertical en el sector privado de salud peruano, lo que genera un escenario propicio para posibles prácticas anticompetitivas, inequidad en la prestación de servicios y limitaciones en la accesibilidad de los

usuarios. A pesar de que la integración vertical puede generar beneficios como la reducción de costos y una mayor coordinación en la cadena de servicios, su implementación sin una supervisión adecuada podría consolidar el poder de mercado de ciertos actores, restringiendo la competencia y afectando el derecho a la salud.

En este contexto, surge la necesidad de delimitar y evaluar los riesgos inherentes a la integración vertical en este sector, analizando su operatividad y funcionamiento bajo el marco normativo vigente, con el propósito de identificar áreas de mejora que permitan equilibrar los intereses económicos de las empresas con el bienestar de los usuarios.

La hipótesis que guía este estudio es la siguiente: "La falta de un marco normativo específico y efectivo para regular la integración vertical en el sector privado de salud del Perú genera riesgos de concentración empresarial, abuso de posición de dominio y acceso inequitativo a servicios de salud, afectando la libre competencia y los derechos fundamentales de los usuarios".

Para abordar este problema, el presente informe desarrolla un análisis integral de la integración vertical, incluyendo su marco conceptual, fundamento económico y análisis histórico y normativo. Además, se exploran las definiciones de concentración empresarial y abuso de posición de dominio, con el fin de evaluar el impacto de estas prácticas en la cadena de producción y prestación de servicios de salud. Finalmente, se presenta un diagnóstico actualizado de la situación de la integración vertical en el sector salud peruano y de los principales actores involucrados, sirviendo como base para la propuesta de mejoras regulatorias que promuevan un equilibrio entre eficiencia empresarial y justicia social.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

1.1. Introducción.

El análisis de la integración vertical en el sector privado de salud exige un enfoque interdisciplinario que articule conceptos económicos, jurídicos y normativos; desde el punto de vista teórico, este modelo empresarial se fundamenta en la teoría de los costos de transacción y en la búsqueda de eficiencia operativa, elementos que permiten a las empresas consolidar su posición en el mercado y ofrecer servicios más competitivos; sin embargo, estas ventajas económicas deben analizarse a la luz de principios jurídicos como la libre competencia y la prohibición de prácticas monopólicas, pilares fundamentales de un sistema económico equilibrado y justo.

En el ámbito normativo, el marco regulatorio peruano establece directrices para garantizar la transparencia y la competencia leal en el sector empresarial. Normativas como el Decreto Legislativo N° 1034, que regula las conductas anticompetitivas, y el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (Decreto Supremo N° 013-2006-SA), son instrumentos clave para evaluar la legalidad y los límites de la integración vertical en el sector salud. No obstante, estas leyes no abordan de manera suficiente las particularidades del sector privado de salud, donde las relaciones entre aseguradoras, proveedores y prestadores de servicios generan dinámicas complejas que requieren un análisis más detallado y propuestas regulatorias adecuadas.

Por lo que, el presente capítulo tiene como objetivo principal vincular los fundamentos teóricos y normativos con la problemática de la integración vertical en el sector privado de salud en el Perú. A través de un enfoque interdisciplinario, se busca analizar cómo los conceptos económicos y jurídicos subyacentes permiten comprender tanto los beneficios como los riesgos asociados a este modelo empresarial; además, se profundizará en la capacidad del marco normativo vigente para regular adecuadamente las dinámicas de integración vertical, en un sector donde la eficiencia económica debe equilibrarse con la equidad y el acceso a servicios de salud de calidad.

Para lograr este objetivo, el capítulo se estructura en dos secciones principales. En el marco teórico, se definirán los conceptos clave que sustentan la integración vertical, tales como las clases de integración, la teoría de los costos de transacción y el abuso de posición de dominio; asimismo,

se identificarán y analizarán los agentes que intervienen en la cadena de valor del sector salud, adaptando su aplicación al contexto peruano y evaluando las particularidades económicas y sociales del país.

En la sección de marco normativo, se realizará un análisis crítico del marco legal vigente en el Perú, considerando leyes relevantes como el Decreto Legislativo N° 1034, que regula las conductas anticompetitivas, y el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (Decreto Supremo N° 013-2006-SA), análisis que evaluará las fortalezas y debilidades del marco normativo para enfrentar los desafíos de la integración vertical en el sector salud; además, se compararán estas normativas con experiencias internacionales, con el fin de identificar buenas prácticas que podrían ser adaptadas al contexto peruano.

Finalmente, este capítulo establece los fundamentos para diagnosticar la situación actual de la integración vertical en el sector salud, lo que permitirá proponer mejoras regulatorias en los capítulos posteriores.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Definiciones clave

1.2.1.1. Integración vertical

A. Concepto

Existen formas de integración que adoptan las empresas para fortalecer su *core business*, o lo que es lo mismo, la actividad principal del negocio que realizan, tales como el conglomerado, la integración horizontal y la integración vertical. Dichas estrategias son adoptadas por las empresas dependiendo del objetivo que desean alcanzar, sin embargo, en este trabajo nos centraremos en la integración vertical.

La integración vertical es una estrategia empresarial que consiste en controlar diferentes etapas de la cadena de producción o distribución de un producto o servicio. Este modelo busca minimizar costos de transacción y garantizar la calidad y disponibilidad de los bienes o servicios (Williamson, 1985).

Para entender este concepto debemos precisar que la cadena vertical se refiere a un conjunto de procesos que transforman, a través de insumos, una materia prima en un

producto terminado. De este modo, se configura la integración vertical cuando dos enlaces de esa cadena que corresponden a procesos diferentes se constituyen o integran al interior de la empresa. En línea con esta definición, la integración vertical de salud se puede describir de acuerdo con la definición de Ramón Castaño Yepes como una secuencia de productores que transforman insumos tales como material médico, medicamentos, etc., en servicios de salud que son prestados a pacientes (2004, pp. 40)

Así pues, cuando una empresa decide integrarse toma el control de procesos que antes eran realizados por otras empresas asumiendo los costos de los bienes o servicios que aquellas insumían, interviniendo de forma directa en el proceso de venta al consumidor final (paciente). Por consiguiente, la empresa integrada podrá influir y decidir en el precio de venta y en la calidad de los servicios ofrecidos, logrando así eficiencias en ahorros. En vista de ello, la empresa deberá especializarse en actividades que antes no eran parte de su Know How, sin embargo, dicha especialización redundará en mayores ahorros cuando logre su objetivo.

B. Clases de integración vertical

Dicho esto, las clases de integración vertical son: (i) la integración vertical hacia atrás o aguas arriba; y (ii) la integración vertical hacia adelante o aguas abajo. En la primera, la inclusión de las actividades se encuentra arriba en la cadena de procesos de la empresa, esto es, abarca la fase de elaboración del insumo. En la segunda, la empresa incluye la fase de distribución o venta del producto terminado o prestación del servicio.

A.1. Hacia adelante: una empresa controla las etapas posteriores de la cadena de valor, como la distribución y comercialización; en el sector salud peruano, un ejemplo es una clínica que opera su propia red de farmacias.

Tabla 1

Implicancias específicas en el sector salud peruano de la integración vertical hacia adelante

	Ventajas		Riesgos
Control sobre la experiencia del paciente	Permite garantizar estándares de calidad en todas las etapas de atención, desde el	Exclusión de actores externos	Redes integradas pueden limitar el acceso de pacientes externos a sus servicios o imponer

	diagnóstico hasta la dispensación de medicamentos. Por ejemplo, una clínica con su propia red de farmacias puede asegurar la disponibilidad y calidad de medicamentos para sus pacientes.	tarifas más altas a aquellos que no están afiliados, como se observó en el caso de Pacífico Seguros (Alvarado, 2021).
Optimización de costos	Al eliminar intermediarios, los costos de distribución y comercialización pueden ser reducidos, beneficiando potencialmente a los pacientes con precios más bajos.	Reducción de la competencia Este modelo podría consolidar el mercado en manos de grandes conglomerados, dificultando la supervivencia de pequeñas clínicas o farmacias independientes.

A.2. Hacia atrás: una organización controla etapas anteriores de producción, como la fabricación de insumos médicos; por ejemplo, aseguradoras privadas que adquieren laboratorios farmacéuticos.

Tabla 2

Implicancias específicas en el sector salud peruano de la integración vertical hacia atrás

	Ventajas		Riesgos
Seguridad de suministro	Permite garantizar el abastecimiento continuo de insumos médicos, evitando interrupciones que podrían afectar la atención médica.	Abuso de posición de dominio	Controlar tanto la producción como la distribución puede generar barreras de entrada para competidores, afectando la competencia en el mercado.
Reducción de costos	La adquisición de laboratorios elimina la necesidad de negociar	Desabastecimiento selectivo	En casos extremos, una aseguradora podría priorizar el suministro a

con terceros, reduciendo los márgenes de ganancia y permitiendo mayor control sobre los precios finales.	sus propias redes, afectando negativamente a otras clínicas, farmacias o consumidores independientes.
--	---

A.3. Combinada: se controlan etapas tanto anteriores como posteriores; un caso sería una aseguradora que gestiona tanto la fabricación de medicamentos como la prestación de servicios de salud.

Tabla 3

Implicancias específicas en el sector salud peruano de la integración vertical combinada

	Ventajas		Riesgos
Eficiencia integral	Al controlar toda la cadena de valor, se minimizan los costos de coordinación y se mejora la coherencia en la prestación de servicios. Esto podría traducirse en una atención más fluida y personalizada para los pacientes.	Monopolización del mercado	La integración combinada puede llevar a una alta concentración de mercado, dejando fuera a pequeños actores y limitando la diversidad de opciones disponibles para los consumidores.
Innovación	Este modelo puede fomentar la inversión en investigación y desarrollo, dado que las empresas integradas tienen mayor control sobre los beneficios resultantes de sus innovaciones.	Falta de transparencia	La integración total puede dificultar la supervisión y regulación de las prácticas comerciales, aumentando el riesgo de abuso de poder.

C. Ejemplos aplicados al sector salud peruano

En el Perú, grandes aseguradoras como Pacífico Seguros han adoptado modelos de integración hacia adelante mediante la gestión directa de redes de clínicas y laboratorios,

permitiendo un control total sobre el servicio brindado al paciente (Alvarado, 2021). De esta manera, en el Perú, el sector privado de salud ha experimentado un aumento significativo en la adopción de modelos de integración vertical, particularmente en la modalidad hacia adelante, donde grandes aseguradoras como Pacífico Seguros gestionan directamente redes de clínicas, y laboratorios, estrategia que les permite no solo garantizar la disponibilidad de servicios médicos, sino también establecer estándares de calidad uniforme en toda su red.

Por ejemplo, Pacífico Seguros ha integrado dentro de su operación clínicas especializadas como Oncosalud, enfocada en atención oncológica, y laboratorios clínicos, lo que optimiza la coordinación entre diagnóstico y tratamiento; integración que asegura que los pacientes puedan acceder a un servicio completo desde la consulta inicial hasta la entrega de medicamentos, sin necesidad de recurrir a proveedores externos.

Asimismo, aseguradoras como Rímac Seguros han implementado modelos similares, adquiriendo clínicas y fortaleciendo su capacidad de brindar servicios integrales a sus asegurados, estrategias que han demostrado ser efectivas para reducir costos administrativos y tiempos de espera, mejorando la experiencia del paciente. Sin embargo, este modelo también ha generado críticas, en algunos casos, los asegurados de Rímac que requieren atención especializada o ciertos servicios médicos fuera de la red de clínicas de la aseguradora se encuentran con limitaciones para acceder a estos servicios, incluso cuando podrían ser más adecuados para su condición; incluso cuando estos podrían ser más adecuados o especializados para casos específicos; limitación que puede ser vista como una barrera para la libre elección del usuario y un posible indicio de abuso de posición de dominio (Restrepo et al., 2019).

De este modo, la integración vertical en el sector salud peruano presenta tanto oportunidades como desafíos, evidenciando la necesidad de un marco normativo que garantice la competencia justa y el acceso equitativo a servicios de calidad.

1.2.1.2. Abuso de posición de dominio

A. Concepto y tipos

El abuso de posición de dominio se encuentra recogido en el Decreto Legislativo N° 1034 y considera que existe abuso cuando un agente económico, que ostenta una posición dominante en el mercado relevante. Asimismo, utiliza esta situación para restringir de manera indebida la competencia, obteniendo beneficios y perjudicando a competidores reales o potenciales.

El abuso de posición de dominio en el mercado podrá consistir en conductas de efecto exclusorio, tales como:

- Negarse injustificadamente a satisfacer demandas de compra o adquisición, o a aceptar ofertas de venta o prestación de bienes o servicios.
- Aplicar en las relaciones comerciales o de servicio condiciones desiguales para prestaciones equivalentes y que coloquen, de manera injustificada, a unos competidores en situación desventajosa frente a otros.

De este modo, para establecer que una empresa tiene posición de dominio, primero se debe delimitar el mercado en que actúa la empresa, llamado el mercado relevante. En efecto, conforme lo describen los autores (Figari et al., 2005) el mercado relevante se considera a partir de un determinado espacio geográfico en el cual interaccionan la oferta y la demanda de un producto y de sus sustitutos idóneos contemplando la preferencia de sus consumidores; a partir de ello, se aplica la metodología de análisis de casos de supuestos de abuso de posiciones dominantes recogida por dichos autores, con las siguientes etapas:

- Definir el mercado relevante.
- Calcular la participación de mercado.

Contrastar esta cuota con indicadores varios, es decir, obtenida la cuota de mercado, esta debe ser contrastada con la existencia de competencia real o potencial que discipline el ejercicio de un posible poder de mercado. Dichos factores se refieren a características de la oferta y la demanda del producto, el desarrollo tecnológico, el acceso de competidores a financiamiento y suministros, entre otros.

Asimismo, se considera que el abuso de posición de dominio ocurre cuando una empresa utiliza su poder de mercado para restringir la competencia, perjudicando a consumidores o competidores (OECD, 2020). Entre los tipos principales: i) restricción del acceso a competidores, ii) imposición de precios excesivos, y; iii) exclusión de actores en la cadena de valor.

A.I. Tipos principales

Restricción del acceso a competidores:

Este tipo de abuso ocurre cuando una empresa dominante en el mercado limita o impide que otros competidores accedan a recursos críticos, como proveedores, clientes, infraestructuras o canales de distribución. En el contexto del sector salud, un ejemplo sería que una aseguradora verticalmente integrada excluya a clínicas independientes de su red, dificultando que estas accedan a pacientes asegurados y forzando a los consumidores a utilizar únicamente servicios de su propia red.

Imposición de precios excesivos:

Las empresas dominantes pueden establecer precios significativamente altos para maximizar sus beneficios, aprovechándose de la falta de alternativas para los consumidores. En el sector salud, esto puede traducirse en altos costos por procedimientos médicos, medicamentos o servicios de diagnóstico en redes integradas verticalmente, dejando a los pacientes sin opciones más accesibles. Según datos de la OECD (2020), este comportamiento genera barreras de acceso y pone en riesgo el derecho a la salud de las poblaciones más vulnerables.

Exclusión de actores en la cadena de valor:

En este caso, la empresa dominante utiliza su posición para bloquear la entrada de nuevos actores o desplazar a los existentes en diferentes eslabones de la cadena de valor. Esto podría incluir prácticas como la adquisición masiva de proveedores clave para garantizar que otros competidores no puedan operar eficazmente. En el sector salud peruano, esto podría manifestarse en la adquisición de laboratorios, farmacias o distribuidores de insumos médicos, consolidando el control sobre toda la cadena y dificultando la competencia efectiva.

B. Implicancias específicas en mercados de salud

El abuso de posición de dominio en el sector salud no solo limita la competencia, sino que afecta directamente el acceso y la calidad del servicio para los pacientes. Además, genera un mercado menos dinámico, donde las pequeñas empresas y nuevos actores enfrentan serias dificultades para competir con grandes conglomerados que controlan tanto la provisión como la prestación de servicios; por ello, el marco regulatorio debe estar orientado a prevenir estas prácticas, garantizando un equilibrio entre integración vertical y competencia justa.

C. Relación con la integración vertical

Un modelo de integración vertical mal regulado puede no solo consolidar posiciones de dominio en el mercado, sino también crear dinámicas que impacten negativamente la equidad, accesibilidad y calidad de los servicios. En este contexto, la integración vertical, que busca optimizar costos y mejorar la coordinación entre eslabones de la cadena de valor, puede convertirse en una herramienta para ejercer control excesivo sobre mercados estratégicos si no está adecuadamente supervisada (Petersen et al., 2020).

En el sector salud, este fenómeno se observa cuando grandes aseguradoras o conglomerados adquieren clínicas, laboratorios y farmacias, obteniendo un control total de la cadena de suministro y prestación de servicios. Este nivel de integración puede resultar en la exclusión de competidores independientes, dificultándoles acceder a pacientes o proveedores clave; al mismo tiempo, limita las opciones de los usuarios, quienes pueden verse obligados a utilizar exclusivamente los servicios de la red integrada, aun cuando estos no sean los más adecuados o asequibles para sus necesidades.

Por otro lado, un modelo de integración vertical sin controles efectivos puede incentivar la práctica de precios predatorios o la imposición de condiciones contractuales desfavorables para los actores más pequeños de la cadena de valor, como laboratorios independientes o pequeños distribuidores de insumos médicos. Esto no solo debilita la competencia, sino que también eleva los costos para los consumidores finales y reduce la innovación en el sector.

Adicionalmente, la falta de regulación puede permitir la priorización de criterios económicos sobre la calidad del servicio. Por ejemplo, una clínica gestionada por una aseguradora puede enfocarse más en la reducción de costos que en la calidad de atención, lo que compromete los derechos de los pacientes y la eficacia del sistema de salud en su conjunto.

Por estas razones, resulta fundamental que las normativas que rigen la integración vertical en el sector salud peruano contemplen medidas efectivas para prevenir prácticas anticompetitivas, promoviendo un balance entre los beneficios económicos de la integración y la protección de los derechos de los usuarios y competidores. Como señala Petersen et al. (2020) un entorno regulado con transparencia y competencia equitativa es clave para maximizar los efectos positivos de la integración vertical, al tiempo que minimiza sus riesgos potenciales.

1.2.2. Agentes en la integración vertical

1.2.2.1. Definición

La integración vertical en el sector salud involucra una red compleja de actores que desempeñan roles específicos en las distintas etapas de la cadena de valor. Estos agentes son fundamentales para entender el impacto, las ventajas y los riesgos de esta estrategia empresarial. A continuación, se definen los principales agentes implicados y se analiza su inclusión o exclusión en el contexto peruano, considerando aportes teóricos y estudios relevantes.

1.2.2.2. Identificación y roles de los agentes en la cadena de valor del sector salud

A. Proveedores de insumos médicos

Los proveedores de insumos médicos incluyen fabricantes de medicamentos, equipos médicos, material quirúrgico, reactivos de laboratorio y otros recursos necesarios para la prestación de servicios de salud; entendiéndose como su función principal es garantizar un suministro constante y de calidad para laboratorios, clínicas y farmacias.

La integración vertical hacia atrás permite a aseguradoras o redes de hospitales adquirir o controlar directamente a estos proveedores; lo que, puede reducir costos al eliminar

intermediarios y mejorar la disponibilidad de productos específicos. Sin embargo, también genera riesgos asociados al abuso de posición de dominio, como prácticas de desabastecimiento selectivo o precios discriminatorios hacia competidores externos (Restrepo et al., 2019).

Empresas como Laboratorios Bagó y la red de farmacias Inkafarma han establecido alianzas estratégicas con grandes aseguradoras y hospitales privados, consolidando su control sobre la distribución de insumos; lo que, facilita el acceso rápido a medicamentos en las zonas urbanas, pero puede limitar la oferta en sectores rurales o en pequeños establecimientos de salud. Entre las alianzas estratégicas podemos contar con la clínica Anglo Americana vinculada a laboratorios Bagó, para el suministro de medicamentos dentro de sus servicios de atención; en lo que respecta a la cadena de farmacias Inkafarma, uno de sus acuerdos estratégicos se vincula con Rímac Seguros y La Positiva.

B. Aseguradoras privadas.

Las aseguradoras privadas financian y administran servicios de salud para sus afiliados, gestionando la cobertura médica y el acceso a una red de clínicas; intermediarios clave que conectan a los pacientes con los prestadores de servicios.

Cuando las aseguradoras integran hacia adelante, adquiriendo o gestionando directamente clínicas, pueden alinear los incentivos económicos para reducir costos y garantizar una atención eficiente; sin embargo, esto también puede dar lugar a prácticas monopólicas, como restringir la cobertura a redes propias y dificultar la competencia.

Pacífico Seguros, una de las principales aseguradoras privadas en el país, ha implementado modelos de integración vertical al operar redes de clínicas y laboratorios; estrategia que, ha mejorado la coordinación de servicios y reducidos costos administrativos, pero también ha sido cuestionada por excluir a proveedores externos, limitando la diversidad de opciones disponibles para los pacientes.

C. Clínicas y establecimientos de salud privados

Son los prestadores directos de servicios de salud, responsables de atender a los pacientes y ejecutar las políticas de las aseguradoras, incluyendo tanto grandes redes privadas de salud como clínicas independientes.

La integración vertical les permite asegurar un flujo constante de pacientes al asociarse con aseguradoras o proveedores específicos; no obstante, esto puede afectar negativamente a las clínicas independientes, que podrían quedar excluidas de redes integradas si no cumplen con los estándares o acuerdos económicos impuestos por las grandes aseguradoras.

Clínicas como AUNA han adoptado estrategias de integración vertical que incluyen la gestión directa de farmacias, laboratorios y equipos médicos, consolidándose como actores clave en el sector privado; mejorando la calidad del servicio al unificar procesos, pero ha generado preocupaciones sobre la competencia en el mercado de servicios de salud.

D. Justificación de su exclusión o inclusión en el contexto peruano

El análisis de estos agentes en la integración vertical debe considerar el impacto en la eficiencia, equidad y sostenibilidad del sistema de salud peruano. Basándose en los aportes de Restrepo et al. (2019), se justifica la inclusión de estos agentes por las siguientes razones:

Tabla 4

Inclusión de agentes en el contexto peruano

Relevancia estratégica en la cadena de valor	Cada uno de estos actores desempeña un papel crucial para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios médicos. Su integración en el análisis permite identificar tanto oportunidades como riesgos asociados al modelo.
Impacto en la regulación y competencia	La integración vertical en el Perú se desarrolla en un entorno regulatorio aún en evolución. Incluir a estos agentes en el estudio permite evaluar cómo sus decisiones afectan el acceso a la salud, especialmente en zonas rurales y sectores vulnerables.

**Aportes al diseño
de políticas
públicas**

Al comprender las dinámicas entre estos agentes, se pueden diseñar políticas que fomenten una integración responsable, evitando prácticas anticompetitivas y promoviendo la sostenibilidad del sistema de salud.

En lo que respecta, a su exclusión podría limitar la capacidad de identificar los desequilibrios estructurales y las barreras que enfrentan los pacientes, especialmente en áreas con menor acceso a servicios de calidad.

1.2.3. Teoría económica: aplicación a la integración económica

1.2.3.1. Principios generales

La teoría económica, centrada en el estudio de la asignación eficiente de recursos, proporciona un marco para analizar las decisiones estratégicas de las organizaciones. La integración vertical, según Marshall (1920) y Samuelson (1948), es una estrategia que permite a las empresas controlar diferentes niveles de la cadena de suministro para optimizar recursos, minimizar costos y maximizar la eficiencia operativa.

En este contexto, la integración vertical busca internalizar transacciones que, de otra manera, implicarían altos costos de negociación y coordinación entre actores independientes. Esto no solo mejora la eficiencia económica, sino que también permite a las empresas responder con mayor rapidez y flexibilidad a los cambios del mercado (Williamson, 1985).

1.2.3.2. Teoría económica: ahorro de los costos de transacción

La teoría económica de la integración vertical tiene como base el ahorro de los costos de transacción. Para entender mejor este concepto, podemos tomar el ejemplo de una clínica, la cual para cumplir con su objeto social requiere de servicios complementarios no necesariamente de índole médico, tales como: limpieza de ambientes, esterilización de instrumental, farmacia, radiología, laboratorio, sólo por mencionar algunas. Y, estos servicios podrían ser realizados por la propia empresa o tercerizarse. Dicha elección dependerá de los costos y beneficios que implique la opción elegida. Para ello, de acuerdo con lo manifestado por Jorge Tarzuján debemos tomar en cuenta el nivel de competencia del

servicio en el mercado, así como el nivel de importancia que le atribuye la empresa a dicho servicio (2013, pp. 363) Así tenemos que mientras exista mayor participación en el mercado, este tiende a reducir sus costos. Por otro lado, si al empresario le preocupa contar con el servicio requerido en determinada oportunidad asegurando y/o priorizando su calidad será mucho más probable que decida integrar el servicio a la empresa para no correr ningún riesgo.

Los costos de transacción parten desde negociar e investigar sobre la información relevante requerida como precios para optar por un determinado proveedor y así celebrar un contrato con determinadas condiciones y términos, transacciones u operaciones que implican un costo para la empresa. Por el contrario, en la empresa integrada no se producen tales transacciones ni existe un mercado porque sólo se requiere una orden del empresario para realizar el servicio, en consecuencia, existen menos costos de transacción. Cabe señalar que la teoría de los costos de transacción fue esbozada por Coase (1937), y luego desarrolla por Williamson (1975) y Hart (1989).

Tampoco podemos dejar de lado que cuando el empresario integra un servicio se generan costos de coordinación para realizar, coordinar y producir el servicio de forma interna, por lo tanto, se asume que la empresa integra aquellos servicios que ocasionan mayores costos de transacción.

Dentro de estos costos de transacción podemos encontrar las siguientes situaciones:

- Oportunismo: una operación en el mercado es más costosa si una de las partes actúa de forma oportunista. Este problema del oportunismo tiene dos formas: (i) *Hold up*: ocurre cuando una de las partes realiza una inversión que sólo le sería útil a la parte contraria, quedando así “atada” con ella. Para una mejor comprensión, tomemos el ejemplo de General Motors (GM) y Fisher Body (FB). FB fue uno de los principales proveedores de piezas de autos para GM, por ello GM le solicitó construir una planta muy cerca de sus instalaciones para que le suministre las piezas y así reducir costos. FB se negó porque consideró que GM actuaría de forma oportunista negándose a aceptar cualquier incremento de precios. En efecto para FB le sería más difícil y oneroso vender a otro cliente con dicha planta. Esta situación terminó con la compra

de FB por parte de GM. (ii) *Moral Hazard*: ocurre cuando la información obtenida en una operación es costosa y una de las partes haciendo uso de esta perjudica a la parte contraria obteniendo un beneficio para sí misma. Por ejemplo: en el mercado de seguros, el médico de la clínica solicitará al paciente más exámenes auxiliares de diagnóstico considerando que es la compañía de seguro la que asume el pago de estas. Esto motiva a la compañía de seguro a integrarse verticalmente para controlar ese gasto. Sin embargo, si se explora el lado opuesto, también puede ocurrir que la aseguradora integrada verticalmente no permita que se realicen los exámenes auxiliares necesarios para el paciente.

- Incertidumbre: referida a la imposibilidad de evitar contingencias futuras derivadas del precio, demanda, etc.
- Seguridad jurídica: en términos de la institucionalidad legal y regulatoria del país porque un deficiente actuar en estos ocasiona mayores costos de transacción al ser menos confiables los contratos.

A. Aplicación al modelo de integración vertical

En el sector salud, la integración vertical se convierte en una estrategia para reducir costos de transacción relacionados con la provisión de servicios médicos. Por ejemplo, un asegurador que también es propietario de clínicas y laboratorios tiene un mayor control sobre la calidad, la disponibilidad y los precios de los servicios ofrecidos. Este control disminuye la necesidad de negociar continuamente con proveedores externos y reduce los riesgos asociados con el oportunismo o la falta de coordinación entre diferentes actores de la cadena de valor (Alvarado, 2021).

La integración vertical también permite enfrentar problemas de especificidad de activos. En el sector salud, estos activos pueden incluir tecnología médica avanzada, infraestructura hospitalaria especializada o bases de datos de pacientes. Una aseguradora que invierte en un sistema de registros médicos electrónicos puede integrar hacia adelante para asegurarse de que las clínicas en su red utilicen dicha tecnología, evitando la dependencia de terceros.

Adicionalmente, la incertidumbre inherente al sector salud, donde la demanda de servicios puede variar drásticamente debido a pandemias o crisis económicas, justifica la integración vertical como una estrategia para garantizar un suministro estable y confiable (Petersen et al., 2020).

B. Ejemplos concretos del impacto en el sector salud

La teoría de los costos de transacción ofrece un marco valioso para entender por qué las organizaciones en el sector salud adoptan modelos de integración vertical. Si bien estos modelos pueden mejorar la eficiencia y reducir costos, también presentan riesgos relacionados con la competencia y el acceso equitativo a los servicios. Por lo tanto, es fundamental que los reguladores equilibren los beneficios económicos de la integración vertical con la necesidad de garantizar un mercado justo y accesible para todos.

En base a ello, podemos visualizar algunos ejemplos del impacto en el sector salud:

Tabla 5

Impacto en el sector salud de los costos de transacción

Reducción de costos administrativos	En el Perú, aseguradoras como Rímac y Pacífico Seguros han integrado redes de clínicas y laboratorios para disminuir costos relacionados con la negociación y supervisión de contratos con proveedores externos (Alvarado, 2021). Este modelo les permite ofrecer servicios más accesibles para sus asegurados, al tiempo que reducen sus gastos operativos.
Coordinación eficiente	Un ejemplo internacional es Kaiser Permanente, en los Estados Unidos, que opera como un modelo de integración vertical total. Kaiser combina seguros, clínicas y hospitales bajo una misma organización, permitiendo una mejor coordinación en la atención de pacientes y una mayor eficiencia en el uso de recursos (Huerta & Gómez, 2020).
Prevención de conflictos contractuales	En mercados menos regulados, como el peruano, la integración vertical puede prevenir conflictos contractuales comunes, como incumplimientos en la entrega de insumos o discrepancias en la calidad del servicio. Por ejemplo, clínicas integradas con aseguradoras tienen incentivos para colaborar en lugar de competir, asegurando una atención más fluida (Restrepo et al., 2019).

Riesgos de monopolización

Sin embargo, cuando no está regulada adecuadamente, la integración vertical puede generar abusos; por ejemplo, una aseguradora que también es propietaria de clínicas privadas podría negar acceso a prestadores de salud externos o imponer restricciones a los asegurados que no pertenecen a su red, reduciendo así la competencia y afectando a los pacientes que dependen de opciones de atención médica accesibles. Este tipo de prácticas puede limitar la variedad de servicios disponibles y aumentar los costos para los consumidores, quienes no siempre tienen libertad para elegir entre distintos prestadores de salud (Petersen et al., 2020).

1.2.3.3. Efectos económicos de la integración vertical

A. Reducción de costos y aumento eficientes

La eliminación de intermediarios es uno de los efectos económicos más destacados de la integración vertical. Esto permite que las empresas eviten márgenes de ganancia adicionales y reduzcan costos operativos. En el sector salud, esta dinámica puede beneficiar directamente a los consumidores al reducir los precios de servicios médicos, insumos o medicamentos.

Por ejemplo, en el Perú, las grandes aseguradoras, como Pacífico Seguros, que han integrado servicios como laboratorios y clínicas, logran una operación más económica y eficiente al negociar directamente con proveedores de insumos médicos. Esto también minimiza riesgos asociados a retrasos o incumplimientos por parte de terceros, beneficiando tanto a las empresas como a los pacientes (Petersen et al., 2020).

B. Mejoras en la coordinación de la cadena de valor

La integración vertical permite una mejor sincronización de actividades a lo largo de la cadena de suministro, reduciendo fricciones y maximizando la eficacia de los procesos. Huerta y Gómez (2020) destacan que esta estrategia puede alinear incentivos entre diferentes niveles de la cadena, fomentando la colaboración y la calidad en el servicio.

Un ejemplo concreto es el modelo de Clínicas AUNA en el Perú, donde una red integrada permite coordinar consultas, diagnósticos y tratamientos de manera uniforme y eficiente, estructura que, reduce las probabilidades de conflictos entre aseguradoras y

proveedores, generando una experiencia más fluida para los pacientes y promoviendo la continuidad en la atención médica.

C. Riesgos de concentración de mercado y abuso de poder

A pesar de sus beneficios, la integración vertical también conlleva riesgos económicos significativos, como la concentración de mercado y el abuso de poder. Stigler (1951) advierte que este modelo puede crear barreras de entrada para nuevos competidores, consolidando el dominio de grandes empresas en detrimento de la competencia.

En el sector salud peruano, estas dinámicas pueden manifestarse en prácticas como la exclusión de proveedores externos o el establecimiento de tarifas diferenciadas para pacientes fuera de la red. Este tipo de comportamiento puede limitar el acceso equitativo a los servicios de salud y perpetuar desigualdades en el mercado, perjudicando particularmente a las poblaciones más vulnerables (Restrepo et al., 2019).

1.2.3.4. Integración vertical efectos: positivos/negativos

Entonces, la integración vertical tiene efectos positivos porque no genera costos de transacción, además puede resolver algunas externalidades, tales como la doble marginalización. La doble marginalización ocurre cuando la aseguradora y la clínica, imponen cada una por separado un margen que ocasiona que el precio suba por encima del óptimo. Sin embargo, si ambas se integran habrá sólo un margen que corresponde al de la aseguradora fijando un precio único al consumidor. Asimismo, se reduce la asimetría de información entre la aseguradora y la clínica porque la primera accede a la información médica y al tratamiento del paciente. En consecuencia, la aseguradora puede controlar y monitorear los servicios que presta la clínica a los asegurados.

Por otro lado, la integración vertical también podría tener efectos negativos porque puede ser utilizada para que las empresas integradas incrementen su poder de mercado o realicen un ejercicio abusivo de este. Para ilustrar este punto, debemos considerar que si una EPS compra una clínica que provee un servicio especializado necesario para prestar servicios médicos y bien posicionado en el mercado puede dificultar el ingreso a EPS competidoras ya que dicho servicio al ser importante para que la EPS puedan competir en el mercado y la

EPS integrada podría limitar su acceso o incrementar los costos. Por consiguiente, aumentarían los costos de la EPS no integrada pudiendo desplazarla del mercado o desincentivar su ingreso.

Al respecto, corresponde resaltar que, si los servicios prestados por las clínicas a las EPS son diferenciados, las EPS integradas tienen motivos para aumentar la diferenciación de sus servicios desplazando así a las EPS competidoras en la medida que dicha estrategia les permite tener redes de clínicas distintas a las de las EPS competidoras. Así, el poder de negociación de la EPS integrada se incrementa siendo rentable la exclusión de EPS competidoras.

En atención a lo expuesto, podemos encontrar efectos positivos en la integración vertical porque esta elimina los costos de transacción, la asimetría de la información, la doble marginalización, etc. No obstante, también podría generar efectos negativos a través de un ejercicio abusivo del poder de mercado derivado de ella.

1.2.4. Análisis teórico aplicado al sector salud peruano

1.2.4.1. Ventajas económicas de la integración vertical

A. Reducción de costos

La integración vertical reduce costos al eliminar intermediarios en la cadena de suministro y minimizar problemas de negociación entre actores independientes. Según Williamson (1985) este modelo disminuye los costos de transacción al centralizar operaciones y reducir la incertidumbre derivada de la dependencia de terceros.

En el sector salud peruano, aseguradoras como Rímac y Pacífico han integrado servicios como laboratorios, clínicas y farmacias bajo una misma administración. Esto ha permitido reducir costos operativos y de logística, además de garantizar un control directo sobre los estándares de calidad (Alvarado, 2021). Por ejemplo, estas aseguradoras pueden adquirir insumos médicos a gran escala, logrando economías de escala que se traducen en precios más competitivos para ciertos servicios.

B. Coordinación eficiente de servicios

La teoría económica enfatiza que la integración vertical facilita una mejor coordinación entre los niveles de la cadena de valor, lo que resulta en un servicio más fluido y de calidad para los pacientes (Petersen et al., 2020).

En el caso peruano, la integración entre aseguradoras y clínicas ha permitido una mejor sincronización en la prestación de servicios, como la programación de consultas, procedimientos quirúrgicos y terapias, reduciendo tiempos de espera y mejorando la experiencia del paciente (Restrepo et al., 2019). Un ejemplo concreto es el modelo adoptado por Clínicas AUNA, que permite a los asegurados recibir atención integral desde el diagnóstico hasta el tratamiento sin salir del sistema.

1.2.4.2. Riesgos asociados

A. Concentración de mercado

Un modelo de integración vertical puede derivar en la acumulación excesiva de poder de mercado por parte de grandes empresas, lo que limita la competencia y genera barreras de entrada para nuevos actores (Stigler, 1951).

En el sector salud peruano, se han identificado casos donde grandes aseguradoras han concentrado servicios clave, excluyendo a proveedores externos. Por ejemplo, algunas clínicas privadas que pertenecen a redes integradas no admiten pacientes de otras aseguradoras reduciendo así la competencia y limitando las opciones de los usuarios (Petersen et al., 2020). Esto crea un entorno de mercado cerrado que puede perjudicar tanto a los competidores como a los consumidores.

B. Acceso inequitativo a servicios de salud

La concentración derivada de la integración vertical puede traducirse en inequidad en el acceso a servicios de salud. Según Restrepo et al. (2019) las empresas integradas tienden a priorizar a sus propios asegurados, dejando a los pacientes fuera de red con opciones limitadas o más costosas.

Por ejemplo, el hecho de que Rímac Seguros no cobre el copago de consultas a sus asegurados en la Clínica Internacional, que forma parte de su red, es un ejemplo de las implicancias prácticas de la integración vertical en el sector salud, modelo que, aunque

puede ofrecer beneficios inmediatos a los asegurados, también genera preocupaciones desde el punto de vista regulatorio y de competencia. Aunque eliminar el copago parece una ventaja directa para los usuarios de Rímac, la práctica debe evaluarse bajo un marco regulatorio claro para evitar efectos adversos en la competencia del mercado y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. Este tipo de estrategias subraya la importancia de establecer normas específicas para regular la integración vertical en el sector salud, asegurando que los beneficios ofrecidos a los usuarios no perjudiquen la sostenibilidad del mercado ni a otros actores del sistema.

En el Perú, esto se refleja en el costo diferencial entre servicios ofrecidos a pacientes afiliados y no afiliados. Las tarifas para personas externas pueden ser significativamente más altas, afectando especialmente a los sectores vulnerables que no tienen acceso a seguros privados (Alvarado, 2021).

1.2.4.3. Ejemplos concretos que ilustren estos efectos en el sector privado peruano

A. Caso positivo: Coordinación integral en clínicas AUNA

Clínicas AUNA, que opera con un modelo de integración vertical, ha demostrado que la centralización de servicios médicos puede mejorar la calidad y la eficiencia; los pacientes tienen acceso a una amplia gama de servicios dentro de la misma red, lo que reduce los tiempos de espera y garantiza una atención más coherente.

En términos prácticos, los pacientes pueden obtener citas, diagnósticos y tratamientos en un solo sistema coordinado, lo que minimiza errores en la transferencia de información médica; además, al eliminar intermediarios, AUNA logra reducir los costos operativos, lo que en teoría debería trasladarse a tarifas más competitivas para los pacientes. Este enfoque se traduce en un modelo sostenible que prioriza la calidad del servicio sin comprometer la rentabilidad.

Sin embargo, aunque este modelo presenta beneficios claros en términos de coordinación y eficiencia, no está exento de críticas. La centralización puede crear dependencia entre los pacientes y la red, limitando sus opciones en caso de insatisfacción o desacuerdos con el servicio prestado (Petersen et al., 2020).

B. Caso negativo: Exclusión en redes integradas

En 2021, Pacífico Seguros fue señalado por implementar políticas restrictivas en su red de clínicas, limitando el acceso a pacientes externos y cobrando tarifas elevadas por servicios básicos. Este comportamiento restrictivo ha sido cuestionado por limitar la competencia y generar desigualdad en el acceso a la salud (Petersen et al., 2020).

Este enfoque no solo afecta a los pacientes externos, sino también a proveedores de servicios médicos independientes que ven reducida su capacidad de competir en igualdad de condiciones. La exclusión de actores externos restringe la diversidad de opciones disponibles para los consumidores, lo que genera una inequidad significativa en el acceso a servicios de salud de calidad.

Además, este tipo de prácticas puede exacerbar las desigualdades existentes en el sector salud peruano, donde una gran parte de la población ya enfrenta barreras económicas para acceder a servicios médicos privados. En ausencia de una regulación efectiva, estos modelos pueden consolidar la concentración de mercado y perpetuar desigualdades estructurales.

C. Impacto en insumos médicos

La integración vertical hacia atrás también puede generar controversias. Por ejemplo, una aseguradora que controla la distribución de medicamentos podría priorizar a sus propias farmacias, afectando la disponibilidad de insumos en otros puntos de venta. Este tipo de práctica se ha observado en países como México y Brasil, con paralelismos relevantes para el caso peruano (Restrepo et al., 2019).

Por ejemplo, una aseguradora que también opera farmacias puede establecer políticas de abastecimiento que privilegien su red, limitando la disponibilidad de medicamentos en el mercado general; lo que, no solo afecta a competidores, sino también a consumidores que dependen de otros puntos de distribución para acceder a medicamentos esenciales.

En el contexto peruano, un escenario similar podría tener implicaciones graves, dada la alta fragmentación del sistema de salud y la dependencia de las familias peruanas en farmacias locales y pequeñas cadenas; es decir que, un control centralizado de insumos

podría generar desabastecimientos en zonas rurales o de difícil acceso, perpetuando las disparidades geográficas y económicas en el acceso a la salud.

Estos casos ilustran los impactos contrastantes de la integración vertical en el sector salud privado; si bien existen beneficios claros en términos de eficiencia y coordinación, también es evidente el riesgo de abuso de poder y exclusión en mercados menos regulados. La falta de una supervisión efectiva en el Perú podría amplificar estos riesgos, permitiendo la consolidación de prácticas monopólicas que perjudican a consumidores y pequeños proveedores.

Consecuentemente, es crucial que el Estado adopte políticas regulatorias que equilibren los beneficios de la integración vertical con la necesidad de garantizar un acceso equitativo a servicios de salud; lo que, podría incluir medidas como la promoción de competencia entre redes integradas, la transparencia en la fijación de tarifas y el monitoreo de prácticas de exclusión.

El análisis teórico aplicado al sector salud peruano evidencia que la integración vertical tiene ventajas significativas, como la reducción de costos y la mejora en la coordinación de servicios; sin embargo, también plantea riesgos asociados con la concentración de mercado y la inequidad en el acceso. Por tanto, es fundamental implementar políticas regulatorias que promuevan un balance entre eficiencia y equidad en el sector salud.

1.3. Marco normativo

1.3.1. Análisis crítico del marco legal vigente

1.3.1.1. ley N° 29344 (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud) y su Reglamento DS N° 008-2010-SA

La Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, promulgada en el Perú, tiene como objetivo garantizar que todos los ciudadanos accedan a servicios de salud de calidad, sin importar su condición económica o social; su Reglamento, aprobado mediante el DS N° 008-2010-SA, regula las disposiciones para implementar la Ley; entre los aspectos más discutidos, destacan los artículos 19, 20 y 21 del Reglamento, que abordan la integración vertical en el sistema de salud.

Es importante entender que la integración vertical se refiere a la capacidad de una institución aseguradora de gestionar no solo el financiamiento, sino también la prestación de servicios de salud; en el contexto del aseguramiento universal, esta estructura busca optimizar recursos, garantizar continuidad en la atención y reducir fragmentación en el sistema.

El presente análisis crítico aborda los artículos 19, 20 y 21 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, enfocado en las disposiciones sobre la integración vertical, y desarrolla propuestas para optimizar su implementación en el sector privado de salud peruano; propuestas que buscan abordar los riesgos identificados y garantizar que el modelo promueva eficiencia, calidad y equidad.

Tabla 6

Análisis crítico del contexto de la integración vertical en el Reglamento DS N° 008-2010-SA

	Artículo	Problema
Artículo 19	<i>En el sector privado, la capacidad de los aseguradores para operar redes propias puede representar una ventaja competitiva, pero también un riesgo de exclusión para prestadores externos.</i>	Los usuarios pueden estar restringidos a las redes internas de los aseguradores, lo que limita la posibilidad de acceder a servicios más especializados o diversificados que ofrecen prestadores independientes.
Artículo 20	<i>Este artículo fomenta convenios con prestadores externos, pero la integración vertical permite que los aseguradores prioricen sus propias redes. En el sector privado, esto puede desincentivar la innovación y competencia entre prestadores.</i>	Existe un potencial conflicto de intereses entre la contención de costos y la calidad de atención, afectando negativamente la experiencia del usuario.
Artículo 21	<i>Enfocado en maximizar la eficiencia del modelo integrado, este artículo no establece mecanismos claros para monitorear la calidad ni proteger a los usuarios de prácticas monopolísticas.</i>	El sector privado puede convertirse en un oligopolio, afectando la pluralidad de opciones disponibles para los asegurados.

Asimismo, en el siguiente cuadro podemos observar algunas propuestas de mejora para la integración vertical dentro del sector privado de salud.

Tabla 7

Propuestas de mejora para la integración vertical de acuerdo al análisis del Reglamento DS N° 008-2010-SA

Concepto	Acción	Impacto esperado
<i>Regulación del acceso y la competencia</i>	Diseñar normativas específicas que obliguen a los aseguradores privados a incluir un porcentaje mínimo de servicios de prestadores externos en sus redes.	Asegura la diversificación de opciones para los pacientes, fomenta la competencia entre prestadores y garantiza un estándar mínimo de calidad en los servicios contratados.
<i>Supervisión independiente del modelo integrado</i>	Establecer una entidad reguladora autónoma que evalúe periódicamente los resultados de calidad y eficiencia de las redes integradas del sector privado.	Reducción de conflictos de interés y mejora de la transparencia en la relación entre aseguradores y prestadores.
<i>Implementación de indicadores de calidad obligatorios</i>	Incorporar métricas obligatorias de desempeño para los prestadores y aseguradores que operen bajo un modelo de integración vertical, como índices de satisfacción del paciente, tiempos de espera y tasas de resolución efectiva de problemas de salud.	Garantiza que la calidad de atención no se vea sacrificada por la contención de costos.
<i>Fomento de Alianzas Público-Privadas (APP)</i>	Promover colaboraciones entre el sector privado y el público para optimizar recursos, compartir mejores prácticas y ampliar la cobertura a sectores menos atendidos.	Mejora el acceso y diversifica las fuentes de financiamiento y prestación de servicios, especialmente en áreas rurales y comunidades vulnerables.
<i>Protección del derecho de elección del usuario</i>	Incorporar en la normativa la obligación de los aseguradores de informar de manera transparente sobre las opciones disponibles fuera de su red	Empodera al usuario al garantizar su derecho a elegir, y genera presión competitiva para mantener altos estándares de calidad.

	integrada, permitiendo al usuario decidir libremente.	
<i>Incentivos a la innovación en prestación de servicios</i>	Establecer incentivos fiscales y financieros para prestadores independientes que ofrezcan servicios innovadores y de alta calidad, fomentando la diversidad en el mercado.	Promueve la evolución del sector privado hacia modelos más competitivos y centrados en el paciente.

La integración vertical en el sector privado de salud del Perú tiene el potencial de mejorar la eficiencia y continuidad de la atención, pero también enfrenta riesgos significativos relacionados con la exclusión de prestadores externos, conflictos de interés y concentración del poder. Las propuestas aquí planteadas buscan equilibrar estos riesgos mediante la regulación adecuada, la promoción de la competencia y la priorización de la calidad de los servicios.

Un modelo de integración vertical exitoso debe garantizar que el aseguramiento universal en el sector privado sea inclusivo, transparente y centrado en el bienestar del paciente, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud peruano.

1.3.1.2. Ley N° 26842 (Ley General de Salud)

Esta ley establece los principios básicos para garantizar la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de salud en el Perú; aunque aborda temas como la ética y la equidad en la atención médica, carece de disposiciones claras para supervisar modelos de integración vertical; permitiendo que redes privadas prioricen intereses económicos sobre el bien.

La Ley N° 26842 establece el marco normativo para el sistema de salud en el Perú, definiendo principios fundamentales como la universalidad, equidad y accesibilidad en la prestación de servicios de salud. En este contexto, regula aspectos relacionados con el sector público y privado, procurando garantizar la calidad y eficiencia en la atención sanitaria. No obstante, la ley no aborda explícitamente los desafíos que plantea la integración vertical en el sector salud, una estrategia empresarial que ha cobrado relevancia en los últimos años en clínicas y aseguradoras privadas.

Tabla 8*Análisis crítico de la Ley N° 26842*

Fortalezas	Vacíos
La Ley General de Salud promueve principios esenciales como la equidad y accesibilidad, alineados con el derecho a la salud reconocido en instrumentos internacionales.	<i>Ausencia de regulación específica sobre integración vertical:</i> Aunque la ley regula aspectos generales de la prestación de servicios de salud, no aborda la dinámica particular de la integración vertical. Esto deja sin supervisión prácticas como el desabastecimiento selectivo o la exclusión de terceros, que pueden limitar la competencia y el acceso a servicios de calidad.
Incluye disposiciones para fiscalizar la calidad de los servicios, lo que podría aplicarse a las redes integradas para garantizar estándares adecuados en atención médica.	<i>Falta de control sobre el acceso equitativo:</i> En redes integradas, como las manejadas por aseguradoras privadas, se observa que el diseño de políticas internas puede priorizar a pacientes afiliados sobre otros usuarios, lo que contradice los principios de universalidad y equidad establecidos por la ley.
	<i>Carencia de mecanismos de transparencia:</i> No se exige a las redes integradas la publicación de tarifas ni de indicadores de calidad, lo que dificulta la evaluación independiente de su desempeño y afecta la toma de decisiones por parte de los usuarios.

Como se puede visualizar en la Tabla 8, la Ley General de Salud establece principios fundamentales como la equidad, accesibilidad y fiscalización de la calidad, alineados con el derecho a la salud, pero presenta vacíos importantes frente a la integración vertical en el sector salud. Carece de una regulación específica para supervisar prácticas como el desabastecimiento selectivo o la exclusión de pacientes externos, lo que limita el acceso equitativo. Además, no incluye mecanismos de transparencia que obliguen a las redes integradas a publicar tarifas e indicadores de calidad, dificultando una evaluación independiente de su desempeño y restringiendo la competencia.

1.3.1.3. Decreto Supremo N° 013-2006-SA (Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo)

Este reglamento tiene como objetivo principal garantizar la calidad en los servicios que ofrecen los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo; en el contexto del sector privado, esta normativa establece lineamientos claros sobre las condiciones mínimas de infraestructura, equipamiento, personal y procesos necesarios para asegurar un estándar de calidad que proteja los derechos de los pacientes.

Un aspecto crítico del reglamento es su énfasis en la calidad de atención como un derecho fundamental, lo que implica que todos los establecimientos, independientemente de su modalidad de gestión, deben cumplir con requisitos homogéneos para su autorización y funcionamiento; sin embargo, la implementación de estos estándares en el sector privado presenta desafíos, especialmente en el caso de las clínicas que forman parte de redes integradas.

Entre las deficiencias detectadas en la aplicación de esta norma se encuentra la falta de supervisión efectiva, lo que genera una brecha entre el cumplimiento normativo declarado y la calidad real de los servicios ofrecidos. Además, no contempla de manera explícita los retos específicos que plantea la integración vertical, como la posibilidad de que estas redes privilegien la optimización de costos sobre la calidad de los servicios. Por lo tanto, es necesario que esta normativa sea revisada para incluir parámetros específicos que se ajusten a la dinámica de integración y concentración en el mercado de salud privado.

1.3.1.4. Decreto Supremo N° 031-2014-SA (Infracciones y Sanciones)

Este decreto regula las infracciones y sanciones aplicables a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), estableciendo un marco punitivo para garantizar el cumplimiento de la normativa en el sector salud. Su importancia radica en que establece mecanismos de control frente a la posible vulneración de derechos de los usuarios, como el acceso oportuno a servicios de calidad y la transparencia en las prácticas comerciales.

El decreto clasifica las infracciones en leves, graves y muy graves, con sanciones que van desde amonestaciones hasta multas económicas significativas. Este enfoque punitivo tiene

el potencial de disuadir conductas que afecten la prestación de servicios; sin embargo, uno de los puntos críticos de esta normativa es su enfoque reactivo más que preventivo, dado que se activa principalmente tras la identificación de una infracción, en lugar de fomentar una cultura de cumplimiento y mejora continua en las instituciones del sector salud.

Asimismo, en el contexto de integración vertical, las sanciones previstas en el decreto no consideran adecuadamente los riesgos asociados a la concentración empresarial. Por ejemplo, no existen medidas específicas para evitar que las redes integradas limiten la oferta de servicios a usuarios externos o impongan precios más altos a quienes no pertenecen a sus aseguradoras. Esto revela una laguna normativa que requiere ser subsanada mediante la incorporación de disposiciones específicas para abordar los desafíos únicos que plantea la integración vertical en el mercado de salud privado.

1.3.1.5. Decreto Legislativo N° 1034 (Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas)

El Decreto Legislativo N° 1034 refuerza las disposiciones generales contra el abuso de posición de dominio y otras conductas anticompetitivas, aplicables de manera transversal a diversos sectores económicos, incluyendo el sector salud. Esta normativa busca prevenir y sancionar prácticas que limiten la competencia, como acuerdos colusorios o abuso de poder de mercado, con el objetivo de garantizar mercados más justos y accesibles.

En el contexto del sector salud, su aplicación ha sido limitada, principalmente porque no aborda de manera específica los riesgos asociados a la integración vertical en servicios esenciales, como la atención médica y la distribución de medicamentos (Alvarado, 2021). Aunque esta norma ofrece un marco conceptual robusto, carece de directrices particulares que mitiguen problemáticas inherentes al sector salud, como la exclusión de proveedores externos, la posible discriminación en el acceso a servicios, o el incremento de costos para usuarios independientes. Estas limitaciones subrayan la necesidad de un marco regulatorio más especializado que considere las particularidades del sector salud y su impacto directo en los derechos fundamentales, como el derecho a la salud.

1.3.2. Articulación normativa en el contexto peruano

Aunque las leyes peruanas buscan proteger la competencia y la calidad de los servicios, su falta de especificidad frente a los riesgos de la integración vertical representa un vacío normativo que puede afectar a los usuarios y a la competencia en el mercado (Alvarado, 2021).

La relación entre las normativas peruanas y la supervisión de la integración vertical refleja un marco jurídico que, si bien busca proteger la competencia y garantizar servicios de calidad, presenta limitaciones significativas al abordar este modelo empresarial en el sector salud. El Decreto Legislativo N° 1034, no contiene disposiciones específicas sobre la integración vertical en mercados sensibles como el de la salud; permitiendo que grandes conglomerados, como aseguradoras privadas, puedan adoptar estrategias que, aunque eficientes desde un punto de vista económico, generen riesgos de abuso de posición de dominio, exclusión de competidores y acceso inequitativo a servicios.

En cuanto a la Ley General de Salud (Ley N° 26842), aunque promueve principios esenciales como la equidad y accesibilidad, no incluye regulaciones específicas que aborden la estructura y funcionamiento de las redes integradas; lo que, deja sin supervisión aspectos críticos como la priorización de pacientes afiliados frente a externos, la transparencia en tarifas y servicios, y la posibilidad de un desabastecimiento selectivo de insumos médicos en el mercado.

En lo que respecta al Decreto Supremo N° 013-2006-SA y Decreto Supremo N° 031-2014-SA tienen un rol fundamental en la regulación del sector salud, pero presentan limitaciones significativas frente a las dinámicas de concentración e integración vertical. Si bien el Decreto Supremo N° 013-2006-SA asegura una base de calidad, su implementación necesita reforzarse con mecanismos de supervisión efectivos. Por otra parte, el Decreto Supremo N° 031-2014-SA requiere ajustes para abordar los retos específicos del sector privado, promoviendo un enfoque más preventivo y adaptado a las complejidades del mercado de salud actual. Esto es clave para garantizar la equidad y la calidad en los servicios de salud, protegiendo tanto los derechos de los usuarios como la competencia justa en el mercado.

En la práctica, esta falta de articulación normativa genera un vacío que dificulta la supervisión efectiva de la integración vertical en el sector salud peruano, contrastando con ejemplos internacionales, donde las leyes incluyen regulaciones claras para evitar la

concentración excesiva de mercado y garantizar la competencia. Sin reformas que aborden estos vacíos, existe el riesgo de que la integración vertical en Perú, aunque con potencial de mejorar la coordinación y reducir costos, también limite la equidad y la calidad del acceso a servicios de salud, especialmente para los grupos más vulnerables (Petersen et al., 2020).

Debemos entender que las personas en cualquier momento pueden ser afectadas por eventos no previstos que menoscaban su salud y, por tanto, verse obligadas a efectuar gastos fuera de su presupuesto para la atención y tratamiento de su dolencia. En vista que dichos gastos son inciertos, los consumidores contratan seguros de salud para asegurar el pago de dichos gastos, mediante el pago de una prima.

Ahora bien, los asegurados tienen diferentes riesgos de salud, por ello, las aseguradoras preparan contratos con diferentes niveles de cobertura de riesgos y pago de primas. No obstante, considerando que la salud puede variar debido a las circunstancias y condiciones propias de cada persona. Es decir, un asegurado de bajo riesgo puede convertirse en uno de alto riesgo, lo cual ocasionará que el seguro aumente la prima o decida no renovar el contrato. Esta situación generará una brecha en el acceso a los servicios de salud a los consumidores de alto riesgo e inclusive los podría excluir del mercado. Para evitar ello, el Estado interviene con la finalidad que toda la población acceda a los servicios de salud.

En nuestro país, tanto el sector privado y el público prestan servicios de salud a través de las IAFAS las cuales deben ofertar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y planes complementarios.

De este modo, el aseguramiento universal en salud en nuestro país inició en el mes de abril del año 2009 bajo la Ley No. 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Cuyo objetivo es lograr que toda la población acceda a las prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Sin embargo, si bien un 97.64% de la población se encuentra asegurada¹, habría que examinar si realmente dicha población accede a la atención de salud de forma efectiva y oportuna con un adecuado tratamiento y suministro de medicamentos. En

¹ Registro nominal de asegurados – Boletín informativo Susalud al 28.02.2024.

efecto, podemos mencionar que Essalud cuenta con una red de atención conformada por 390 centros de diferentes niveles de atención y complejidad, sin embargo, es de conocimiento público que su atención presenta falencias, derivadas de huelgas realizadas por sus trabajadores hasta falta de personal médico e insumos para una atención adecuada. Entonces dicha demanda no atendida, si cuenta, con los recursos económicos suficientes, acude a los establecimientos de salud privados saturando así la demanda de ese mercado.

Respecto del PEAS, este se encuentra conformado por una lista de prestaciones de salud mínimas de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación. Estas prestaciones son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, sean públicas, privadas o mixtas, bajo las garantías explícitas de oportunidad y calidad. Asimismo, las prestaciones de salud se revisan cada dos (2) años.

En este punto, se hace visible el poco interés de realizar un seguimiento efectivo a este paquete de atenciones porque dichas prestaciones deberían ser actualizadas y/o revisadas cada dos años, empero, recién se actualizaron en el año 2021, mediante el Decreto Supremo No. 023-2021-SA, es decir, después de más de 11 años. En efecto, con este decreto se incorporaron, principalmente, los diagnósticos de salud mental, en la medida que previamente sólo se cubría la esquizofrenia, la ansiedad, la depresión y el alcoholismo, mientras que a partir del año 2021 se detallan una amplia lista de trastornos mentales y del comportamiento, así como problemas psicosociales. De igual manera, nótese que con esta norma se incorporan las garantías explícitas de acceso y protección financiera, debido a que, por factores de ubicación, y sociodemográficos, gran parte de la población al año 2014 no accedía a las prestaciones de salud aseguradas mediante el PEAS.

Por otro lado, en el mes de mayo del año 2024, mediante el Decreto Supremo No. 009-2024-SA se incorporan siete (7) diagnósticos relacionados con la salud mental que fueron omitidos en el PEAS del año 2021, siendo estos: Transexualismo, Transvestismo de rol dual, Trastorno de la identidad de género en la niñez, Otros trastornos de la identidad de género, Trastornos de la identidad de género, no especificado, Transvestismo fetichista y Orientación sexual egodistónica

En atención a lo señalado y considerando que estos diagnósticos deberán ser atendidos no sólo el sector público (Essalud y el Sis), sino también en el sector privado a través de las IPRESS, es necesario analizar si estas cumplen con la infraestructura, personal y condiciones para brindar servicios especializados en salud mental. Por ejemplo, un paciente con intento de suicidio no sólo debe ser vigilado de forma permanente por el personal asistencial de la IPRESS sino también se deberá verificar que su habitación se encuentre habilitada para que no pueda hacer uso de ningún elemento que pueda dañarlo, incluyendo la revisión de ventanas, puertas, etc. con la finalidad de contar con el lugar idóneo para su internamiento garantizando así su seguridad. Sin embargo, las clínicas y los centros de salud del sector público actualmente no cuentan con las condiciones de seguridad adecuadas para atender a este tipo de pacientes. Inclusive, el personal de salud en el Perú es insuficiente para atender a este tipo de población. Para ello, podemos indicar que existen un total de 1420 psiquiatras para atender a toda la población del Perú, conforme al listado indicado en el Registro de Psiquiatría del Colegio Médico del Perú².

Continuando con el desarrollo de la normativa aplicable, tenemos a la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud – Ley No. 26790 y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo No. 009-97-SA mediante la cual se crearon las EPS. Este Reglamento definió a la capa compleja como el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y de mayor complejidad (denominados ahora planes complementarios) que están a cargo del Essalud.

El Decreto Legislativo No. 1158 detalla los tipos de IAFAS, públicas, privadas y otras modalidades de aseguramiento mixto, así como la creación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, hoy Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.

En el presente trabajo, nos centraremos, especialmente, en las Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud privadas, las cuales pueden ser:

- i) Entidades Prestadoras de Salud (en adelante la EPS): son empresas públicas o privadas. Los asegurados pueden pagarle directamente o a través de su empleador, quien descuenta mensualmente un porcentaje de su remuneración. De tal forma que la

² <https://www.cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico/>

empresa empleadora descuenta el 9% al trabajador distribuyendo el pago de la siguiente forma: el 2.25% aporta a la EPS y el restante a Essalud con la finalidad de cubrir los diagnósticos de mayor complejidad del Plan Complementario, que no cubre la EPS.

- ii) Compañías de Seguros Privados de Salud (en adelante, Aseguradoras): su objeto es indemnizar un daño específico, satisfacer un capital, u otras prestaciones en caso de suceder un evento futuro e incierto.
- iii) Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagadas (en adelante, Prepagas): empresa que bajo la figura del pago anticipado presta servicios médicos conforme a su propia cobertura a través de infraestructura propia o contratada por terceros.
- iv) Autoseguros y fondos de salud (en adelante Autoseguros): una entidad o sociedad organizada asume directamente el riesgo en salud de sus integrantes con cargo a sus aportes.

Entonces, las IAFAS necesitan de infraestructura, personal y servicios que brindan los las IPRESS para atender a sus asegurados. De ahí que, los afiliados que contratan con estas IAFAS y dependiendo del plan de salud de su elección, acceden a IPRESS privadas con atenciones sin costo y otras con el pago de un deducible (costo por consulta) y una cobertura (porcentaje que paga el afiliado por los gastos derivados de la consulta tales como medicamentos, exámenes de laboratorio, exámenes de radiología, etc.

Dicho sea de paso, las EPS, Prepagas y Autoseguros deben cumplir requisitos tales como solvencia patrimonial, obligaciones técnicas y cobertura de respaldo de acuerdo con el Reglamento de Solvencia Patrimonial, Obligaciones Técnicas y Cobertura de Respaldo para IAFAS Privadas y Mixtas (Resolución de Superintendencia N° 020-2014-SUSALUD/S). Para el caso de las Aseguradoras, estas deben cumplir con lo establecido por la SBS.

En este punto, es importante aclarar que las EPS ya existían en el año 1997, con la publicación de la Ley N° 26790. En ese tiempo, operaba la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) cuya finalidad era autorizar, regular y supervisar su funcionamiento, así como vigilar el uso de sus fondos.

En esa línea, para cumplir con sus funciones para la protección del derecho a la salud, además de tener a su cargo el sistema de información transaccional para el sector salud, SUSALUD ha

evolucionado como organismo técnico especializado. En abril del año 2009, como parte de la Ley N° 29344, se transforma en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA. En el año 2013, mediante Decreto Legislativo N° 1158, se convierte en SUSALUD, organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, encargado de promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud. Asimismo, tiene por objeto registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS e IPRESS. Adicionalmente, esta entidad nos permite conocer la estadística de las infracciones cometidas por las IAFAS e IPRESS relacionadas a la prestación de servicio de estas, así como las denuncias y reclamos presentados contra ellas.

En el año 2017, se promulga el Decreto Legislativo No. 1289 cuyo objetivo es optimizar el funcionamiento y los servicios de Susalud modificando algunos artículos del Decreto Legislativo No. 1158. Estas modificaciones consistieron en retirar del ámbito de Susalud el proceso de categorización y acreditación de las IPRESS, el cual a la fecha se encuentra a cargo de las Direcciones de Redes Integradas de Salud del Ministerio de Salud, con ello se evita que Susalud participe en ambos procesos al mismo tiempo, es decir de autorización y de sanción. Ello tiene por finalidad lograr la imparcialidad en sus funciones. Otra modificación relevante se refiere a que Susalud podrá aplicar medidas de seguridad como la suspensión temporal, cierre temporal y otras que resulten necesarias derivadas del proceso sancionador.

En este punto, debemos acotar que la facultad de sancionar de Susalud se encuentra recogida en el Texto Único Ordenado de la Ley N. ° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y en el Reglamento de Infracciones y Sanciones aprobado mediante Decreto Supremo N° 031-2014-SA.

Cabe señalar que conforme a la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03: Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” aprobada mediante Resolución Ministerial No. 546-2011/MINSA, el proceso de categorización se refiere a asignar categorías a los establecimientos de salud en base a los niveles de complejidad y características funcionales de sus Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en su conjunto determinan su capacidad resolutive.

Por otra parte, mediante Resolución N° 069-2021-SUSALUD/S, se modificaron los lineamientos generales de afiliación, normas y las cláusulas generales del contrato de aseguramiento entre las IAFAS con los asegurados o las entidades empleadoras determinando que las IAFAS no pueden ofrecer planes que no cubran como mínimo el PEAS.

Ahora bien, para el financiamiento del aseguramiento universal, la Ley N° 29344 creó tres regímenes de contribución: subsidiado, semicontributivo y contributivo.

Las IAFAS privadas se encuentran en el régimen contributivo a través del cual las personas financian sus servicios a través de un pago, ya sea por cuenta propia o de su empleador. La Ley N° 26790 estableció que los asegurados pertenecientes al régimen contributivo pueden ser regulares o potestativos.

Los afiliados regulares pueden ser: (i) los trabajadores que laboran bajo relación de dependencia (ii) los pensionistas de jubilación, incapacidad o sobrevivencia; y (iii) los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial, mientras que los afiliados potestativos son aquellos no comprendidos en la clasificación anterior.

Bajo el régimen contributivo, para el afiliado regular el aporte equivale al 9% de la remuneración mensual, siendo la entidad empleadora la encargada de pagarlo a EsSalud sin efectuar retención a los trabajadores. Para el caso del afiliado potestativo, el aporte corresponde al plan elegido y debe ser pagado a la IAFAS contratada.

Para los afiliados regulares las entidades empleadoras que brinden servicios de salud a sus trabajadores mediante servicios propios o a través de programas de salud contratados con EPS gozan de un crédito equivalente al 25% sobre el 9% (2.25%) de la remuneración mensual del trabajador. Este crédito puede ser utilizado solo para cubrir el monto de las prestaciones de salud otorgadas a sus trabajadores, en el caso que se utilice infraestructura propia, o para financiar el plan contratado con la EPS.

Esto quiere decir que las EPS son las únicas IAFAS que acceden a dicho crédito mientras que las demás IAFAS solo cuentan con los aportes de los asegurados potestativos afiliados.

Para acceder a dicho crédito, las empresas empleadoras deben contratar el plan y la EPS elegidos por mayoría absoluta de sus trabajadores mediante votación universal normado mediante el Reglamento del Proceso de Elección de la EPS y del Plan de Salud para Asegurados

Regulares y Disposiciones sobre el Plan de Salud para Asegurados Regulares (Resolución N° 0142-2011-SUNASA/CD).

Considerando que el presente trabajo se centra en el ámbito de acción de las EPS, es conveniente exponer su evolución en nuestro país.

En 1998, la SEPS autorizó el inicio de operaciones de las EPS Rímac, Santa Cruz S.A. EPS (Santa Cruz), y Novasalud Perú S.A. EPS (Novasalud). Y, en el año 1999, fue autorizada Pacífico.

En junio del 2000, se aprobó la absorción de Santa Cruz por parte de Rímac y en agosto del 2004 se aprobó la absorción de Novasalud por parte de Pacífico. En consecuencia, en el mercado sólo operaban Rímac y Pacífico hasta el 2006, cuando inició operaciones PERSALUD S.A. EPS (Persalud). Después, en el año 2007 y 2009, ingresaron al mercado Mapfre Perú S.A. EPS (Mapfre) y Colsanitas Perú S.A. EPS (Colsanitas), respectivamente.

En el 2010, con la implementación del aseguramiento universal en salud, el Reglamento de la Ley N° 29344 amplió las facultades de la SEPS incorporando bajo su alcance de supervisión a las IAFAS, IPRESS y demás entidades que brindan coberturas de salud.

En el año 2012, se anula la autorización de Persalud; y, por su lado Colsanitas cambió de denominación a La Positiva-Sanitas.

En el año 2017, La Positiva EPS se separó de Sanitas y finalmente en el año 2023 inició operaciones Grandia S.A. EPS.

Como se puede observar desde el año 2009 hasta la fecha, las EPS en el mercado de salud privado se han mantenido casi sin variaciones con los mismos actores.

Hasta el año 2014, el artículo 59 del Reglamento de la Ley 26790 exigía que las EPS tuvieran infraestructura propia para atender como mínimo el 30% de las prestaciones de sus afiliados. Aunque, mediante la Resolución de Superintendencia No. 027-2014-CD se dejó sin efecto el procedimiento para solicitar la ampliación de capacidad máxima de afiliación de las EPS con la finalidad de promover el ingreso de nuevas EPS. A pesar de dicha modificación normativa, conforme a lo expuesto en los párrafos precedentes, el número de EPS no ha variado de forma significativa.

En resumen, tenemos a las financiadoras (EPS que también son IAFAS privadas) que a través del pago efectuado por las empresas empleadoras de los pacientes brindan el PEAS; y, también tenemos a las prestadoras de servicios de salud que también se les llama IPRESS, y que se encargan de brindar las prestaciones de salud mínimas financiadas (PEAS) a los pacientes asegurados. Asimismo, podemos señalar que las IAFAS tanto privadas como públicas son reguladas por Susalud, no obstante, también se encarga de supervisar los servicios que se brindan en las IPRESS que han sido contratadas por dichas IAFAS.

1.3.3. Concentraciones empresariales

La concentración empresarial son operaciones cuya finalidad es el cambio en el control de una empresa. Para conocer los tipos de operaciones de concentración empresarial revisaremos la Ley No. 31112 Ley que establece el control previo de operaciones de concentración empresarial publicada el 14 de junio del año 2021, y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 039-2021-PCM.

Esta Ley establece que el cambio en el control de una empresa puede ocurrir, a través de las siguientes formas:

- Fusión: dos o más sociedades se constituyen para formar una sola, sea a través de la absorción o la consolidación.
- Adquisición de derechos: compra de acciones en porcentaje mayoritario que permita ejercer el control de la empresa.
- Empresa en común: constitución de dos o más empresas de una nueva empresa en común.
- Adquisición de activos: adquisición del control directo o indirecto de activos fijos productivos y operativos de otra empresa. En este caso, el literal a) del artículo 3 del Reglamento de la Ley de Control de Concentraciones establece que dichos activos deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Ser bienes tangibles o intangibles
 - Ser pasibles de asignación de ingresos.

- Contar con la potencialidad de desarrollar la participación en el mercado de un agente económico.
- Haber generado ingresos en el año anterior a la notificación.

Esta norma contempla excepciones que no se encuentran dentro de su alcance, tales como:

- a) El crecimiento corporativo interno, independientemente de que se produzca mediante inversión propia o con recursos de terceros.
- b) El crecimiento corporativo de un agente económico que no produzca efectos en los mercados dentro del territorio nacional, en una parte o en su totalidad, entre otros.

Así pues, esta norma faculta al INDECOPI a actuar, de forma previa y obligatoria, al posible surgimiento de una operación de concentración empresarial, cuando se cumplen las siguientes circunstancias concurrentes:

- Tiene efectos en el Perú, aun si se realiza fuera del país.
- Cambio de control de un agente económico o de un activo productivo.
- Las ventas y/o ingresos de los agentes alcanzan los umbrales establecidos en la Ley, esto es, el umbral conjunto de las empresas involucradas debe alcanzar las 118,000 UIT, y de forma individual, una de las empresas involucradas debe alcanzar las 18,000 UIT.

La autoridad encargada de realizar esta evaluación es la Comisión de Defensa de la Libre Competencia de Indecopi quien tiene la facultad de autorizar la operación, de no autorizarla o de autorizarla con condiciones temporales o compromisos.

Ahora bien, es destacable el propósito del Indecopi de buscar orientar y explicar el alcance, efectos y definiciones establecidas en la Ley 31112 y su Reglamento; puesto que ha elaborado los Lineamientos para el cálculo de los umbrales de notificación aprobados mediante Resolución No. 022-2021/CLC-INDECOPI de fecha 19 de mayo de 2021. Así también, ha elaborado, recientemente, los Lineamientos para la calificación y análisis de las operaciones de concentración aprobados mediante la Resolución No. 103-2022/CLC-INDECOPI de fecha 30 de enero de 2023.

En ese orden, estos lineamientos explican no sólo los supuestos aplicables para la evaluación previa de la concentración empresarial sino también exponen con mayor precisión las

excepciones establecidas en la norma. Por tanto, no deja margen de duda el ámbito de acción de la Comisión.

1.3.3.1. Excepciones en la Ley No. 31112 y su Reglamento

A continuación, analizaremos las excepciones que no forman parte de la evaluación de la Comisión. Esto es, el crecimiento corporativo interno, independientemente de que se produzca mediante inversión propia o con recursos de terceros.

Para comprender esta excepción debemos comprender que atañe el significado o concepto de crecimiento corporativo interno de una empresa. Entonces el objetivo de una empresa es mantenerse vigente en el mercado bien sea adoptando estrategias internas o externas, en este caso, sólo revisaremos las internas. Estas estrategias son medidas que realiza la empresa desde su interior, por ejemplo, incremento en la producción de una fábrica, adoptando nueva tecnología, la apertura de nuevos locales, entre otros,

Con la apertura de nuevos locales o sucursales la empresa busca el desarrollo en el mercado, es decir, ofertar los mismos productos o servicios en distintos mercados. Para tal efecto, la empresa diseña un plan de crecimiento para impulsar su desarrollo o penetración en un mercado específico, bien sea con sus propios recursos o mediante la venta de una parte de sus acciones, esta operación no califica para la evaluación por parte de la Comisión. Ello se corrobora con el documento elaborado por el Indecopi que señala como un ejemplo de crecimiento corporativo con recursos de terceros: el financiamiento de capital obtenido de un tercero que no participa en el mismo mercado y cuya acreencia no le otorga derechos políticos ni ningún otro derecho que le permita influenciar la estrategia competitiva de la entidad financiada.

Por otra parte, es importante recordar que las concentraciones empresariales verticales pueden variar las relaciones entre los diferentes actores del mercado porque antes interactuaban mediante distintas modalidades contractuales, pero de forma de independiente. Sin embargo, a partir de la concentración o integración vertical las relaciones de dichos agentes pasan a ser operaciones internas dentro de un mismo grupo económico lo cual puede generar efectos en la actuación de dichos agentes en el mercado o en otros relacionados.

En este punto, es preciso recordar que una de las excepciones establecidas en la Ley No. 31112 se refiere a la cuota de mercado respecto de los umbrales establecidos. Podemos mencionar que los ingresos de una empresa sobre el total de ventas en un sector específico corresponden a la cuota de mercado.

La cuota de mercado es un indicador que permite conocer la posición de ventas de una empresa con respecto a otras del mismo rubro en una misma área. Para tal efecto, desarrollaremos este concepto relacionado al comportamiento del sector privado de salud.

En este punto, se torna relevante analizar el número de solicitudes de operaciones de concentraciones empresariales presentadas a la Comisión desde la entrada en vigor de la norma en el año 2021 hasta el mes de junio de 2024. Este número alcanza un total de 55 solicitudes conforme al siguiente cuadro:

Tabla 9

Estadística de las solicitudes de operaciones de concentración empresarial

N° de solicitudes evaluación Fase 1	N° de solicitudes evaluación Fase 2	N° de solicitudes autorizadas Fase 1	N° de solicitudes autorizadas Fase 2	N° de solicitudes en trámite
3	3	41	2	6
Total				55

Adaptado de: Pastor (2024)

Como se puede observar en la tabla 1, todavía no se cuenta con un número importante de operaciones revisadas y/o autorizadas. Asimismo, la mayoría de las operaciones se han autorizado en la Fase 1.

Por otro lado, las resoluciones sobre los casos resueltos no versan sobre servicios de salud a pesar de que, si se han evaluado concentraciones verticales, pero en otro tipo de industrias. Una de ellas se refiere a la solicitud presentada por la empresa Patagonia Holdco LLC. En este caso, la Comisión consideró las directrices de la Comisión Europea en la medida que las operaciones de conglomerado no tienden a generar problemas de competencia debido a que los agentes operan en mercados totalmente separados por lo cual autorizó la integración.

En el extremo opuesto, la Comisión también evaluó el caso presentado por el Grupo Vinci en donde a pesar de que considera que se pueden generar riesgos verticales a la competencia cuando las empresas involucradas en la operación cuentan con una participación de mercado superior al 30%. En este caso, consideró que la integración no genera serias preocupaciones para ocasionar efectos restrictivos significativos a la competencia por lo cual también la autorizó. Como se explicará más adelante, las empresas del sector salud privado tienen una participación en el mercado de aproximadamente el 10%; debido a que se encuentra concentrado en las aseguradoras Rímac y Pacífico puesto que estas captan el 87% de los afiliados.

En ese sentido, para los casos relativos al servicio de salud se podrían tomar otros parámetros que legislaciones extranjeras consideran, por ejemplo, en Estados Unidos se aplica una regla de minimis para operaciones de concentración entre prestadores de salud en que alguno tenga menos de 100 camas y menos de 40 pacientes diarios en promedio durante los últimos tres años. Dicha regla se sustenta en que, con una escala menor, resultaría improbable que una fusión redujera la competencia. Al respecto, las reglas de minimis que se establecen en otras jurisdicciones podrían no ser aplicadas a nuestra realidad, pero si tomadas en cuenta al momento de establecer mínimos. Es cierto que Estados Unidos tiene alrededor de 333 millones de habitantes mientras que nuestro país tiene alrededor de 34 millones de habitantes, por ello tales reglas deben ser ajustadas a cada competencia.

Finalmente, tendremos que esperar a futuros pronunciamientos por parte de la Comisión para operaciones de concentración entre prestadores de salud.

1.3.4. Situación actual de la integración vertical en el sector privado de salud del Perú.

La integración vertical en el sector salud se configura cuando la aseguradora o financiadora (IAFAS) se integra verticalmente con los proveedores de primera línea para atender a los pacientes. Esta modalidad se encuentra permitida en el marco de la Ley 29344 y su reglamento

DS N° 008-2010-SA porque las IAFAS pueden adquirir o establecer relaciones contractuales con establecimientos de salud para asegurar la oferta de salud privada a sus asegurados.

La integración vertical en el sector privado de salud, regulada por la Ley N° 29344, su Reglamento (DS N° 008-2010-SA) y otras disposiciones conexas, busca mejorar la eficiencia y la continuidad de los servicios de salud en el marco del aseguramiento universal; sin embargo, su implementación enfrenta desafíos normativos que requieren una articulación más coherente para garantizar equidad, calidad y sostenibilidad.

En el caso del artículo 19 del Reglamento, que regula la provisión de servicios mediante redes propias o convenios con prestadores externos, se destaca su coherencia parcial con la Ley General de Salud (Ley N° 26842); esta última establece el derecho de la población a recibir atención de calidad y obliga al Estado a supervisar su provisión (Congreso de la República del Perú, 1997); no obstante, autores como Vargas (2015) advierten que la falta de mecanismos específicos para supervisar la calidad en redes privadas puede derivar en inequidades en la atención, especialmente en sectores con menores recursos, por ello, es necesario que el reglamento especifique estándares mínimos de calidad aplicables tanto a redes internas como externas.

El artículo 20, que promueve la interacción contractual entre aseguradores y prestadores, encuentra relación con el Código de Protección y Defensa del Consumidor (Ley N° 29571), el cual garantiza a los ciudadanos el derecho a la libre elección y a recibir información clara sobre los servicios (Congreso de la República del Perú, 2010); sin embargo, Espinoza y Zárate (2020) señalan que la priorización de redes propias por los aseguradores puede limitar significativamente este derecho en la práctica, especialmente en áreas donde las opciones externas son escasas, en este sentido, el reglamento debería fortalecer las disposiciones que garanticen transparencia en la información y un acceso efectivo a redes alternativas.

El artículo 21, que busca fortalecer la integración vertical como modelo, plantea desafíos normativos relacionados con la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas (Ley N° 29524), según esta ley, se deben prevenir prácticas monopolísticas que afecten la libre competencia en los mercados (Congreso de la República del Perú, 2010); no obstante, Salazar y Montes (2021) argumentan que el fortalecimiento de redes verticales en el sector privado

podría favorecer la concentración de mercado, limitando la entrada de nuevos prestadores, en este contexto, es indispensable que el reglamento incorpore mecanismos de regulación y monitoreo, en coordinación con Indecopi, para prevenir abusos de poder de mercado.

Además, la falta de articulación con la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Aseguramiento Universal en Salud limita la capacidad del sistema para abordar desigualdades estructurales. Como señalan López y Cáceres (2018) la integración vertical debería priorizar la equidad y el acceso universal, especialmente en poblaciones vulnerables; sin embargo, el reglamento carece de directrices claras que garanticen estos principios en el sector privado, en este sentido, se recomienda alinear las disposiciones de integración vertical con los objetivos de las políticas nacionales, enfatizando la justicia social.

En definitiva, el marco normativo actual delega la supervisión de la integración vertical a entidades como SUSALUD, sin definir mecanismos claros de fiscalización. Según Villanueva (2019) la ausencia de lineamientos específicos para monitorear redes privadas integradas puede generar prácticas ineficientes y perjudicar la calidad de atención, es fundamental que el reglamento precise los roles y responsabilidades de las entidades fiscalizadoras, asegurando una supervisión adecuada y transparente.

Evidentemente, aseguradoras como Pacífico y Rímac adquirieron, en el transcurso del tiempo, establecimientos de salud para brindar atenciones médicas a sus asegurados, para ello, se muestra la siguiente figura:

EPS	IPRESS/NOMBRE COMERCIAL	RAZÓN SOCIAL	DEPARTAMENTO/ PROVINCIA
PACIFICO	SANNA Clínica El Golf	Sistemas de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Clínica San Borja	La Esperanza del Perú S.A.C	Lima
	SANNA Clínica Sánchez Ferrer	Clínica Sánchez Ferrer S.A	La Libertad/Trujillo
	SANNA Clínica del Sur	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Arequipa
	SANNA Clínica Belén	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Piura
	SANNA Centro Clínico La Molina	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Centro Clínico Chacarilla	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Centro clínico Miraflores	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Centro Clínico Los Olivos	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Centro Clínico San Miguel	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Centro Clínico Talara	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Talara
	SANNA Centro Clínico Cajamarca	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Cajamarca
	SANNA Centro Clínico San Juan de Lurigancho (1-2)	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Centro Clínico Chiclayo	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lambayeque/Chiclayo
	SANNA Centro Clínico Pro (1-2)	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Lima
	SANNA Centro Ocupacional Talara	Sistema de Administración Hospitalaria S.A.C	Piura / Talara
	Centro Oncológico Aliada	Oncocare S.A.C	Lima
	Centro Odontológico Americano	Centro Medico Odontológico Americano S.A.C	Lima
	Clínica San Felipe	Clínica San Felipe S.A	Lima
	SANNA División Ambulatoria	Doctor S.A	Lima
Prosemedic	Prosemedic S.A.C	Lima	
Laboratorios ROE	Laboratorios ROE S.A	Lima	
RIMAC	Clínica Internacional Sede Surco	Clínica Internacional S.A	Lima
	Clínica Internacional MAD	Clínica Internacional S.A	Lima
	Clínica Internacional Centro de Medicina Física	Clínica Internacional S.A	Lima
	Clínica Internacional San Isidro	Clínica Internacional S.A	Lima
	Centro de Diagnóstico – Sede La Molina	Clínica Internacional S.A	Lima
	Medicentro – San Isidro	Clínica Internacional S.A	Lima
	Medicentro – El Polo	Clínica Internacional S.A	Lima
	Cuida Digital	Cuida Digital S.A.C	Lima

Figura 1. Establecimientos de salud integrados a nivel nacional (Adaptado de: Página web de Pacifico y Estados financieros consolidados al 31 de diciembre de 2022, reportado a la Superintendencia del Mercado de Valores).

Aparentemente, estas aseguradoras se encuentran estableciendo estrategias de crecimiento interno tal y como se puede observar en sus estados financieros y memoria anual. Debido a que se encuentran adquiriendo terrenos con recursos propios para seguir aumentando su desarrollo en el mercado.

Entonces, considero que ello merece una especial revisión por parte de la Comisión. Es cierto que dichas empresas se encuentran en total capacidad y facultad de hacer crecer su negocio. Sin embargo, el Estado debe vigilar y facilitar la libre competencia y estas aseguradoras ya cuentan

con poder en el mercado de la salud privada por lo cual existe el riesgo que ello puede generar efectos negativos en la competencia. Para ilustrar este punto, analizaremos el mercado de salud peruano.

En primer lugar, la integración vertical implica poder de mercado puesto que al agruparse las empresas en un mercado específico, la competencia disminuye en el mismo. Dicho poder permite a la empresa impactar en los precios. No obstante, dicho poder de mercado también está influenciado por la capacidad de encontrar bienes o servicios sustitutos, puesto que mientras más bienes sustitutos existan, menor es la capacidad de ejercer el poder de control por parte de la empresa.

En ese orden, en el Perú no se ha realizado estudios específicos sobre los efectos de la integración vertical en salud del sector privado en beneficio de los consumidores, por consiguiente, realizaré un análisis en función a la información recabada de INDECOPI, SUSALUD y el MINSA tomando como base información del mercado de seguro de salud privada.

Para empezar, podemos señalar que a la salud se le considera es un bien escaso porque su obtención y mantenimiento exige trabajo y una importante inversión de dinero. Asimismo, en nuestra realidad peruana, para acceder a dicho bien, el consumidor promedio deberá renunciar a otro (costo de oportunidad).

De igual manera, como ya hemos explicado anteriormente, el mercado de seguro de salud se encuentra integrado por las IAFAS públicas y privadas. Las públicas son: ESSALUD, el SIS, el FISSAL y los fondos de aseguramientos de la Policía y de las Fuerzas Armadas. Las privadas son: las EPS, las empresas de seguros, entidades de salud prepagas, autoseguros y el AFOCAT. Cabe precisar que ambos tipos de IAFAS deben brindar el PEAS.

De acuerdo al reporte mensual de afiliados a octubre 2024, se puede observar que la EPS tuvo 3,333,721 afiliados. Para tal efecto, detallo a continuación el número de afiliados por cada EPS, conforme se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 10

Número de afiliados por EPS

EPS	N° de afiliados	Porcentaje
Pacífico	978,067	29.4 %
Rímac	786,645	23.6 %
Sanitas	417,966	12.5 %
Mapfre	697,995	20.9 %
La Positiva	453,048	13.6 %
Total	3,333,721	100 %

Adaptado de: Susalud, reporte mensual de afiliaciones a octubre (2024)

Las EPS registradas en SUSALUD son las siguientes: RIMAC S.A. EPS, PACIFICO S.A. EPS, MAPFRE PERÚ S.A EPS, SANITAS PERÚ S.A EPS, LA POSITIVA S.A. EPS y GRANDÍA S.A. EPS. Cabe señalar que las EPS que agrupan el mayor número de afiliado respecto de dicho mercado son Pacífico y Rímac, que concentran el 29.4% y 23.6% de afiliados, respectivamente. No obstante, aunque en el sector privado este porcentaje es relevante, a nivel nacional, este significa un 2.7% en comparación con el porcentaje de asegurados del SIS y EsSalud que tienen 73.8% y 21.5%, respectivamente. Estas cifras se pueden analizar mejor en las siguientes figuras:

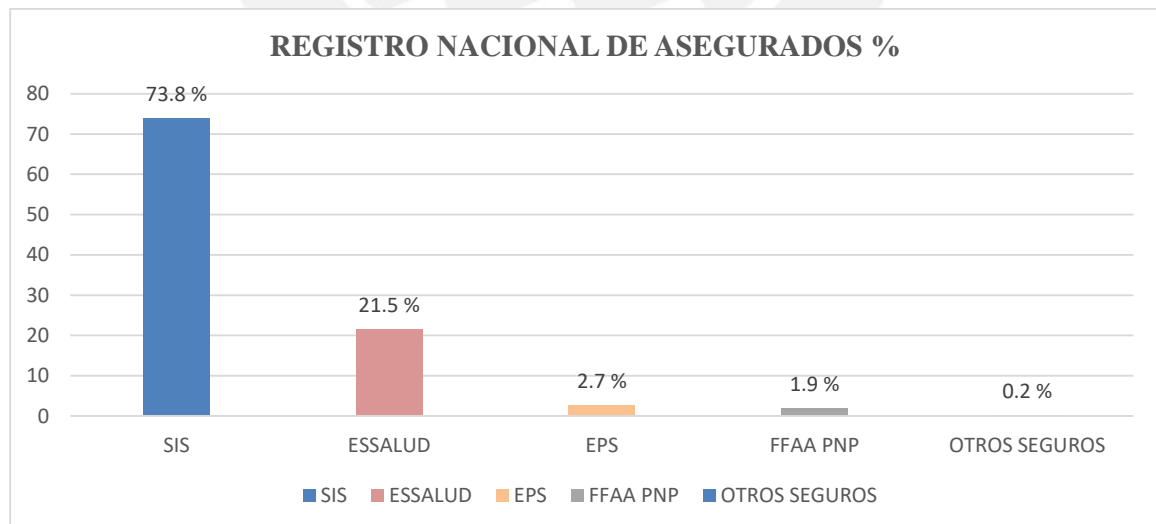


Figura 2. Porcentaje de asegurados según IAFAS a nivel nacional a junio 2024 (SUSALUD 2024)

Asegurados según grupo de IAFAS, últimos 6 meses

Tipo IAFAS	Ene - 2024	Feb - 2024	Mar - 2024	Abr - 2024	May - 2024	Jun - 2024
SIS	25 010 303 ↓	25 026 870 ↑	26 132 191 ↑	26 462 755 ↑	26 697 653 ↑	26 679 551 ↓
ESSALUD	10 314 131 ↓	10 338 480 ↑	10 200 751 ↓	9 992 980 ↓	9 931 942 ↓	9 986 962 ↑
EPS	1 002 329 ↑	1 004 893 ↑	1 005 820 ↑	1 012 534 ↑	1 015 201 ↑	1 000 746 ↓
FFAA y PNP	692 600 ↓	693 006 ↑	693 067 ↑	693 378 ↑	714 751 ↑	711 200 ↓
Empresas de Segu...	1 530 062 ↓	1 558 334 ↑	1 571 569 ↑	1 619 464 ↑	1 656 822 ↑	1 615 843 ↓
Autoseguros	86 966 ↑	86 963 ↓	86 822 ↓	86 861 ↑	86 669 ↓	78 294 ↓
Prepagas	1 223 118 ↑	1 223 028 ↓	1 235 388 ↑	1 237 144 ↑	1 185 501 ↓	1 111 559 ↓

Fuente: Registro de Afiliados al AUS - SUSALUD

Figura 3. Asegurados según grupo de IAFAS a junio 2024 (SUSALUD, 2024)

En las figuras podemos observar que el sector público concentra el seguro de mayor volumen de la población, un 11.3% corresponde al sector privado, y dentro de este, un 2.7% corresponde a las EPS. De igual manera, al concentrar el sector público tal cantidad de población es lógico que su actual oferta no cubra, de forma suficiente la demanda de sus afiliados. Por ello, dichas personas terminan accediendo a los establecimientos de salud privados con el fin de conseguir consultas médicas o servicios auxiliares que su seguro no puede atender debido a su alta demanda.

De la misma manera, podemos decir que el mercado de la salud privada se encuentra concentrado en las aseguradoras Rímac y Pacífico, puesto que estas captan el 53% de las afiliados (Ver Tabla 10); sin embargo, para establecer que una empresa tiene posición de dominio, se debe delimitar el mercado en que actúa la empresa, llamado el mercado relevante.

En el caso que nos ocupa, pasaremos a analizar si se cumplen los supuestos para determinar la existencia de posición de dominio.

Como se explica en los títulos anteriores, el consumidor puede elegir una IAFAS, sea pública o privada para acceder al PEAS cuyas prestaciones de salud se realizarán a través de las IPRESS. Es importante señalar que, si bien es cierto que ambos de tipos de IAFAS pueden brindar el PEAS, las EPS tienen un mayor alcance de acción en la medida que cuentan con las IPRESS integradas o no para brindar las prestaciones de salud. Esto las diferencia de las IAFAS que son Prepaga y Autoseguros porque mientras la primera brindará cobertura sólo a través de

su infraestructura propia o contratada; la segunda, sólo alcanza a un grupo profesional o sociedad organizada con cargo al aporte de sus miembros.

Entonces empezamos con señalar que el producto relevante es el programa o plan de salud elaborado sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en esa línea, como se explicó en el numeral 1.3.2 bajo el subtítulo de Articulación normativa de la integración vertical en el sector privado de salud del Perú, que las IAFAS públicas y privadas podrán ofrecer el PEAS. Sin embargo, no debemos olvidar que la población que puede asumir el pago de una EPS (sector privado) es muy reducido en comparación con el que acude al sector público, lo cual se puede observar claramente en la Figura 2.

En efecto, la posibilidad de sustituir los servicios que brindan las EPS con los de Essalud, la diferencia entre las condiciones y características de los mismos los hace poco comparables desde el punto de vista de la demanda. Sobre ello, podemos indicar que los afiliados de las EPS se atienden en IPRESS privadas (clínicas). Y los servicios de salud en IPRESS privadas muestran particularidades que la diferencia de los servicios de las IPRESS pública. Por ejemplo: obtener una cita en una clínica es más rápido que en Essalud, así también, el tiempo promedio que un consumidor debe esperar para ser atendido en las clínicas es mucho menor que Essalud. De igual manera, la atención en la consulta en las clínicas también es más rápida y de mejor calidad que Essalud. Entonces en términos generales, el nivel de satisfacción de los consumidores es mayor en las clínicas.

Por otro lado, la sustitución entre los servicios brindado por las EPS y las otras IAFAS privadas (prepagas o autoseguros) no es relevante debido al pago que debe realizar el afiliado y la reducida comparabilidad de los planes de salud. Recordemos que el plan de las EPS es financiado con el aporte que el empleador destina a EsSalud, a diferencia de los planes por el resto de IAFAS que es financiado íntegramente con el aporte del afiliado. El esquema de financiamiento afecta la prima a pagar por parte del afiliado y así a su elección.

De igual manera, el seguro potestativo correría con la misma suerte que las demás IAFAS privadas porque el afiliado debe asumir el pago de la prima en su integridad.

En ese orden, el plan ofrecido por las EPS es un servicio distinto al de las demás IAFAS por lo cual podemos señalar que no cuenta con sustitutos.

Por otro lado, el alcance geográfico de los servicios de las EPS estaría determinado por el uso de dichos servicios por parte del afiliado, lo que está relacionado directamente a las IPRESS en donde se presta el servicio. Sobre ello, debemos recordar que las EPS, además de estar integradas con clínicas, también mantienen contratos con una red de clínicas adicionales a nivel nacional, e incluso con centros de salud autorizados en donde el afiliado puede atenderse empleando el mecanismo de reembolso. Los planes de salud de las EPS pueden incluir una red de atención ubicada en distintos puntos del país. En ese sentido, el ámbito geográfico sería nacional.

Por tanto, el mercado relevante no puede considerar al sector público y demás IAFAS privadas, más aún, cuando si debemos buscar productos que puedan sustituir al PEAS, en términos de calidad, precio y rapidez en la atención. En consecuencia, no podrá ser un sustituto idóneo el PEAS que brinda el sector público a través de las IAFAS públicas, tales como EsSalud y el SIS y demás IAFAS privadas.

Es importante considerar que, aunque no es determinante en una posición de dominio, si representa un riesgo que una empresa con el 80% al 90% de la cuota de mercado de un determinado sector. Debido a que al implementar conductas que causen perjuicio a sus clientes puede lograr que estos no puedan comprar a otro proveedor. No obstante, no sólo se evalúa dicha cuota de mercado sino también otros factores como altas barreras a la entrada del mercado.

En ese sentido, el mercado relevante sólo podrá comprender a los actores del sector privado, siendo estas las EPS registradas en SUSALUD: RIMAC S.A. EPS, PACIFICO S.A. EPS, MAPFRE PERÚ S.A EPS, SANITAS PERÚ S.A EPS, LA POSITIVA S.A. EPS y GRANDIA EPS. No obstante, las que agrupan el mayor número de afiliados es Rímac Seguros y Pacifico Seguros, que concentran el 87% de los afiliados debido a que cuentan con mayor cantidad de establecimientos de salud a nivel nacional, es decir, el mercado relevante se encuentra a nivel

nacional para la oferta de planes de salud elaborado sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) del sector privado representado por el 9.4% de la población.

En atención a lo expuesto, podemos decir que nos encontramos ante una posición de dominio de dos empresas Rímac y Pacífico en dicho mercado relevante.

De igual forma, es muy importante resaltar que al interior de una IPRESS pueden prestar servicios distintas aseguradoras puesto que la IPRESS integrada como la no integrada verticalmente pueden contratar con todas ellas. Sin embargo, es natural que las financiadoras integradas decidan otorgar preferencia a sus IPRESS propias, para tal efecto, citaremos un ejemplo exponiendo un Plan de Salud de Pacífico (atención ambulatoria), siendo este:

Red de clínicas afiliadas (atención a crédito)	Deducible S/ (costo por atención)	Coaseguro % (cubierto por Pacífico)
Red SANNA - Centros clínicos	40	Al 100%
Red 1	40	Al 90%
Provincias A	40	Al 90%
Red 2	45	Al 85%
Provincias B	45	Al 85%
Red 3	55	Al 80%

Figura 4. Plan de salud de Pacífico (atención ambulatoria) a octubre 2024 (Pacífico, 2024).

Como se puede observar la preferencia se encuentra en la Red Sanna, que como ya se explicó en la introducción del presente trabajo, se encuentra integrada con Pacífico. Esta la cubre al 100% en comparación con las demás redes por lo que este es un claro ejemplo de estas aseguradoras que logran desplazar la demanda de los pacientes aseguradoras hacia ellas en perjuicio de aquellas IPRESS que no se encuentran integradas verticalmente, lógicamente, las financiadoras otorgan una espalda financiera suficiente a sus clínicas las cuales pueden afrontar los embistes de otras financiadoras en igualdad de condiciones mientras que las IPRESS que no cuenten con dicho respaldo financiero y económico se verán perjudicadas porque no pueden competir en igualdad de condiciones por lo que, es probable, que busquen integrarse verticalmente o terminen por extinguirse al quedar desplazadas por sus competidores.

Ahora, continuaremos con el desarrollo del abuso de posición de dominio, para dicho propósito, tomaré nuevamente como base la metodología de análisis de casos de supuestos de abuso de posiciones dominantes recogida de los autores Hugo Figari, Hugo Gómez y Mario Zúñiga, que exige llevar a cabo tres fases de acuerdo a lo siguiente:

- (i) Definir el mercado relevante: dicho análisis fue desarrollado en el párrafo que precede y concluye que el mercado relevante se encuentra a nivel nacional para la oferta de planes de salud elaborado sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) al sector privado representado por el 9.4% de la población.
- (ii) Calcular la participación de mercado de las aseguradoras Pacífico y Rímac en el mercado relevante. Estas cuotas se miden en función a la capacidad productiva de la empresa, del volumen de producción, del volumen de ventas o del valor de éste último. En este caso, Pacífico y Rímac en el mercado relevante de oferta de planes de salud elaborado sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) al sector privado tiene el 87% de participación del mercado porque la participación de sus competidores (MAPFRE PERÚ S.A EPS, SANITAS PERÚ S.A EPS, y LA POSITIVA S.A. EPS) no es significativa en comparación de las primeras.
- (iii) Contrastar esta cuota con indicadores varios. Obtenida la cuota de mercado, esta debe ser contrastada con la existencia de competencia real o potencial que discipline el ejercicio de un posible poder de mercado. Dichos factores se refieren a características de la oferta y la demanda del producto, el desarrollo tecnológico, el acceso de competidores a financiamiento y suministros, entonces en el presente caso, se analizará:
 - a. Presiones competitivas: 1.- Si los competidores de las aseguradoras Pacífico y Rímac son capaces de expandir su producción como respuesta a un precio más alto. En este caso, tenemos conocimiento, a través de distintas publicaciones en diarios nacionales, así como de sus páginas web, que continúan expandiéndose, no sólo a nivel de Lima sino también a nivel nacional por lo que falta corresponde investigar a detalle si los precios ofrecidos por estas pueden afectar la competencia en el mercado relevante. 2.- Sustituibilidad por el lado de la oferta, es decir que haya competencia potencial que ante un aumento del precio se ven incentivados a entrar

al mercado o que otras empresas que sin ser productoras de éste con una baja inversión y en un corto plazo pueden producir el producto. En el presente caso, no se advierte la entrada de nuevos competidores porque obtener los permisos y autorizaciones para operar y funcionar como una EPS son considerables en tiempo y en dinero por lo que la empresa que ingrese a este mercado debería invertir de forma considerable para producir dicho plan de salud elaborado sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) al sector privado.

b. Barreras de ingreso al mercado: En el presente caso, podemos encontrar barreras de entrada al mercado:

- Económicas y legales: reconocimiento de su marca, acuerdos contractuales para expandir y prestar la lista de prestaciones de salud mínimas financiadas sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), autorización para funcionar y operar como una EPS. Así también, tenemos que la empresa empleadora tiene la facultad de mantener de forma indefinida a la EPS si los trabajadores no solicitan realizar un nuevo proceso de elección. Existen costos de cambio a cargo de los afiliados si optan por cambiar de EPS porque si bien es cierto que se prohíbe a las aseguradoras fijar recargos en las primas por enfermedades preexistentes si pueden establecer recargo por tipo de enfermedad o producto de seguros. Además, el afiliado deberá considerar la relación de IPRESS de la EPS, así como sus planes complementarios lo cual dificulta la elección de la EPS.
- Estratégicas o de conducta: alto requerimiento de capital, se requiere nueva infraestructura hospitalaria, entre otros.

Conforme al desarrollo realizado, podemos observar que existe el riesgo de configurarse el abuso de la posición de dominio. Por otro lado, no podemos dejar de lado que estas aseguradoras tienen un alto nivel de reclamos y denuncias, a pesar que sólo un número reducido de ellas terminan en un procedimiento sancionador.

Razón Social o Nombre Comercial de la administrada	Procedimiento Administrativo Sancionador - PAS	Número de resolución de sanción	Emisión de resolución	Notificación de resolución	Inscripción de la sanción notificada	Tipo de sanción impuesta	Valor de sanción impuesta - UIT
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0002-2015	Res N° 05	15/07/2015	16/07/2015	15/09/2015	Amonestación escrita	No aplica
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 3374-2014	Res N° 019-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	7/06/2016	13/06/2016	1/07/2016	Multa	15
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 3374-2014	Res N° 019-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	7/06/2016	13/06/2016	1/07/2016	Multa	22
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 3374-2014	Res N° 019-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	7/06/2016	13/06/2016	1/07/2016	Multa	10.5
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0533-2013	Res N° 020-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	10/06/2016	17/06/2016	6/07/2016	Multa	2
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0533-2013	Res N° 020-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	10/06/2016	17/06/2016	6/07/2016	Multa	4.25
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0533-2013	Res N° 020-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	10/06/2016	17/06/2016	6/07/2016	Multa	4.25
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0533-2013	Res N° 020-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	10/06/2016	17/06/2016	6/07/2016	Multa	17
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0533-2013	Res N° 020-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	10/06/2016	17/06/2016	6/07/2016	Multa	2
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0533-2013	Res N° 020-2016-SUSALUD/T Ri-PSE	10/06/2016	17/06/2016	6/07/2016	Multa	17
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0868-2013	Res N° 12-2016	12/01/2016	15/01/2016	21/06/2017	Multa	2
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0187-2015	Res N° 028-2017-SUSALUD/T Ri-TSE	6/07/2017	11/07/2017	28/08/2017	Multa	47.2
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0021-2016	Res N° 051-2017-SUSALUD/T Ri-TSE	26/09/2017	3/10/2017	25/10/2017	Multa	118
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0295-2016	Res N° 020-2018-SUSALUD/T Ri-TSE	18/04/2018	24/04/2018	2/08/2018	Multa	82.6
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0246-2017	Res N° 05	29/01/2019	30/01/2019	18/02/2019	Amonestación escrita	No aplica
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0286-2017	Res N° 03-2019	23/01/2019	24/01/2019	23/07/2019	Amonestación escrita	No aplica
PACÍFICO S.A. EPS	PAS 0588-2020	Res N° 034-2022-SUSALUD/T Ri-PSE Res N° 252-2022-SUSALUD/T Ri-PSE	24/02/2022 30/11/2022	3/03/2022 12/12/2022	1/06/2023	Multa	59

Figura 5. Sanciones aplicables a Pacífico EPS (SUSALUD 2024)

Se puede advertir que la norma vulnerada de manera frecuente se refiere al marco de aseguramiento en salud. Esta la cual trata sobre prestaciones del servicio de salud, por lo cual, si la integración vertical está orientada a la búsqueda de la calidad en la prestación del servicio de salud al consumidor final, lamentablemente podríamos decir, que no ocurre ello con esta aseguradora.

Así también, tenemos el total de reclamos presentados contra Pacífico en el siguiente cuadro:

IAFAS	I 2023		II 2023		III 2023		IV 2023		I 2024	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	9 752	100	5 820	100	7 335	100	7 635	100	8 529	100
SIS - FISSAL	1 730	17,7	2 072	35,6	2 275	31,0	2 211	29,0	2 635	30,9
EsSalud	3 827	39,2	1 046	18,0	1 314	17,9	1 331	17,4	1 471	17,2
IAFAS FOSFAP	1	0,0	-	-	1	0,0	1	0,0	6	0,1
IAFAS SALUDPOL	584	6,0	581	10,0	475	6,5	353	4,6	223	2,6
IAFAS FOSPEME	9	0,1	17	0,3	20	0,3	20	0,3	23	0,3
IAFAS FOSMAR	36	0,4	22	0,4	21	0,3	35	0,5	11	0,1
Rímac S. A. EPS	466	4,8	478	8,2	477	6,5	610	8,0	587	6,9
Pacífico S. A. EPS	284	2,9	281	4,8	316	4,3	262	3,4	263	3,1
MAPFRE S. A. EPS	72	0,7	70	1,2	76	1,0	88	1,2	78	0,9
Sanitas Perú S. A. EPS	247	2,5	231	4,0	187	2,5	180	2,4	195	2,3
Oncosalud S. A. C.	1 913	19,6	484	8,3	1 543	21,0	2 045	26,8	2 458	28,8
Clínica Ricardo Palma S. A.	115	1,2	79	1,4	86	1,2	40	0,5	42	0,5
Clínica San Pablo S. A. C.	302	3,1	308	5,3	325	4,4	274	3,6	347	4,1
Servicio de Salud Montefiori S. A. C.			1	0,0						
Clínica Javier Prado S. A.	1	0,0								
Clínica San Judas Tadeo							2	0,0	1	0,0
Clínica El Golf	16	0,2	8	0,1						
Clínica San Borja	35	0,4	37	0,6	39	0,5	55	0,7	45	0,5
Clínica Good Hope	39	0,4	29	0,5	93	1,3	62	0,8	58	0,7
Clínica Anglo Americana	8	0,1	13	0,2	18	0,2	10	0,1	8	0,1
CSALUD S. A.	12	0,1	10	0,2	11	0,1	4	0,1	10	0,1
FESALUD	5	0,1	4	0,1	10	0,1	9	0,1	12	0,1
La Positiva S. A. EPS	39	0,4	42	0,7	38	0,5	32	0,4	42	0,5
Global Red Salud IAFAS S. A. C.					1	0,0	1	0,0	2	0,0
Autoseguro del MEF	4	0,0	1	0,0	1	0,0				
Autoseguro Corpac S. A.					2	0,0	1	0,0	1	0,0
Autoseguro SEDAPAL	2	0,0	2	0,0	2	0,0	3	0,0	5	0,1
Autoseguro de PetroPerú	1	0,0	-	-					1	0,0
Autoseguro SEMEFA CMP	1	0,0	2	0,0	2	0,0	2	0,0	1	0,0
Autoseguro FESUNAT	1	0,0	-	-	2	0,0	1	0,0	4	0,0
Autoseguro FOPASEF	2	0,0	2	0,0			3	0,0	-	-

Fuente: Sistema Electrónico de Transferencia de Información de Reclamos (SETI-RECLAMOS) - Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD.

Elaboración: SUSALUD-IID. Cifras reprocesadas.

Figura 6. Total, de reclamos presentados en IAFAS (SU SALUD, 2024)

Además, es importante aclarar que el número de reclamos presentados no necesariamente culminan con la interposición de una denuncia o con el inicio de un procedimiento sancionador contra la aseguradora. Se debe tener en cuenta que un porcentaje de usuarios no llega hasta las instancias correspondientes. De igual manera, las IAFAS también tienen la posibilidad de resolver sus controversias a través de medios alternativos de solución tales como la conciliación, mediación o arbitraje.

Finalmente, se muestran los resultados de los reclamos presentados por las IAFAS.

Resultado del reclamo	I 2023		II 2023		III 2023		IV 2023		I 2024	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	9 752	100	5 820	100	7 335	100	7 635	100	8 529	100
Fundado	2 145	22,0	875	15,0	1 682	22,9	1 522	19,9	1 374	16,1
Fundado parcial	442	4,5	157	2,7	308	4,2	504	6,6	681	8,0
Concluido anticipadamente	243	2,5	73	1,3	93	1,3	63	0,8	63	0,7
Infundado	2 054	21,1	1 102	18,9	1 560	21,3	1 629	21,3	1 653	19,4
Improcedente	667	6,8	229	3,9	273	3,7	194	2,5	201	2,4
Pendiente	3 953	40,5	3 350	57,6	3 404	46,4	3 721	48,7	4 552	53,4
En blanco	248	2,5	34	0,6	15	0,2	2	0,0	5	0,1

Fuente: Sistema Electrónico de Transferencia de Información de Reclamos (SETI-RECLAMOS) - Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD.

Elaboración: SUSALUD-IID. Cifras reprocesadas.

Figura 7. Resultados de los reclamos presentados por IAFAS (SUSALUD 2024)

Como se puede observar en la Figura 7, el mayor número de reclamos se encuentra en los rubros de pendiente, infundado y fundado.

Además de que, durante el primer trimestre de 2024, el 42,3% (Ver Figura 8) de los reclamos presentados (frente al 32,9% registrado en el mismo período de 2023) estuvieron vinculados a posibles vulneraciones del derecho de acceso a los servicios de salud. Entre las principales causas destacan los cobros indebidos, que representaron el 14,2% (comparado con el 4,2% en el primer trimestre de 2023), la negación de la libre elección de IPRESS con un 9,6%, y la negativa o demora en otorgar cobertura en salud, que alcanzó el 7%. Asimismo, la gestión de cartas de garantía y/o reembolsos tuvo un peso del 6,6%; sin embargo, al analizar el promedio del período, esta última causa ocupa el primer lugar con un 13,5%, siendo la mayor entre las presuntas vulneraciones a este derecho; en conjunto, estas cuatro razones constituyen el 88,3% de los reclamos relacionados con el acceso a los servicios de salud.

Causas de reclamos según derecho vulnerado	I 2023		II 2023		III 2023		IV 2023		I 2024	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	11 011	100	7 082	100	8 396	100	8 431	100	9 079	100
Acceso a los servicios de salud	3 618	32,9	2 582	36,5	3 845	45,8	3 857	45,7	3 839	42,3
Negar o demorar la acreditación	168	1,5	37	0,5	159	1,9	165	2,0	174	1,9
Negar o demorar la afiliación del usuario	38	0,3	31	0,4	43	0,5	22	0,3	26	0,3
Negar o demorar en otorgar la cobertura en salud	576	5,2	425	6,0	627	7,5	640	7,6	638	7,0
Negar la atención en periodo de latencia	90	0,8	29	0,4	37	0,4	42	0,5	40	0,4
Negar la atención en periodo de carencia	3	0,0	2	0,0	2	0,0	3	0,0	3	0,0
Gestión de la carta de garantía y/o reembolsos	1 459	13,3	1 470	20,8	1 285	15,3	988	11,7	597	6,6
Negar libre elección de IPRESS	558	5,1	174	2,5	671	8,0	665	7,9	868	9,6
Cobros indebidos	459	4,2	209	3,0	832	9,9	1 133	13,4	1 288	14,2
Negar o demorar la atención en la IAFAS	128	1,2	136	1,9	102	1,2	139	1,6	163	1,8
Negar o demorar prestaciones económicas o sociales	22	0,2	24	0,3	23	0,3	11	0,1	9	0,1
Negar atención para el trámite de registro o acreditación	117	1,1	45	0,6	64	0,8	49	0,6	33	0,4
Acceso a la información	339	3,1	284	4,0	628	7,5	591	7,0	644	7,1
No brindar información sobre sus derechos en salud - IAFAS	339	3,1	284	4,0	628	7,5	591	7,0	644	7,1
Atención y recuperación de la salud	37	0,3	23	0,3	58	0,7	50	0,6	59	0,6
Maltrato o discriminación	35	0,3	21	0,3	54	0,6	50	0,6	58	0,6
Atención preferencial y de discapacidad	2	0,0	2	0,0	4	0,0	-	-	1	0,0
Protección de derechos	89	0,8	99	1,4	143	1,7	50	0,6	20	0,2
No cumplir con la disposición de libro de reclamaciones en salud	35	0,3	43	0,6	43	0,5	8	0,1	1	0,0
No cumplir con las disposiciones de la PAUS de acuerdo con la normatividad vigente	54	0,5	56	0,8	100	1,2	42	0,5	19	0,2
Otros relativos a las IAFAS	4 849	44,0	1 932	27,3	1 345	16,0	1 376	16,3	1 711	18,8
En blanco	2 079	18,9	2 162	30,5	2 377	28,3	2 507	29,7	2 806	30,9

Fuente: Sistema Electrónico de Transferencia de Información de Reclamos (SETI-RECLAMOS) - Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD.

Elaboración: SUSALUD-IID. Cifras reprocesadas.

Figura 8. Evolución de los reclamos presentados en IAFAS según derecho vulnerado (SUSALUD 2024)

En conclusión, es importante que los afiliados de las aseguradoras accedan a información precisa, clara y sencilla sobre los reclamos y denuncias no sólo de la aseguradora sino también de su clínica integrada. De esta manera, se garantiza el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del usuario en salud.

1.3.5. Argumentación jurídica

El Decreto Legislativo N° 1034, diseñado para salvaguardar la competencia y prevenir la concentración excesiva de poder económico, establece un marco legal que teóricamente fomenta la eficiencia y accesibilidad en los mercados. Sin embargo, en el contexto del sector salud, esta normativa presenta limitaciones significativas, ya que no aborda de manera específica los riesgos asociados a la integración vertical. Este vacío normativo permite que las entidades con mayor poder de mercado, como aseguradoras y prestadores de servicios de salud, puedan consolidar distintas etapas del proceso productivo bajo su control, lo que genera condiciones propicias para prácticas anticompetitivas, como el cierre del mercado a proveedores externos o la manipulación de precios.

La ausencia de lineamientos concretos para regular estas prácticas en el sector salud debilita la capacidad del Decreto Legislativo N° 1034 para garantizar una competencia efectiva y equitativa en servicios esenciales, lo que, refleja un desajuste entre los objetivos del decreto y las particularidades del sector, donde los riesgos inherentes a la concentración de poder pueden traducirse en una menor calidad y accesibilidad de los servicios, afectando directamente a los usuarios. Por lo tanto, resulta imprescindible complementar esta normativa con disposiciones específicas que mitiguen los efectos negativos de la integración vertical en el sistema de salud.

Aunque las leyes generales en el Perú ofrecen un marco básico para la regulación del mercado y la competencia, su aplicación es insuficiente cuando se trata de abordar las particularidades del sector salud, especialmente en lo que respecta a la integración vertical; las disposiciones existentes no contemplan de manera específica las prácticas que pueden derivarse de la integración vertical, como el abuso de posición de dominio o la limitación del acceso a servicios para usuarios fuera de redes exclusivas. La Ley General de Salud, por ejemplo, establece principios de equidad y accesibilidad, pero no regula específicamente las dinámicas de las redes de salud integradas, lo que genera oportunidades para que las aseguradoras o los prestadores de servicios de salud prioricen a sus afiliados a expensas de otros pacientes, lo que contraviene los principios establecidos en la ley. Esta falta de directrices específicas y mecanismos claros de supervisión permite que surjan prácticas que restrinjan la competencia, dificulten el acceso a servicios de calidad y perpetúen las desigualdades en la atención sanitaria.

En consecuencia, la eficacia del marco normativo se ve comprometida, ya que no está preparado para abordar los desafíos emergentes que surgen de las estructuras de integración vertical en el sector salud.

El marco jurídico que regula el sector salud en el Perú muestra avances significativos a través de normativas específicas como el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (Decreto Supremo N° 013-2006-SA) y el Decreto Supremo N° 031-2014-SA, disposiciones que buscan garantizar la calidad de los servicios y establecer un sistema de sanciones para prevenir infracciones graves en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS); sin embargo, su implementación enfrenta desafíos considerables debido a la falta de un seguimiento efectivo que permita identificar las brechas en la calidad del servicio, además de sancionar de manera adecuada prácticas que vulneren los derechos de los usuarios. Esto revela una necesidad urgente de consolidar mecanismos de supervisión y auditorías permanentes en los establecimientos de salud.

Además, normativas como el Decreto Legislativo N° 1034 (Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas), aunque de aplicación transversal, resultan insuficientes para abordar los riesgos específicos del sector salud, especialmente en lo relacionado con la integración vertical. La falta de lineamientos concretos para mitigar el abuso de posición de dominio en servicios esenciales, como la distribución de medicamentos y la atención médica, deja un vacío normativo que podría ser aprovechado por actores con poder de mercado para limitar la competencia y aumentar costos, situación que exige una revisión integral de las normativas existentes y el diseño de regulaciones especializadas en el sector.

1.3.6. Conclusión del marco teórico.

El análisis del marco normativo ha permitido identificar que, si bien existen bases legales para supervisar la integración vertical en el Perú, estas resultan insuficientes para abordar los desafíos específicos que plantea este modelo en el sector salud. Normas como la Ley de Libre Competencia y el Decreto Legislativo N° 1034 establecen regulaciones contra prácticas anticompetitivas, pero no intervienen de forma específica en la integración vertical entre

empresas que comparten un mismo grupo empresarial; generando vacíos regulatorios que pueden facilitar el abuso de posición de dominio y la exclusión de competidores, además de limitar el acceso equitativo a los servicios de salud.

Por otro lado, la Ley General de Salud promueve principios esenciales como la equidad y la accesibilidad, pero su falta de especificidad frente a las dinámicas de integración vertical deja sin supervisión aspectos como la priorización de pacientes afiliados, la transparencia en tarifas, y el control de las concentraciones empresariales, carencia normativa que, puede resultar perjudicial cuando las empresas dominantes no están sujetas a un control exhaustivo de sus estrategias de crecimiento.

Asimismo, las entidades responsables de la supervisión, como Indecopi y Susalud, no abordan adecuadamente la problemática de la integración vertical en el sector salud. Esto es especialmente crítico en un ámbito que involucra la prestación de servicios relacionados con un derecho fundamental protegido por el ordenamiento constitucional. En este contexto, las experiencias internacionales analizadas ofrecen lecciones valiosas para guiar el fortalecimiento del marco legal peruano y garantizar un equilibrio entre los beneficios de la integración vertical y la protección de la competencia y el acceso equitativo.

Considerando que, el análisis del marco teórico y normativo evidencia avances importantes en la regulación del sector salud en el Perú, particularmente a través de normativas como el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que prioriza la garantía de calidad en los establecimientos de salud, y el Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que define sanciones claras para IPRESS e IAFAS. Sin embargo, persisten vacíos significativos en la regulación de la integración vertical y el abuso de posición de dominio en el sector. Aunque normativas generales como el Decreto Legislativo N° 1034 buscan abordar estas prácticas anticompetitivas, su diseño transversal no considera las particularidades del sector salud, limitando su eficacia para proteger los derechos de los usuarios y garantizar la competencia leal.

Razón por la cual, es imprescindible fortalecer el marco normativo mediante la adopción de regulaciones específicas que prioricen la transparencia, el acceso equitativo a servicios de salud, y la supervisión efectiva de las prácticas de mercado en el sector, enfoque que permitirá una

regulación más robusta que contribuya al equilibrio entre la inversión privada y el respeto por los derechos fundamentales, garantizando un sistema de salud más justo y eficiente.

En resumen, para comprender la integración vertical en el sector privado de salud del Perú, es esencial considerar las normas vigentes que regulan el sistema de salud y el alcance de los conceptos relacionados con el abuso de posición de dominio y el control de concentraciones empresariales. Este capítulo establece las bases para un diagnóstico más detallado, que se abordará en el siguiente apartado, con el objetivo de plantear propuestas concretas para mitigar los riesgos y maximizar los beneficios de la integración vertical en el sistema de salud.



CAPÍTULO II: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Introducción.

El sector salud en el Perú ha sido objeto de diversas reformas y ajustes con el fin de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud; sin embargo, la integración vertical dentro del ámbito privado de salud ha generado preocupaciones debido a los posibles efectos en la competencia, el acceso equitativo y la calidad de los servicios. Este capítulo tiene como objetivo analizar en profundidad la problemática de la integración vertical en el sector salud peruano, abordando los enfoques metodológicos empleados, el contexto nacional y las implicancias de la integración vertical, así como comparaciones internacionales pertinentes.

2.2. Enfoque metodológico

En este trabajo de investigación, se adopta una metodología cualitativa y un enfoque comparativo para abordar de manera profunda la problemática de la integración vertical en el sector salud en el contexto peruano. A través de esta metodología, se busca no solo comprender los impactos de la integración vertical en el acceso y la calidad de los servicios de salud, sino también identificar las lecciones que pueden extraerse de otros contextos internacionales y aplicarse a la realidad peruana.

2.2.1. Metodología cualitativa

La metodología cualitativa se utiliza en este estudio para comprender en profundidad el fenómeno de la integración vertical en el sector salud. Este enfoque es adecuado para analizar fenómenos complejos, como los efectos de la integración vertical sobre la competencia y la calidad de los servicios en un contexto específico, como el peruano. La investigación cualitativa permite examinar el comportamiento de los actores dentro del sistema de salud, analizar las políticas públicas existentes y explorar las percepciones de los stakeholders involucrados, incluidos usuarios, prestadores de servicios y autoridades reguladoras.

2.2.2. Enfoque comparativo

El análisis comparado es otro aspecto fundamental de la metodología adoptada, ya que permite contextualizar la situación peruana dentro de una perspectiva más amplia. Se seleccionan el caso de Chile, Estados Unidos y Colombia debido a sus sistemas de salud que, aunque presentan diferencias estructurales con el peruano, comparten ciertos aspectos que permiten una comparación válida en términos de integración vertical en el sector privado de salud.

El análisis comparativo entre estos tres países permite identificar similitudes y diferencias en la manera en que las políticas públicas abordan la integración vertical y sus impactos en la competencia y la calidad de los servicios; comparación que también facilita la identificación de buenas prácticas que podrían ser adaptadas al contexto peruano para mejorar la regulación del sector.

2.2.3. Instrumento metodológico: test de proporcionalidad

El Test de Proporcionalidad se emplea como un instrumento adicional para evaluar las posibles restricciones a derechos fundamentales que puedan derivarse de la integración vertical en el sector salud, como el acceso equitativo a los servicios de salud y la competencia leal. Este test es una herramienta jurídica que se utiliza para analizar si una medida restrictiva de derechos es razonable y proporcional al objetivo que persigue.

El Test de Proporcionalidad consta de cuatro pasos:

- **Adecuación:** Determina si la medida adoptada es idónea para alcanzar el fin legítimo que se pretende, en este caso, regular la integración vertical para mejorar la eficiencia del sistema de salud.
- **Necesidad:** Evalúa si la medida es estrictamente necesaria o si existen medidas menos restrictivas que puedan cumplir con el mismo objetivo sin vulnerar los derechos en juego.
- **Proporcionalidad en sentido estricto:** Analiza si el beneficio que se obtiene con la medida supera los costos o los efectos negativos que la medida podría tener en los derechos fundamentales, como el derecho a la salud y la libre competencia.

- Equilibrio: Finalmente, se verifica si existe un equilibrio razonable entre la medida adoptada y los derechos afectados, evaluando la proporcionalidad de la intervención estatal en la regulación de la integración vertical.

Este instrumento permite evaluar si las normativas existentes sobre la integración vertical son adecuadas y equilibradas, asegurando que no perjudiquen los derechos fundamentales de los ciudadanos, como el acceso igualitario a los servicios de salud.

2.2.4. Revisión de fuentes

En el contexto de la investigación, la revisión de fuentes secundarias es una herramienta clave para obtener información. Las fuentes secundarias incluyen estudios académicos, informes de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y legislación relevante, como la Ley General de Salud (Ley N° 26842), la Ley de Integración Vertical en Salud (si existiera), y regulaciones específicas del mercado de seguros de salud y servicios privados en el Perú. Además, se consideran los informes de entidades nacionales como Susalud y el Indecopi, que brindan una visión sobre el funcionamiento del sector salud y la competencia en el país.

2.3. Descripción y análisis del problema

La integración vertical en el sector salud se refiere a un modelo en el cual una misma entidad controla diversas etapas del proceso de atención médica, desde la provisión de insumos hasta la distribución de productos y la prestación de servicios médicos. En teoría, este modelo tiene el potencial de generar beneficios significativos, tales como la reducción de costos, la mejora de la coordinación entre los distintos actores del sector y una mayor eficiencia operativa. Sin embargo, cuando este modelo se implementa sin una regulación adecuada, puede dar lugar a una serie de problemas relacionados con la competencia, el acceso equitativo a los servicios de salud y la calidad del cuidado recibido por los pacientes (Arévalo & Rodríguez, 2021).

En el contexto peruano, la integración vertical está siendo cada vez más adoptada por las grandes empresas aseguradoras, quienes han comenzado a expandir su influencia al operar también en las áreas de provisión de servicios médicos, clínicas laboratorios y redes de distribución de medicamentos. Este fenómeno ha dado lugar a la concentración del mercado, lo que puede tener

efectos adversos sobre la competencia, la accesibilidad de los servicios de salud y la calidad de los mismos. Según Fernández (2020) la concentración de actores privados en el mercado de la salud en Perú está generando una fuerte desigualdad en la oferta de servicios, lo que impide la competencia efectiva y limita las opciones de los pacientes.

2.3.1. Creciente concentración de poder en el mercado de salud

En Perú, algunas de las grandes aseguradoras, como Pacífico Seguros y Rímac Seguros, han comenzado a controlar múltiples aspectos de la cadena de valor del sector salud. Estas entidades no solo ofrecen seguros de salud, sino que también operan clínicas y servicios médicos, creando una red integrada que puede restringir las opciones de los usuarios, especialmente aquellos fuera de su red de afiliados. Este modelo de integración vertical en el sector privado de salud se está convirtiendo en una de las principales preocupaciones para la competencia en el mercado. Arévalo y Rodríguez (2021) argumentan que esta tendencia está favoreciendo a un pequeño grupo de actores, generando un monopolio de facto que afecta a los usuarios menos privilegiados y dificulta la entrada de nuevos competidores.

La concentración de poder en un pequeño número de grandes actores genera un escenario donde las aseguradoras pueden imponer precios elevados, seleccionar a sus pacientes preferenciales y priorizar la rentabilidad sobre la calidad del servicio. Fernández (2020) sostiene que este comportamiento ha dado lugar a prácticas de exclusividad en las redes de servicios, donde los pacientes afiliados tienen acceso preferencial a ciertos servicios médicos, mientras que los no afiliados enfrentan mayores costos o incluso la negativa de atención en determinadas circunstancias. Esto refuerza la concentración de poder y la discriminación en el acceso.

2.3.2. Impacto en el acceso y calidad de servicios

Uno de los principales problemas derivados de la integración vertical en el sector salud peruano es su impacto en el acceso a servicios médicos de calidad. Sin una regulación específica y clara sobre este modelo de negocio, las grandes aseguradoras tienen la capacidad de priorizar a sus pacientes internos sobre aquellos que no están afiliados a su red de servicios. En situaciones de emergencia o en la atención de enfermedades crónicas, esta priorización puede

afectar gravemente a los pacientes fuera de la red de la aseguradora, restringiendo su acceso a la atención médica o forzándolos a pagar precios desproporcionados por los servicios (Martínez & Gómez, 2022).

En muchos casos, los prestadores de servicios de salud pequeña y mediana no pueden competir en igualdad de condiciones, ya que las grandes aseguradoras controlan una parte significativa del mercado y pueden ofrecer precios más bajos debido a su capacidad de negociación y su control sobre la cadena de suministro. Arévalo y Rodríguez (2021) resaltan que esto lleva a una competencia desleal donde los prestadores más pequeños no solo luchan por competir en precios, sino también en términos de calidad de los servicios, ya que las grandes aseguradoras tienen la ventaja de consolidar su poder de mercado.

Este monopolio parcial no solo limita la competencia, sino que también puede resultar en una baja calidad en los servicios. Las aseguradoras pueden, en ocasiones, sacrificar la calidad de la atención en favor de la reducción de costos, lo que afecta directamente a los pacientes que dependen de estas redes. La falta de transparencia en los precios y los indicadores de calidad es otro factor que contribuye a esta problemática. Martínez y Gómez (2022) señalan que la falta de información clara sobre los costos de los servicios médicos y la calidad de la atención se dificulta a que los usuarios tomen decisiones informadas sobre su salud, lo que puede empeorar su experiencia y salud en general.

2.3.3. Inequidad en acceso a los servicios de salud

La integración vertical en el sector privado de salud también puede contribuir a la inequidad en el acceso a los servicios. En un contexto donde las grandes aseguradoras concentran la mayor parte del mercado, los pacientes que no tienen acceso a estas redes o que no pueden pagar los altos costos de los seguros privados se ven excluidos de una atención adecuada. Según Fernández (2020), esta dinámica perpetúa las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la salud, especialmente en un país como Perú, donde las disparidades entre las zonas urbanas y rurales son significativas.

En el sector rural y en algunas zonas periurbanas, la falta de aseguradoras que operen de manera efectiva o la dificultad para acceder a redes privadas amplias empeora aún más las

condiciones de salud de las poblaciones más vulnerables. La segregación del mercado favorece a los grupos más privilegiados que pueden pagar seguros privados, mientras que los más pobres quedan marginados de la posibilidad de acceder a una atención médica de calidad (Arévalo & Rodríguez, 2021). Este panorama resulta en un sistema de salud estratificado donde los más desfavorecidos reciben atención limitada y de menor calidad.

2.3.4. Desafíos en la regulación y supervisión

La insuficiencia de un marco normativo adecuado para regular la integración vertical en el sector privado de salud peruano es uno de los factores fundamentales que permite la consolidación del poder de las grandes aseguradoras en el mercado. En Perú, la falta de legislación específica sobre la regulación de la integración vertical ha llevado a un vacío legal que facilita las prácticas monopolísticas y anticompetitivas (Martínez & Gómez, 2022). A pesar de los esfuerzos regulatorios de instituciones como Susalud e Indecopi, las leyes actuales no abordan de manera efectiva los desafíos asociados con la concentración del poder en el sector privado de salud.

La regulación de precios, la supervisión de la calidad y la protección de los derechos de los usuarios son áreas donde el marco normativo peruano aún no ha avanzado lo suficiente para garantizar un mercado competitivo y accesible para todos. Fernández (2020) sostiene que la falta de una supervisión estricta puede dar lugar a prácticas desleales, como el desabastecimiento selectivo, el aumento de precios sin justificación y la discriminación en la prestación de servicios, todo lo cual contribuye a la inequidad en el acceso a la atención médica.

2.3.5. Desafíos en la integración vertical en Perú

Según un informe reciente de SUSALUD (2022) aproximadamente el 35% del sector privado de salud en Perú se encuentra integrado verticalmente, lo que implica que las aseguradoras no solo gestionan pólizas, sino que también controlan clínicas y farmacias. A pesar de que esto podría generar beneficios como la reducción de costos y una mejor coordinación, en la práctica, ha fomentado desigualdades en el acceso a servicios, especialmente para pacientes no afiliados a las redes privadas.

Asimismo, un estudio de la Asociación de Clínicas Privadas del Perú (2020) revela que las empresas con redes integradas captan más del 70% del mercado privado, lo que limita la competencia y concentra recursos en pocas manos. Este nivel de concentración ha generado preocupaciones sobre el acceso equitativo a servicios esenciales, particularmente en regiones rurales o alejadas, donde la oferta de clínicas privadas es más limitada.

2.4. Análisis comparativo internacional

En el año 2020, a raíz de la pandemia del Covid-19, en nuestro país se hizo evidente la falta de oferta de servicios de salud para atender a la población peruana. En consecuencia, el gobierno peruano tuvo que acudir al sector privado para atender a la población. Aun así, la oferta no fue suficiente porque miles de peruanos fallecieron por falta de atención.

Entonces esta falencia del sector público hizo notorio el natural ánimo de lucro que tienen las empresas del sector privado cuyos precios son superiores a los de los establecimientos del sector público considerando que deben invertir de forma continua en su infraestructura, personal e insumos para atender a los usuarios que acuden a sus instalaciones.

Por ello, el 21 de mayo del año 2022, el grupo parlamentario Perú Democrático presentó el Proyecto de Ley N° 1484-2021-CR, que plantea prohibir la integración vertical y limitar la posición dominante en los servicios de salud ofrecidos por los privados argumentado que el tema pasa porque los precios altos de los medicamentos consumen la cobertura del seguro y es el paciente el que debe pagar el monto restante. Entonces el punto clave está en la integración vertical debido al aumento de las clínicas que forman parte de los mismos grupos empresariales. Entonces el seguro paga sin problemas el costo que fija la clínica, altos precios consumen la cobertura del paciente quien es el que paga, además del copago el excedente.

A través de dicho proyecto normativo se busca, además, que SUSALUD conozca de las transacciones en el mercado consistente en la adquisición de acciones y derecho de propiedad, así como de relaciones contractuales entre las IAFAS e IPRESS.

Sostienen, además que la integración vertical en salud transgrede los siguientes principios del régimen económico de la Constitución Política del Perú:

- Artículo 58.- La iniciativa privada es libre. Se ejerce en una economía social de mercado. Bajo este régimen, el Estado orienta el desarrollo del país, y actúa principalmente en las

áreas de promoción de empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos e infraestructura.

- Artículo 59.- El Estado estimula la creación de riqueza y garantiza la libertad de trabajo y la libertad de empresa, comercio e industria. El ejercicio de estas libertades no debe ser lesivo a la moral, ni a la salud, ni a la seguridad pública. El Estado brinda oportunidades de superación a los sectores que sufren cualquier desigualdad; en tal sentido, promueve las pequeñas empresas en todas sus modalidades.
- Artículo 61.- El Estado facilita y vigila la libre competencia. Combate toda práctica que la limite y el abuso de posiciones dominantes o monopólicas. Ninguna ley ni concertación puede autorizar ni establecer monopolios. La prensa, la radio, la televisión y los demás medios de expresión y comunicación social; y, en general, las empresas, los bienes y servicios relacionados con la libertad de expresión y de comunicación, no pueden ser objeto de exclusividad, monopolio ni acaparamiento, directa ni indirectamente, por parte del Estado ni de particulares.
- Artículo 65.- El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo, vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

En lo que respecta al análisis de la integración vertical en el sector salud en contextos internacionales revela tanto beneficios como desafíos significativos. Sin embargo, los modelos aplicados en países como Chile y Estados Unidos presentan diferencias sustanciales con el sistema peruano, principalmente debido a las particularidades sociales, económicas y regulatorias de cada nación.

En Chile, el sistema de salud es reconocido por su esquema mixto, compuesto por seguros públicos y privados (FONASA e ISAPRES). La integración vertical en este país ha permitido a los grandes grupos empresariales gestionar tanto la prestación de servicios médicos como la distribución de insumos y medicamentos. Esto ha resultado en una mayor eficiencia operativa en algunas áreas, pero también ha suscitado críticas importantes debido a su impacto en la competencia. Estudios como el de Guzmán y Rojas (2021) señalaron que la concentración de

mercado ha permitido a ciertas empresas controlar precios, reducir opciones para los usuarios y establecer relaciones comerciales preferenciales que limitan la entrada de nuevos actores al sector. Además, la regulación en Chile no ha logrado impedir totalmente la formación de prácticas monopólicas en algunos segmentos del mercado de salud.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 estableció un sistema de aseguramiento universal basado en la competencia entre aseguradoras (EPS). Este modelo permitió inicialmente mejoras en el acceso y la calidad de los servicios, pero con el tiempo, la integración vertical de algunas EPS con redes de hospitales y proveedores de insumos ha planteado nuevos desafíos. Según Rodríguez y García (2022) la concentración del mercado por parte de algunas EPS ha generado conflictos de interés, como priorizar servicios dentro de su red a expensas de la atención integral. Además, las investigaciones muestran que esta integración ha propiciado desigualdades en el acceso a tratamientos especializados, particularmente en regiones rurales donde las redes privadas tienen menor cobertura.

Por otro lado, en Estados Unidos, un sistema de salud altamente privatizado, la integración vertical ha sido liderada por grandes compañías de seguros, como Kaiser Permanente, que han adquirido hospitales, clínicas y redes de farmacias. Este modelo ha generado algunas ventajas, como la simplificación administrativa y la coordinación efectiva de servicios, lo que ha beneficiado a ciertos pacientes afiliados. Sin embargo, Martínez y Gómez (2022) advierten que esta integración también ha contribuido al aumento de los costos de los servicios médicos, una de las principales preocupaciones en el sistema estadounidense. Además, los estudios realizados por Johnson y Brown (2020) identifican que, en algunos casos, la calidad de la atención médica se ha visto comprometida debido a la priorización de beneficios económicos sobre el bienestar del paciente.

En contraste, el sistema peruano enfrenta desafíos únicos que limitan una comparación directa con estos modelos internacionales. Perú se caracteriza por una gran fragmentación en la cobertura de salud, con un sistema público debilitado, una creciente participación del sector privado y disparidades significativas entre áreas urbanas y rurales. Según Fernández (2020), la integración vertical en Perú está dominada por aseguradoras privadas que controlan tanto la provisión de servicios como el acceso a medicamentos, lo que ha llevado a un mercado altamente concentrado.

Esto genera barreras de acceso para pacientes no afiliados y desigualdades regionales en el acceso a servicios médicos de calidad.

Una diferencia crucial entre Perú y países como Chile y Estados Unidos es la capacidad regulatoria. Mientras que en Chile y Estados Unidos existen marcos normativos más robustos, en Perú la falta de regulación específica ha permitido que las aseguradoras privadas operen con mayor libertad, sin controles estrictos sobre prácticas monopolísticas o la transparencia en los precios. Según Guzmán y Rojas (2021) un marco regulatorio más sólido en Chile ha reducido parcialmente el impacto de la integración vertical en la competencia, aunque aún persisten desafíos importantes. En Estados Unidos, las leyes antimonopolio, como la Sherman Act, han actuado como barrera frente a prácticas abusivas, aunque no han evitado el problema del aumento de costos.

2.4.1. Relevancia para el contexto peruano

El análisis comparativo sugiere que la implementación de la integración vertical en el sector salud peruano debe considerar cuidadosamente los ejemplos internacionales, adaptándolos a las necesidades y limitaciones locales. Si bien los modelos de Chile y Estados Unidos destacan la eficiencia operativa y la coordinación de servicios como posibles ventajas, también muestran que, sin una regulación adecuada, la integración vertical puede generar inequidad y discriminación en el acceso a servicios de salud.

Para Perú, resulta imprescindible aprender de estos contextos y fortalecer su marco normativo para evitar los riesgos asociados con la concentración de mercado. Las recomendaciones incluyen:

- Regulación antimonopolio: establecer leyes claras para prevenir la concentración excesiva de poder en pocas empresas y fomentar la competencia en el mercado.
- Transparencia de precios y calidad: exigir que las aseguradoras y los prestadores de servicios publiquen información detallada y accesible sobre costos e indicadores de calidad, similar a las normativas aplicadas en Estados Unidos (Johnson & Brown, 2020).

- Supervisión efectiva: fortalecer las capacidades de instituciones como SUSALUD e Indecopi para monitorear y regular las prácticas de las empresas aseguradoras en el sector salud.

Este enfoque garantizaría una integración vertical inclusiva y alineada con las necesidades del sistema peruano, promoviendo tanto la sostenibilidad del modelo como el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

2.5. Análisis de impacto regulatorio de las propuestas para intervenir la integración vertical en el sector privado de salud del Perú.

Pasaremos a efectuar el análisis tomando en consideración el Manual del Evaluador y la Metodología para la evaluación de impactos del AIR Ex –Ante, tomando como referencia el Análisis Multicriterio en la medida que se refiere a una evaluación de tipo cualitativa recomendable cuando se utilizan elementos controversiales de cuantificar, como el presente caso, que atañe a temas de salud y de libre competencia, conforme a lo siguiente:

Problema:

El problema que tratamos se refiere a la afectación a la libre competencia que podría suscitarse en el mercado de los establecimientos de salud privados que no se encuentran integrados verticalmente o inclusive ante posibles empresas interesadas de ingresar al mercado de las IAFAS. Desafortunadamente, Indecopi sobre este tema no ha realizado estudios ni análisis. En este punto, debemos precisar que en los estudios de abogacía que Indecopi ha elaborado sobre el sector de seguros de salud se indicó que los posibles efectos de la integración vertical pueden ser materia de estudio que la Comisión de Defensa de la Libre Competencia. Sin embargo, hasta la fecha dicho análisis no ha sido emitida.

Por ello, en el presente trabajo me permito delimitar el problema puesto que, si bien es cierto que el seguro correspondiente al sector público concentra el mayor volumen de la población. Tampoco podemos dejar de ponderar que un 9.4% corresponde al sector privado de salud, y dentro de este, un 2.7% corresponde específicamente a las EPS. En tal sentido, considero de vital importancia una evaluación y análisis a este sector, aunque no relevante en tanto la cuota de mercado no es significativa, si es importante en cuanto a los derechos que pueden afectarse.

En ese orden, respecto a las IAFAS, desde el año 2007 el mercado de la salud privada no ha presentado mayor variación puesto que no ha ingresado un número considerable de actores que incentive la competencia. Asimismo, continúan posicionadas las mismas aseguradoras Rímac y Pacífico, ya que estas captan el 87% de los afiliados de dicho mercado lo cual ya representa un riesgo porque una empresa con el 80% al 90% de la cuota de mercado de un determinado sector puede implementar conductas que causen perjuicio a sus rivales o competidores, esto es, otras clínicas o IAFAS.

Por otro lado, las aseguradoras en la búsqueda de eficiencias y mayores ingresos podrían afectar el derecho a la salud de los pacientes limitando o restringiendo el acceso de los mismos a las prestaciones de salud de forma idónea.

En este punto, me quiero detener para señalar que, si la aseguradora utiliza su poder de dirección para obtener una atención de salud óptima y de calidad, sin afectar la libre competencia, podría funcionar de maravillas, y ello porque la clínica integrada se vería obligada a obedecer las instrucciones de aquella. Entonces imaginemos que la aseguradora tiene estándares de calidad muy altos en su organización, ello también se exigiría a la IPRESS integrada, por ejemplo, el cumplimiento estricto de los manuales de facturación de auditoría médica, así como de las Guías de Práctica clínicas para los procedimientos e intervenciones, implementación de la historia electrónica lo cual minimiza el número de errores en la atención de los pacientes, etc.

Sin embargo, cuando dicho poder se utiliza en la dirección contraria sin respetar las normas de buen gobierno corporativo se puede afectar la libre competencia. Por ejemplo, ejerciendo presión sobre los demás actores del mercado para que acepten la tarifa impuesta por la aseguradora dominante. Tomando en cuenta el volumen de pacientes que representa contratar con una aseguradora, podrían las clínicas no integradas aceptar precios y/o paquetes que pueden no ser del todo justos para sus transacciones comerciales.

También es importante notar que desde el año 2009, fecha en que inició el aseguramiento universal en nuestro país, las EPS en el mercado de salud privado se ha mantenido sin variaciones con los mismos actores del sistema.

Respecto a las IPRESS, debemos tener en cuenta que dentro de sus instalaciones pueden prestar servicios distintas aseguradoras, sin embargo, si esta IPRESS se encuentra integrada verticalmente será un comportamiento natural de su aseguradora otorgar preferencia a sus IPRESS propias. En tanto al conocer los precios de sus competidoras a través de su IPRESS integrada, buscará desplazar la demanda de los pacientes hacia ellas en perjuicio de aquellas IPRESS que no se encuentran integradas verticalmente. Lógicamente, las financiadoras otorgan una espalda financiera suficiente a sus clínicas las cuales pueden afrontar los embistes de otras financiadoras en igualdad de condiciones mientras que las IPRESS que no cuenten con dicho respaldo financiero y económico se verán perjudicadas porque no pueden competir en igualdad de condiciones. Entonces es probable que busquen integrarse verticalmente y si no lo logran no podrán competir por lo que finalmente terminarían por extinguirse. Finalmente, ello terminaría por repercutir en el consumidor final (paciente)

Objetivos:

Los objetivos que se espera alcanzar con la propuesta de intervención y regulación de la integración vertical en salud del sector privado, son los siguientes:

1. Incentivar la competencia en el mercado de salud privada de las IAFAS.
2. Reducir el riesgo de restricción de la competencia en las IPRESS no integradas.
3. Mitigar el riesgo de restricción de acceso a las prestaciones de salud de los consumidores.

Alternativas:

Alternativa 1:

- a. Revisión de forma previa de las nuevas operaciones de integración vertical entre IPRESS y IAFAS del sector privado de salud a través de la Ley N° 31112, Ley que establece el control previo de operaciones de concentración empresarial incluyendo a los escenarios referidos al crecimiento interno de una IAFA, que impliquen la apertura de nuevas sucursales, más aún cuando estas tienen posición de dominio en el mercado de la salud privado.

Nuestra norma de control previo de operaciones de concentración empresarial tiene muy poco tiempo de emitida, sin embargo, debería contemplar la cuota de mercado menor al 30%, es decir, tomando en consideración los ingresos de una empresa sobre

el total de ventas en un sector específico, considerando que en el Perú, la mayoría de la población se encuentra afiliada a una IAFA Pública, (SIS y ESSALUD) y sólo un grupo reducido de peruanos cuenta con un seguro privado (6.7%) entonces la venta de dicha población no es considerable en comparación con la venta total del sector salud.

Ahora bien, los costos de aplicación en el sistema legal, en la medida que ya existe personal en INDECOPI que se encarga de revisar y analizar los casos que ameritan un análisis en el marco de la Ley N° 31112, no se generarían costos adicionales por este rubro. De igual manera, el crecimiento desmesurado de una IAFA puede incrementar su poder de mercado de la IAFA, en consecuencia, la finalidad que se busca evitar es restringir la libre competencia afectando al consumidor final (paciente).

- b. Incluir en el plan de fiscalización de Indecopi a las aseguradoras y clínicas integradas existentes.

Una de las funciones principales de Indecopi es defender la libre y leal competencia, y en la medida que existen riesgos en una integración vertical entre aseguradoras y prestadores, debería implementar supervisiones y/o fiscalizaciones de oficio a las IAFAS con posición predominante en el mercado, considerando que Indecopi no ha incluido a las aseguradoras ni a las clínicas integradas en el Plan Anual de Fiscalización 2024 del INDECOPI-PAF 2024 aprobado el 28 de diciembre de 2023, mediante Resolución No. 000227-2023-GEG/INDECOPI como una prioridad para supervisar.

En este punto, es preciso resaltar que el Estado si incurriría en costos de inspección cuando el personal de INDECOPI dirija y realice las supervisiones y/o fiscalizaciones de oficio a las IAFAS con posición predominante en el mercado, también incurriría en costos de monitoreo, estadísticas y evaluación en la medida que se requiere de personal experto para levantar y analizar datos sobre la materia.

- c. Indecopi desarrollará manuales sectoriales específicos basados en los lineamientos aprobados mediante la Resolución N° 103-2022/CLC-INDECOPI, documentos que estarán diseñados exclusivamente para abordar las particularidades del sector salud privado, con el objetivo de fortalecer la comprensión pública sobre las operaciones de concentración empresarial. En este sentido, se busca ampliar el acceso a información

relevante tanto para los agentes económicos como para la población en general, incluyendo ejemplos específicos del sector salud que permitan entender de manera clara y práctica las dinámicas del mercado y las implicancias regulatorias de estas operaciones.

En cuanto a la especificidad sectorial, estos manuales incluirán criterios técnicos y prácticos aplicables a las operaciones entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), que permitirá identificar riesgos particulares asociados a la integración vertical en términos de calidad, accesibilidad y competencia, aspectos que son fundamentales para garantizar el equilibrio entre la eficiencia económica y el bienestar de los usuarios finales.

Además, los documentos proporcionarán una estandarización de los procedimientos regulatorios, con un desglose claro y detallado de los pasos que seguirá Indecopi para evaluar las operaciones de concentración empresarial en el sector salud, desglose que incluirá estudios de mercado, análisis de impacto en los usuarios finales y otras consideraciones relevantes, de manera que los actores del sector tengan claridad sobre los tiempos, requisitos y recursos involucrados en los procesos de supervisión.

El contenido mínimo de estos manuales sectoriales abarcará varios aspectos clave.

- En primer lugar, se definirá el mercado relevante, considerando las particularidades del mercado de servicios de salud y de aseguramiento privado.
- En segundo lugar, se detallarán criterios específicos de evaluación, como umbrales de participación de mercado, barreras de entrada y riesgos para la libre competencia.
- También se incluirán indicadores relacionados con el impacto sobre los usuarios, como la accesibilidad, la continuidad de la atención y la calidad del servicio en las redes integradas.
- Por último, se describirá el procedimiento específico que Indecopi seguirá en sus evaluaciones, explicando de forma detallada los pasos a realizar, junto con los tiempos y recursos requeridos para cada fase del proceso.

Esta propuesta ajustada busca garantizar que los lineamientos existentes se complementen con una aplicación contextualizada y sectorial, fortaleciendo la transparencia y previsibilidad en las decisiones regulatorias, así como promoviendo un entorno competitivo y justo en el sector salud.

Con la finalidad de analizar los manuales y guías que implemente INDECOPI para un correcto aprendizaje de la definición de concentración empresarial, los sujetos regulados podrían requerir los servicios de abogados especialistas en la materia que les emitan informes de fácil entendimiento y seguimiento y de idéntica forma ocurriría con la inclusión de un supuesto adicional (la cuota de mercado) en la Ley N° 31112, Ley que establece el control previo de operaciones de concentración empresarial, no obstante, es preciso señalar que la gran mayoría de empresas que les atañe este tipo de revisión ex ante de concentración empresarial, tiene abogados *in-house* o estudios externos que los asesoran, por lo tanto, estos costos podrían ser hundidos en el honorarios que se les paga mensualmente a dichos abogados.

No podemos dejar de mencionar que la elaboración de las guías o manuales para explicar la concentración empresarial, Indecopi deberá incurrir en costos de adaptación, tales como preparar el material informativo, realizar campañas de difusión (pérdida de independencia de un agente económico o un activo clave de la empresa).

- d. Reforzar la transparencia en la información que publica SUSALUD respecto de los reclamos y denuncias interpuestos contra las aseguradoras y clínicas integradas.

Se debe hacer de conocimiento público los precios de los planes de salud de las IAFAS incluyendo el costo total de la prestación, así como la estadística y tipos de las denuncias y reclamos interpuesto contra la IAFA y la IPRESS integrada.

El Estado no debe incurrir en costos de adaptación cuando haga de conocimiento público los precios de los planes de salud de las IAFAS incluyendo el costo total de la prestación, así como la estadística y tipos de las denuncias y reclamos interpuesto contra la IAFA y la IPRESS integrada porque ya existen las plataformas, tanto en INDECOPI como en SUSALUD donde se exhibe información por lo cual se utilizaría la misma plataforma.

Alternativa 2:

- Opción cero: En el caso de no adoptar medida alguna, se mantendría la problemática actual con los riesgos que ello implica.

Para concluir, presentamos el resumen del mapeo de impactos de implementar la propuesta de regulación.

Tabla 11

Mapeo de impactos

Negativos	Positivos
Costos por servicios de abogados especialistas en la materia que les emitan informes de fácil entendimiento y seguimiento	Lograr que la población se encuentre debidamente informada sobre las operaciones de concentración.
Costos de adaptación para preparar el material informativo y para realizar campañas de difusión.	Prevenir la comisión de las conductas anticompetitivas estableciendo un elemento de capacitación y efecto disuasorio.
Costos de inspección para las supervisiones y/o fiscalizaciones de oficio a las IAFAS con posición predominante en el mercado.	Prevenir la comisión de infracciones en perjuicio de la salud e integridad del usuario en salud.
Costos de monitoreo, estadísticas y evaluación para contratar personal experto para levantar y analizar datos sobre la materia.	

Como se puede observar, realizando una comparación de los efectos negativos y positivos, estos últimos no se comparan con los efectos positivos que se pueden lograr si las propuestas de mejora sobre la integración vertical en salud se implementan por lo cual la propuesta presentada es viable.

Efectuado el análisis de impacto regulatorio sobre las propuestas de mejora para la integración vertical en el sector privado de salud del Perú, podemos concluir que los efectos positivos superan los efectos negativos por lo cual la propuesta presentada es viable.

2.6. Posición en contra de la regulación de la integración vertical en el sector privado de salud del Perú tomada del gremio de empresarios peruanos (Comex Perú)

Debemos señalar que una aseguradora puede prestar servicios de salud, sin necesidad de ser una EPS y principalmente, en nuestro país, la integración vertical en salud está permitida, no obstante, el Estado está obligado a supervisar y fiscalizar dicha forma de organización, lo cual se realiza a través de la SBS y la SUSALUD.

Por otro lado, se indica también que no se ha presentado ni analizado el impacto que causaría implementar dicha regulación ni tampoco se han considerado otras medidas, menos gravosas, para lograr el resultado que se espera conseguir con dicha regulación.

Sostiene el gremio empresarial representado por Comex Perú, que SUSALUD cuenta ya con las facultades necesarias para conocer y resolver quejas y/o denuncias sobre los temas vinculados con las empresas de seguros, así como a la prestación de servicios de salud en las IPRESS que brinden servicios a los asegurados, cerciorándose del cumplimiento de las condiciones contenidas en los contratos suscritos con los asegurados. Todo ello, sin afectar o disminuir las competencias de la SBS.

Asimismo, el que SUSALUD revise y apruebe toda relación contractual entre IAFAS e IPRESS, es inconstitucional, al vulnerar la libertad de empresa, garantizada por el artículo 59° de la Constitución.

2.7. Conclusiones

En resumen, la integración vertical en el sector salud peruano representa una realidad compleja con oportunidades y desafíos. Si bien la intención de optimizar recursos, reducir costos y mejorar la coordinación de servicios tiene fundamentos sólidos, la falta de regulación adecuada y supervisión efectiva por parte de las autoridades permite que estas prácticas deriven en efectos adversos para los usuarios. Las desigualdades en el acceso a los servicios, el aumento de los costos

y la disminución de la calidad son riesgos que deben ser enfrentados con políticas públicas precisas y basadas en evidencia.

A partir del análisis presentado, que incluye el marco comparativo con países como Colombia y Chile, se observan lecciones clave que pueden guiar el diseño de una regulación efectiva en el Perú. En Colombia, las políticas orientadas a garantizar la transparencia y la equidad en el acceso han mostrado avances significativos, aunque persisten desafíos en áreas rurales. En Chile, el control estatal sobre los precios y la supervisión de las redes integradas son ejemplos de intervenciones que pueden ser adaptadas al contexto peruano. Estas experiencias internacionales destacan la importancia de encontrar un equilibrio entre el derecho a la libertad de empresa y el derecho a la salud, dos valores fundamentales que, aunque en tensión, deben ser ponderados de manera adecuada para garantizar el bienestar general.

El análisis de estas experiencias permite evaluar escenarios extremos: por un lado, la prohibición radical de la integración vertical en el sector salud, lo que limitaría la flexibilidad del mercado; por otro, la ausencia de regulación, confiando únicamente en el autorregulación del mercado, que podría exacerbar las desigualdades existentes. Entre ambos extremos, se refuerza la justificación de una intervención estatal razonada y proporcional, donde el Indecopi desempeñe un papel central en el monitoreo y control de las prácticas empresariales.

Este capítulo no solo establece el marco general del problema, sino que sienta las bases para los siguientes apartados, donde se profundizará en la metodología de investigación utilizada y se desarrollarán propuestas específicas. Estas propuestas buscarán regular la integración vertical de manera que permita preservar los beneficios potenciales de este modelo, mientras se mitigan sus riesgos, asegurando un equilibrio que promueva la competencia, garantice el acceso equitativo y mejore la calidad de los servicios de salud en el Perú.

CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y PROPUESTA

3.1. Discusión de la hipótesis

La hipótesis de este estudio plantea que la ausencia de un marco normativo específico y efectivo para regular la integración vertical en el sector privado de salud en Perú genera riesgos de concentración empresarial, abuso de posición de dominio y acceso inequitativo a servicios de salud, afectando la libre competencia y los derechos fundamentales de los usuarios. Este planteamiento se basa en la evidencia presentada en los capítulos anteriores y en las teorías económicas y jurídicas revisadas, como la teoría de los derechos fundamentales y la teoría de la competencia en mercados regulados.

De acuerdo con Alexy (2003) y su teoría de los principios, los derechos fundamentales no son absolutos y, cuando entran en conflicto, deben ser ponderados para alcanzar una solución proporcional. En el caso del sector salud peruano, el derecho a la salud debe primar sobre el derecho a la libertad de empresa, dado que la salud constituye un derecho básico que garantiza otros derechos esenciales. Sin embargo, la falta de regulación en el país ha permitido que actores privados prioricen intereses económicos, lo que ha incrementado la concentración de mercado y el abuso de posición dominante, como señala Motta (2004) en su análisis sobre los efectos adversos de la integración vertical en mercados con regulación insuficiente.

La evidencia presentada también coincide con el estudio de Martínez y Díaz (2018) quienes analizaron el impacto de la integración vertical en sistemas de salud de América Latina, concluyendo que la ausencia de supervisión adecuada genera barreras de acceso para los usuarios más vulnerables. En Perú, esta situación se agrava debido a la fragmentación del sistema de salud, la heterogeneidad en la calidad de los servicios y la falta de transparencia en los costos asociados.

En el análisis, se observa que la integración vertical, si bien puede mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, también plantea riesgos significativos cuando no se cuenta con mecanismos regulatorios adecuados. En Perú, la falta de transparencia en la operación de redes integradas, sumada a la ausencia de supervisión efectiva por parte del Estado, refuerza las condiciones para que se materialicen prácticas anticompetitivas. Estos resultados son consistentes con los estudios de Colombia y Chile, donde la intervención estatal ha sido clave para mitigar tales riesgos.

Los casos de Colombia y Chile refuerzan la hipótesis. En Colombia, según Gaitán y Mejía (2020) la Superintendencia de Salud ha jugado un papel crucial para mitigar los riesgos asociados a la integración vertical, estableciendo regulaciones que limitan la cuota de mercado y supervisan las prácticas de los principales grupos económicos. En Chile, como señala Rivas (2019) la integración vertical permitió eficiencias en la prestación de servicios, pero también dio lugar a denuncias de prácticas anticompetitivas y conflictos de interés, lo que llevó a una intervención estatal más estricta.

En contraste, en Perú no existe una regulación clara para supervisar estas prácticas, lo que ha generado un entorno donde las redes integradas operan con mínima supervisión, lo que refuerza los riesgos mencionados.

3.1.1. Análisis de la relación entre hipótesis y teorías

Según Alexy (2003) los derechos fundamentales pueden entrar en conflicto en situaciones prácticas. En este caso, el derecho a la salud y el derecho a la libertad de empresa deben ser ponderados para determinar cuál debe prevalecer en el contexto de la integración vertical en el sector salud. El principio de proporcionalidad respalda que la protección del derecho a la salud sea prioritaria, dado su carácter esencial para el bienestar humano y social. La falta de regulación adecuada en Perú, sin embargo, permite que intereses económicos prevalezcan, afectando negativamente a los usuarios del sistema.

Este marco teórico explica cómo la ausencia de normas específicas contribuye a la inequidad en el acceso a servicios de salud, al mismo tiempo que afecta la calidad de los mismos. En este contexto, la integración vertical sin control refuerza desigualdades estructurales, particularmente para poblaciones vulnerables.

De acuerdo con Motta (2004) los mercados en los que se permite la integración vertical sin regulación tienden a generar concentración empresarial, restringiendo la competencia y creando barreras de entrada para nuevos actores. Esto no solo afecta la diversidad de opciones para los consumidores, sino que también puede llevar al abuso de posición dominante, como lo demuestran estudios de Pérez y Ramos (2021) sobre el mercado de seguros de salud en América Latina.

En Perú, la integración vertical está vinculada con la opacidad en la fijación de precios y el acceso preferencial a ciertos servicios, lo que limita la equidad y fomenta la exclusión de sectores menos favorecidos. Esta realidad pone de manifiesto la importancia de equilibrar los derechos en conflicto mediante intervenciones regulatorias adecuadas.

3.1.2. Comparación de casos internacionales

Los ejemplos de Chile y Colombia refuerzan la necesidad de un marco normativo específico en Perú:

- *Chile:* Rivas (2019) analiza cómo la integración vertical generó mejoras en la eficiencia operativa, pero también fue objeto de denuncias por prácticas restrictivas de la competencia. Esto llevó a la Comisión Nacional de Competencia Económica a implementar medidas correctivas que limitaron la concentración de mercado.
- *Colombia:* Según Gaitán y Mejía (2020), la Superintendencia de Salud ha implementado regulaciones que restringen las cuotas de mercado y establecen estándares de calidad en las redes integradas. Estas medidas han logrado reducir los riesgos de exclusión y mejorar la transparencia en la prestación de servicios.

Ambos casos destacan la relevancia de un marco regulatorio que permita un equilibrio entre eficiencia económica y protección de derechos fundamentales, algo que Perú todavía no ha desarrollado.

3.2. Propuestas de mejora

A partir de las posiciones desarrolladas en el capítulo anterior sobre regular o no la integración vertical en salud, considero importante establecer propuestas conciliadoras entre ambas vertientes. Si bien es cierto que la finalidad que persiguen los accionistas de una empresa es de obtener utilidades guiados por el natural ánimo de lucro, en este caso, en particular, el objeto social del establecimiento de salud (clínicas) es brindar servicios de salud. Este derecho puede verse afectado cuando surge la integración vertical entre aseguradora y prestadora. Debido a que aun cuando la integración vertical es una estrategia de negocios cuyo objetivo principal debería orientarse a la búsqueda de la calidad e idoneidad en la prestación de servicios. Desafortunadamente, también las aseguradoras integradas tienen incentivos para distorsionar los precios y así ser más atractivos que

sus competidores, conclusión a la que llegaron los economistas Ignacio Cuesta, Benjamin Vatter y Carlos Noton, quienes investigaron sobre los efectos de la integración vertical.

Con esta conclusión, podemos observar que la integración vertical podría restringir la libre competencia afectando a las clínicas que no se encuentran integradas verticalmente.

En atención a lo expuesto, no comparto la posición de prohibir la integración vertical porque no es perjudicial para la competencia si esta cumple su cometido como organización empresarial. Tampoco podemos negar que una regulación de este tipo puede generar desincentivos a la inversión privada extranjera. Efecto no deseado en nuestro país porque una mayor afluencia de competidores a largo plazo beneficiaría al usuario final de los servicios de salud. A pesar de ello, se debe tener especial cuidado en el abuso de dicha posición de dominio que terminaría por perjudicar el bienestar del consumidor final. Situación que ocurre cuando predomina el interés de lucro como se puede observar en la experiencia chilena cuando las ISAPRES buscan fusionarse.

En razón a ello, las propuestas planteadas buscan mitigar los riesgos identificados en el análisis y establecer un marco regulatorio que equilibre los intereses del sector privado con la garantía del derecho a la salud, medidas que se fundamentan en experiencias internacionales y estudios teóricos que justifican su pertinencia en el contexto peruano.

3.2.1. Reformulación de la Ley 31112

Se propone que la Ley 31112, que regula el control previo de concentraciones empresariales, incluya explícitamente la cuota de mercado como un criterio clave para evaluar fusiones e integraciones verticales en el sector salud. La experiencia chilena ha demostrado que limitar la participación de mercado en un porcentaje determinado disminuye el riesgo de abuso de posición dominante y fomenta la competencia saludable (Rivas, 2019).

En el contexto peruano, esta reforma permitiría al Indecopi intervenir más efectivamente en operaciones que puedan generar concentración excesiva, protegiendo el acceso equitativo a servicios de salud. Además, el uso de herramientas econométricas para determinar el impacto potencial en los usuarios fortalecería la evaluación previa de estas operaciones (Motta, 2004).

3.2.2. Implementación de un sistema de auditorías obligatorias

La transparencia en costos y calidad de los servicios es esencial para evitar prácticas anticompetitivas en redes integradas. Se propone la implementación de auditorías regulares, supervisadas por un organismo independiente. Las auditorías deberían incluir:

- Publicación de indicadores de calidad: asegurar que los usuarios tengan acceso a información relevante sobre tiempos de espera, tasas de éxito en tratamientos y satisfacción del paciente.
- Verificación de precios y márgenes de ganancia: controlar los márgenes en servicios esenciales para evitar incrementos desproporcionados que limiten el acceso (Gaitán & Mejía, 2020).
- Supervisión de accesos preferenciales: garantizar que la atención en emergencias no esté condicionada a afiliaciones específicas dentro de la red integrada.

Esta medida podría inspirarse en los mecanismos utilizados por la Superintendencia de Salud en Colombia, que han demostrado eficacia en la identificación de irregularidades (Martínez & Díaz, 2018).

3.2.3. Creación de un observatorio nacional de integración vertical

La creación de un Observatorio Nacional sería clave para monitorear las tendencias del mercado y emitir recomendaciones basadas en datos. Este organismo tendría como funciones principales:

- Analizar el impacto de la integración vertical en los costos y calidad de los servicios.
- Emitir informes semestrales para evaluar la competencia en el sector salud.
- Recomendar políticas públicas que aseguren un balance entre la eficiencia operativa y el acceso equitativo.

La experiencia colombiana, donde la Superintendencia de Salud opera un observatorio similar, puede servir como base para estructurar este organismo en Perú (Gaitán & Mejía, 2020).

3.3. Evaluación de posibles impactos

3.3.1. Impactos positivos

A. Mayor competencia:

Las medidas propuestas reducirían la concentración empresarial y permitirían equilibrar el poder de mercado entre distintos actores, favoreciendo un entorno más competitivo. Este cambio beneficiaría a los usuarios, quienes tendrían acceso a una mayor variedad de prestadores y servicios, lo que podría traducirse en mejores precios y calidad.

Análisis crítico: no obstante, es importante considerar que fomentar la competencia en el sector salud no siempre garantiza una mejora automática en la calidad del servicio. Sin una supervisión adecuada, podría generarse una competencia de costos que priorice la reducción de gastos operativos sobre la calidad en la atención.

B. Mejor acceso a servicios de salud:

La publicación de indicadores de calidad y la supervisión de precios permitirían que los usuarios tomen decisiones informadas, favoreciendo un acceso más equitativo. Además, estas medidas podrían reducir las barreras de entrada para nuevos actores en el mercado.

Análisis crítico: sin embargo, la efectividad de estas acciones dependerá de la capacidad del Estado para mantener un sistema de auditorías continuo y confiable. Existe el riesgo de que, sin una implementación adecuada, los indicadores publicados no reflejen la realidad del mercado y generen información confusa para los usuarios.

C. Protección de los derechos fundamentales:

Las políticas propuestas garantizarían que el derecho a la salud tenga prioridad sobre intereses económicos, promoviendo una regulación que beneficie el bienestar público. Esto es crucial en un contexto donde la salud debe considerarse un derecho esencial y no un bien de mercado.

Análisis crítico: aunque esta prioridad es legítima, debe lograrse sin desincentivar la inversión privada, ya que un exceso de regulación podría provocar una disminución de la oferta en el sector. Esto requerirá un equilibrio cuidadoso entre derechos fundamentales y sostenibilidad empresarial.

3.3.2. Impactos negativos

A. Resistencia del sector privado:

Las empresas podrían percibir las reformas como una amenaza a su autonomía operativa, lo que podría generar oposición política y jurídica por parte de los principales actores del sector privado. En casos extremos, podría haber una reducción en la inversión privada, afectando la disponibilidad de servicios de salud.

Análisis crítico: esta resistencia podría mitigarse a través de un diálogo abierto entre el Estado y las empresas, promoviendo acuerdos que beneficien a ambas partes; asimismo, sería clave diseñar incentivos que faciliten la adaptación de los actores privados a las nuevas regulaciones.

B. Costos administrativos:

La implementación de auditorías regulares y la creación de un observatorio generarían gastos adicionales para el Estado, que podría enfrentar dificultades para financiar estas actividades de manera sostenida. Este desafío sería especialmente relevante en un contexto de limitados recursos fiscales.

Análisis crítico: si bien estos costos son inevitables, una planificación adecuada podría maximizar su efectividad; por ejemplo, integrar estas funciones a organismos ya existentes, como Indecopi, Susalud o el Ministerio de Salud, podría reducir los gastos operativos y evitar la duplicación de esfuerzos.

3.4. Conclusión de la propuesta

La combinación de estas medidas ofrece un marco regulatorio sólido y adaptable al contexto peruano, inspirado en las experiencias de países como Chile y Colombia; políticas que no solo buscan proteger los derechos fundamentales de los usuarios, sino también fomentar una competencia sana en el sector privado de salud.

Sin embargo, el éxito de estas propuestas dependerá de la capacidad del Estado para diseñar un plan de implementación detallado y realista, que equilibre la protección de los derechos fundamentales con la sostenibilidad del sector privado. La participación activa de todos los actores involucrados, incluyendo empresas, usuarios y organismos reguladores, será esencial para garantizar resultados sostenibles y equitativos.

CONCLUSIONES

1. La investigación ha evidenciado que la falta de un marco normativo claro y efectivo para regular la integración vertical en el sector privado de salud en Perú constituye uno de los principales problemas que enfrenta el sistema de salud del país. La ausencia de regulación específica facilita prácticas anticompetitivas, como la concentración excesiva de mercado, que pone en riesgo la calidad de los servicios y el acceso equitativo de los usuarios a la atención médica. Este vacío normativo ha permitido que grandes conglomerados privados concentren el poder de mercado sin una supervisión adecuada, lo cual contradice los principios de libre competencia y pone en desventaja a los usuarios.
2. Se ha demostrado que la integración vertical sin regulación puede derivar en el abuso de posición de dominio por parte de las empresas más grandes del sector. La falta de controles eficientes permite que estas empresas monopolicen el acceso a ciertos servicios, limitando la competencia y, en muchos casos, alterando las condiciones de mercado a su favor. La investigación ha identificado que, sin un marco regulatorio claro, los usuarios terminan pagando precios más altos por servicios de salud de menor calidad, lo cual agrava las inequidades en el sistema.
3. La investigación también ha puesto de manifiesto que la falta de regulación adecuada afecta directamente los derechos fundamentales de los usuarios, especialmente el derecho a la salud. Al priorizar los intereses económicos de las grandes corporaciones sobre el bienestar público, se ha observado que los usuarios no siempre tienen acceso a servicios de salud de calidad. Este fenómeno es particularmente crítico en áreas de alto riesgo o en situaciones de emergencia, donde la integración vertical no siempre garantiza que los recursos se distribuyan equitativamente ni que los servicios estén disponibles de manera oportuna.
4. A través de la comparación con experiencias internacionales, como los casos de Colombia y Chile, se ha identificado que la intervención estatal en la regulación de la integración vertical puede ser efectiva para mitigar los riesgos mencionados. En estos países, la regulación clara y la supervisión activa por parte de los organismos estatales han permitido equilibrar la competencia y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad. Esto demuestra que, si bien el modelo peruano tiene desafíos significativos, existen ejemplos concretos de cómo una

regulación efectiva puede mejorar el funcionamiento del sector privado sin desincentivar la inversión.

5. Se concluye que para mitigar los riesgos identificados, es fundamental reformar la Ley 31112 para incluir la cuota de mercado como un criterio clave en la regulación de fusiones e integraciones verticales. Además, la implementación de auditorías regulares en las redes integradas del sector privado es esencial para garantizar la transparencia de los costos y la calidad de los servicios. Estas medidas ayudarían a prevenir la concentración empresarial excesiva y garantizarían que los usuarios tengan acceso a servicios médicos de calidad a precios razonables.
6. La investigación concluye que un marco regulatorio adecuado debe equilibrar la promoción de la competencia con la protección de los derechos fundamentales de los usuarios. Si bien la competencia es clave para la eficiencia del mercado, la salud no debe ser tratada como un producto más. Es necesario que el Estado desempeñe un rol activo en la regulación del mercado para garantizar que el derecho a la salud prevalezca sobre los intereses económicos privados.
7. Finalmente, las propuestas presentadas en la investigación, como la creación de un observatorio nacional de integración vertical y la promoción de la competencia a través de subvenciones a pequeños prestadores, son viables y pueden contribuir a una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, la implementación de estas medidas requiere un compromiso firme del Estado y la colaboración de los actores privados, así como un enfoque progresivo que considere las realidades del sector salud en Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agurto, A. (2023, Julio 6) Pacífico Salud: la estrategia de la aseguradora para llegar al segmento económico medio. Diario Gestión. <https://gestion.pe/economia/empresas/pacifico-salud-la-estrategia-de-la-aseguradora-para-llegar-al-segmento-economico-medio-noticia/>
- Alexy, R. (2003). A theory of constitutional rights. Oxford University Press.
- Alliende M, (2020) *El nuevo sistema de control de concentraciones empresariales en Perú a la luz de la experiencia chilena*. Themis Revista de Derecho
- Alvarado, C. (2021). Impacto de la integración vertical en la estructura del mercado de salud privado en el Perú. *Revista Peruana de Economía y Salud*, 18(2), 34-45.
- Alvarado, R. (2021). Modelos de integración vertical en el sector salud: experiencias en América Latina y aprendizajes para Perú. *Revista Peruana de Economía y Salud*, 12(3), 89-98.
- Arévalo, F., & Rodríguez, J. (2021). La integración vertical en el sector salud: Retos y oportunidades para la regulación en América Latina. *Revista de Derecho Sanitario*, 29(4), 135-151.
- Arroyo, C. (2017) *Los derechos fundamentales*. Fondo Editorial PUCP
- Baker, L. C., Bundorf, M. K., & Kessler, D. P. (2014). Vertical integration: Hospital ownership of physician practices is associated with higher prices and spending. *Health Affairs (Millwood)*, 33, 756-763. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1083>
- Beltrán, C., & Sotelo, C. (2018). *Integración vertical como modelo de negocio en empresas de salud privada en el Perú y su efecto en la calidad del servicio al paciente* [Pontificia Universidad Católica Del Perú]. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12100/Beltr%C3%A1n%20Lozano_Sotelo%20Zavaleta_Integraci%C3%B3n_vertical_modelo1.pdf?sequence=1
- Castaño Yepes, R (2004) Integración vertical entre empresas promotoras de salud. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud* (6) pp 35-51

- Comisión de Defensa de la Libre Competencia del Indecopi (2017) Abogacía de la competencia en el mercado del seguro regular de salud en el sector privado. Repositorio del Indecopi.
- Congreso de la República del Perú. (2010). Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas (Ley N° 29524). <https://www.gob.pe>
- Congreso de la República del Perú. (2010). Código de Protección y Defensa del Consumidor (Ley N° 29571). <https://www.gob.pe>
- Congreso de la República del Perú. (1997). Ley General de Salud (Ley N° 26842). <https://www.gob.pe>
- Espinoza, M., & Zárate, L. (2020). Competencia y acceso en sistemas de salud integrados verticalmente: Un análisis crítico del sector privado en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 155-170.
- Fernández, L. (2020). Desafíos de la competencia en el mercado de seguros de salud en Perú. Informe de la Superintendencia de Salud del Perú (Susalud).
- Figari H, Gómez H y Zúñiga M. (2005). Hacia una metodología para la definición del mercado relevante y la determinación de la existencia de posición de dominio. *Revista de la Competencia y la Propiedad Intelectual* (Vol 1), pp 153-187.
- Forero, Diana E.; Ramos, Juan C. (2015). La integración vertical en la cadena de abastecimiento de las instituciones de educación superior en Colombia. *Criterio Libre* 13 (22), 255-278
ISSN 1900-0642. <file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-LaIntegracionVerticalEnLaCadenaDeAbastecimientoDeL-6675965.pdf>
- Gaitán, R., & Mejía, J. (2020). Regulación de la integración vertical en el sistema de salud colombiano: Avances y desafíos. *Revista Economía y Sociedad*, 25(2), 58-73.
- Guzmán, A., & Rojas, C. (2021). La integración vertical en el sector salud chileno: Análisis de sus impactos en la competencia. *Revista de Derecho Sanitario*, 15(3), 78-95.
<https://neuroeconomix.com/es/que-sabemos-de-la-integracion-vertical-en-salud-quienes-como-y-que-efectos-han-tenido-los-procesos-de-integracion-vertical-en-salud/>

- <https://ojo-publico.com/3225/los-ocho-grupos-economicos-detras-del-negocio-la-salud>
- <https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/eidea/article/view/8>
- <https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/publicaciones/situacion-actual-del-mercado-de-salud-peruano-informe.pdf>
- https://www.munizlaw.com/assets/pdf/ABC_sobre_control_de_M%5E0A_16092021.pdf
- Huerta J., Gómez P. Impacto de la integración vertical en la accesibilidad a servicios médicos en economías emergentes. *Salud y Negocios*. 2020; 15(1): 45-57.
- Indecopi. Guía para la evaluación de conductas anticompetitivas en mercados concentrados. Lima: Indecopi; 2023.
- INEI. (2022). Indicadores de acceso y calidad en el sector salud peruano.
- Johnson, P., & Brown, R. (2020). Vertical integration in healthcare: Risks and benefits in the US system. *Health Policy Review*, 33(2), 120-140.
- Jumpa-Armas, David. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(3), 75-80. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>
- Jungmann D, Peña B, Stucchi P y Ballón F. (2021) El ABC de la Ley que establece el control previo de operaciones de concentración empresarial. Recuperado en:
- Khullar D, Casalino LP, Bond AM. Vertical Integration and the Transformation of American Medicine. *N Engl J Med*. 2024 Mar 14;390(11):965-967. doi: 10.1056/NEJMp2313406. Epub 2024 Mar 9. PMID: 38466611.
- Luna Cárdenas, J. (Enero 18, 2023) Carta No. 18-2023/GG/ COMEXPERU dirigida al Presidente de la Comisión de Constitución y Reglamento, Hernando García Campos. En: https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/proyectos-de-ley/Carta_Constitucion_Integracion_vertical_salud_Ene2023.pdf
- López, A., & Cáceres, J. (2018). Equidad y aseguramiento universal: desafíos en la implementación en sistemas fragmentados. *Salud y Sociedad*, 11(2), 89-103.

Manual para la aplicación del AIR Ex Ante aprobado mediante Resolución Ministerial No. 151-2021-PCM de fecha 15 de julio de 2021

Martínez, Á., & Díaz, C. (2018). Impacto de la integración vertical en los sistemas de salud en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 345-356.

Martínez, R., & Gómez, S. (2022). La regulación del sector salud en Perú: Un análisis comparado con Chile y Colombia. *Revista Peruana de Derecho Público*, 12(1), 201-220.

Montes K, (2022) Cuantificación de impactos regulatorios ex ante y ex post.

Motta, M. (2004). *Competition policy: Theory and practice*. Cambridge University Press.

Noda Yamada, C. (2006). La relación entre las prohibiciones del abuso de posición dominante y de las restricciones verticales. *Derecho PUCP*, (59), 297-311.
<https://doi.org/10.18800/derechopucp.200601.014>

OECD. (2020). *Abuse of Dominance in Healthcare Markets*. OECD Policy Notes.

Pérez, M., & Ramos, L. (2021). Competencia y regulación en mercados de seguros de salud: Un análisis en América Latina. *Journal of Economic Studies*, 29(4), 601-618.
<https://doi.org/10.1080/00036846.2021.1872358>

Petersen J., Smith R., Taylor C. The economic implications of vertical integration in healthcare. *Health Economics Review*. 2020;10(3):45-59. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01192-8>

Restrepo, J., García, P., & López, R. Agentes clave en la integración vertical: Un enfoque en sistemas de salud. *Journal of Health Management*. 2019; 27(4):315-328.
<https://doi.org/10.1177/0972063419876543>

Rivas, P. (2019). Efectos de la integración vertical en el sistema de salud privado chileno. *Revista Chilena de Derecho Económico*, 12(1), 78-94.

Rodríguez, C., & García, L. (2022). Efectos de la integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de Políticas Públicas*, 10(2), 112-129.

- Salazar, P., & Montes, R. (2021). Impactos económicos y sociales de la integración vertical en mercados de salud privados. *Economía y Salud*, 29(1), 45-63.
- Stigler G. The Theory of Price. Macmillan; 1951.
- SUSALUD. (2022). *Informe sobre la estructura del mercado de salud privado en Perú*.
- Tamayo, M. P., & Piñeros, J. D. (2007). Formas de integración de las empresas. *Ecos de Economía*, 11(24), 27-45. Tarzuján M., J. (2013). *Fundamentos de estrategia empresarial* (4th ed.). Ediciones UC. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt15hvv15>
- Vargas, E. (2015). La calidad como eje transversal en la regulación de servicios de salud: retos y perspectivas. *Revista Peruana de Salud Pública*, 7(4), 234-248.
- Vera Loor, R. Y., Cortez Bailón, F. M., & Ibarra Carrera, O. S. (2019). La integración vertical como estrategia empresarial. *E-IDEA Journal of Business Sciences*, 1(2), 35-42. En:
- Villanueva, C. (2019). Supervisión en sistemas de salud integrados: Lecciones para el Perú. *Políticas en Salud Pública*, 15(2), 112-128.
- Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Free Press.
- Zuñiga Fernández, T. (2018) El control de concentraciones empresariales en el Perú: Fundamentos para su regulación *Ius Et Veritas* (56) p. 222-225