



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI



INFORME N° 115 -2013/DPC-INDECOPI

A : **Hebert Tassano Velaochaga**
Presidente del Consejo Directivo

DE : **Anahi Chávez Ruesta**
Directora
Dirección de la Autoridad Nacional de Protección del Consumidor

Erickson Molina Pradel
Secretario Técnico
Comisión de Protección al Consumidor N° 1

ASUNTO : **Proyecto de Ley N° 2735/2013-CR, Proyecto de Ley General del Paciente**

REFERENCIA : Oficio N° 373-2013-2014-CSP/CR

FECHA : 10 de enero de 2014

I. ANTECEDENTES

1. Mediante el Oficio de la referencia, el Presidente de la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República, solicitó a la Presidencia del Consejo Directivo del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI que emitiera opinión sobre el Proyecto de Ley N° 2735/2013-CR, "Ley General del Paciente".
2. En ese sentido, la Presidencia del Consejo Directivo del INDECOPI solicitó a la Dirección de la Autoridad Nacional de Protección del Consumidor y a la Comisión de Protección del Consumidor N° 1, emitir un informe conjunto al respecto.

II. ANÁLISIS

3. El Proyecto de Ley propone regular diversos aspectos de la relación médico-paciente: (i) la sistematización de los derechos y deberes de los pacientes de servicios de salud, estableciendo además los principios que rigen la relación existente entre los profesionales de la salud encargados de brindar dicho servicio y los pacientes receptores del mismo; (ii) la implementación de una oficina de defensoría del paciente en en las instituciones privadas de prestaciones de salud y servicios complementarios; (iii) crea la obligación de las entidades privadas prestadoras de servicios de salud y servicios complementarios a contar con un fondo indemnizatorio por mala praxis médica; (iv) el procedimiento relativo a la emisión del informe de alta hospitalaria y el tiempo de atención para consultas ambulatorias e intervenciones quirúrgicas; y, (vi) encarga al Indecopi el garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el Proyecto.





PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

4. De la revisión de la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley se aprecia que tiene por finalidad lo siguiente: (i) equilibrar la relación médico-paciente, reconociendo que tradicionalmente dicha relación ha tenido un esquema vertical donde el médico se encuentra en una situación de ventaja o preeminencia respecto al paciente, habida cuenta de la posesión y acceso a la información que ostenta aquel, produciendo una situación de asimetría informativa; y, (ii) el mejoramiento de la atención al paciente en los establecimientos de salud del país¹.
 - a) **Sobre la sistematización de los derechos y deberes de los pacientes de servicios de salud y el establecimiento de los principios que rigen la relación existente entre los profesionales de la salud encargados de brindar dicho servicio y los pacientes.**
5. En principio, resulta positiva toda iniciativa dirigida a dotar a todos los pacientes de un marco legal en el que puedan encontrarse sintetizados los derechos que les asisten en su especial relación con los profesionales de la salud y con las instituciones que brindan dichos servicios, tanto en el momento fisiológico de su relación, como ante la ocurrencia de daños derivados del accionar de dichos prestadores (momento patológico), estableciendo además los principios básicos que rigen dicha relación. En tanto el Proyecto se encuentra dirigido a dicho fin, nos encontramos de acuerdo con este tipo de iniciativas, debiéndose, sin embargo, efectuar las consultas correspondientes al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud –SUNASA, a efectos de que sean estas entidades las que puedan emitir opinión técnica sobre la viabilidad de la propuesta y sobre los criterios técnicos que contiene.
6. Sin perjuicio de ello, resulta pertinente indicar que en el análisis de los aspectos de nuestra competencia en materia de protección al consumidor², hemos podido

¹ En la exposición de motivos del Proyecto de Ley N° 2735/2013-CR se señala que dicha propuesta normativa reconoce que *“La relación médico- paciente ha pasado de ser una relación vertical a convertirse en una relación horizontal, pero ésta aún es incipiente en países como el nuestro (...). El perfil del paciente de hoy es la de un paciente que pregunta, cuestiona, escucha diagnósticos de diversos especialistas y toma decisiones respecto de lo más conveniente a su salud. Sin embargo, no siempre el perfil del paciente encuentra correspondencia con el perfil del profesional de la salud, en la medida que en el Perú la relación médico- paciente es aún una relación vertical”*.

Asimismo, en dicha Exposición de Motivos se ha indicado que *“La problemática de la salud pública en el país tiene muchos factores. Un factor medular es el relacionado a la atención al paciente. No es raro acudir a una entidad prestadora de servicios de salud pública y tener una atención deficiente, de hecho el 51% de la población considera que la reforma del sistema de salud debe empezar por el equipamiento de hospitales y postas médicas; un 33% exige profesionales en la salud debidamente capacitados y un considerable 30% reclama por la obtención de medicamentos de calidad y a precios accesibles”*.

² El Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-Indecopi, establece en su artículo 27° lo siguiente:

“Corresponde a la Comisión de Protección al Consumidor velar por el cumplimiento de la Ley de Protección al Consumidor y de las leyes que, en general, protegen a los consumidores de la falta de idoneidad de los bienes y servicios en función de la información brindada, de las omisiones de información y de la discriminación en el consumo, así como de aquellas que complementen o sustituyan a las anteriores”.

Cabe precisar, sin embargo, que con fecha 6 de diciembre de 2013, se publicó en el Diario Oficial El Peruano, el Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, norma que transfiere las citadas competencias del Indecopi sobre protección de los derechos de los usuarios en su relación de consumo de los servicios de salud, a favor de dicha Superintendencia, razón por la cual el Indecopi mantendrá estas competencias mientras se concrete el procedimiento de transferencia, según lo dispuesto por dicho dispositivo legal.





PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

identificar algunos puntos de la norma que podrían resultar confusos, contradictorios o no ajustados al marco legal vigente y que por ello ameritaría que puedan ser reformulados; los cuales procedemos a desarrollar:

7. El artículo 3° "*Alcances de la presente ley*" precisa que se encuentran dentro del marco de la norma propuesta "(...) *los pacientes que se atienden en las entidades prestadoras de servicios de salud sean estas públicas o privadas (...)*"; sin embargo, el propio texto del Proyecto, en el literal f) del artículo 4°, hace referencia a "*los establecimientos de salud pública o privados [sic] (...)*". Como puede apreciarse, en el Proyecto de Ley se hace mención de manera indistinta a las entidades prestadoras de servicios de salud y a los establecimientos de salud, pese a tratarse de dos conceptos claramente distinguidos por nuestra legislación vigente.
8. Así, la figura de la *Entidad Prestadora de Salud (EPS)*, fue creada por Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y hace referencia a aquellas empresas e instituciones públicas o privadas que, reguladas por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud- SUNASA, tienen como único fin el prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles que indica la cita normativa³. En ese sentido, cabe considerar que los agentes EPS que operan en el mercado peruano se constituyen en un tipo de proveedor de servicios de salud, concurriendo en el mercado con las clínicas particulares que no forman parte de la red de establecimientos de salud afiliados a una EPS.
9. Sin embargo, del texto íntegro del Proyecto puede apreciarse que la intención del legislador no es restringir la aplicación de la norma a las EPS sino que resulte aplicable a cualquier establecimiento de salud, sea este público o privado, en tanto que lo que se busca es establecer los derechos del paciente en general y no únicamente los derechos del paciente de una EPS. En ese sentido, , la segunda disposición complementaria y final de la norma propone derogar el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispositivo que es de aplicación a todos los establecimientos de salud y no solo a las EPS, razón por la cual su derogación lisa y llana, sin tener en cuenta lo que se acaba de exponer , podría llevar al contrasentido de estar restringiendo los derechos de la generalidad de pacientes, , lo que no resultaría aceptable.
10. Teniendo en cuenta ello, sería recomendable que en el Proyecto de Ley se uniformice la nomenclatura con la que se identifica a los proveedores de los servicios de salud, sujetos regulados por dicha norma, proponiéndose para dicho fin la utilización del término *establecimientos de salud*, puesto que a través de este se estaría incluyendo a todos los prestadores de este tipo de servicios, sean públicos o privados.

³ Dichas empresas se encuentran debidamente inscritas en un registro especial administrado por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), previa calificación y verificación de los requisitos que dicha entidad, en tanto órgano adscrito al Ministerio de Salud, ha establecido para poder operar en el mercado peruano con dicha calidad. Actualmente en el país los agentes del Sistema EPS son los siguientes: MAPFRE, LA POSITIVA SANITAS, RIMAC y PACÍFICO.





PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPÍ

11. De otro lado, el artículo 2° del Proyecto establece las siguientes definiciones: "*paciente activo*", "*paciente solidario*" y "*paciente potencial*". Sobre el particular podemos indicar que la nomenclatura utilizada es perfectible teniendo en cuenta que el término paciente importa necesariamente una condición intrínseca o característica que está constituida por el padecimiento de una dolencia o enfermedad. En consecuencia, el reconocimiento de otros tipos de pacientes cuya situación de salud no está marcada por dicha característica, como podría ser la persona que acompaña al enfermo a un establecimiento de salud o el trabajador que realiza un oficio riesgoso pero que no presenta cierta patología, implicaría igualar situaciones o condiciones que no tienen elementos comunes, generando confusión para los operadores del derecho y para los propios sujetos a los que alcanza la norma.
12. Por ejemplo, en el caso de "*paciente potencial*", la propia Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos de los pacientes, a la que se hace referencia en la exposición de motivos, precisa en su literal e) del artículo 1° "*Derecho a la atención médica de buena calidad*" que, "*cuando se deba elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento que sea limitado, todos los pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento*" (el subrayado es nuestro), disposición que incorpora en la categoría de paciente la condición de enfermedad antes indicada.
13. Así, del texto del propio Proyecto se aprecia que dichas definiciones resultan confusas para su entendimiento. Por ejemplo, en el artículo 9° referido al "*informe de alta y otra documentación clínica*" se precisó: "*El paciente, familiar o el paciente solidario de ser el caso tiene el derecho a recibir de la entidad (...)*" (el subrayado es nuestro), diferenciando "familiar" de "paciente solidario", cuando ya en el artículo 2° se ha definido al "paciente solidario" como "*(...) el familiar y/o persona designada por el paciente activo (...)*".
14. Asimismo, en el artículo 5° del Proyecto se regula los derechos de los pacientes, dentro de los cuales se encuentra el contenido en el literal c), que establece que los pacientes tienen derecho a recibir atención médica en caso de *urgencia* sin expresión de causa alguna. Sobre el particular cabe señalar que la normativa actual, recogida en el artículo 15° de la Ley General de Salud, regula este derecho para los casos de atención de *emergencia*, por lo que dicha variación deberá ser evaluada por los sectores pertinentes a efectos de establecer su viabilidad, en tanto podría representar una ampliación de la protección actualmente brindada, la normativa actual del sector salud referida a los servicios de emergencia⁴ establece una graduación del compromiso del estado de salud del paciente, señalando diversas prioridades de atención médica.

b) Sobre la implementación de una oficina de defensoría del paciente en en las instituciones privadas de prestaciones de salud y servicios complementarios

En ese sentido, la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", aprobado por Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, de fecha 20 de abril de 2006, establece en su numeral 5 hasta cuatro grados de prioridad en los servicios de emergencia, disponiendo además el área del servicio de emergencia en que debe ser atendido el paciente atendiendo a la categorización de su cuadro de salud conforme a las prioridades que en dicha norma se indica.





PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

15. A este respecto, el artículo 7° del Proyecto, propone la creación de una oficina defensorial del paciente en las instituciones privadas de prestación de salud y servicios complementarios del país.
16. Ante ello, cabe precisar que si bien el artículo 3° de la norma propuesta incide en que su ámbito de aplicación abarca a los pacientes que se atienden en entidades prestadoras de servicios de salud sean estas públicas o privadas (entendemos que quisieron establecer como ámbito de aplicación a todos los establecimientos de salud públicos o privados), el citado artículo 7° restringe la obligación de contar con oficinas defensoriales del paciente únicamente a los establecimientos de salud privados, no proponiendo medida similar a favor de los pacientes de establecimientos de salud públicos.
17. De otro lado, no se establece la función que cumplirán dichas oficinas así como el carácter con el que contarán sus posibles pronunciamientos y si los mismos resultan vía previa para iniciar los procedimientos administrativos sancionadores que pudieran corresponder. De establecerse que la función de dichas oficinas será la atención de reclamos efectuados por los pacientes, corresponde recordar que en la actualidad todo proveedor de servicios de salud cuenta con la obligación de recepcionar y dar respuesta a los reclamos efectuados por los consumidores,⁵ siendo que en caso de incumplimiento de dicha obligación cabe la posibilidad de ser sancionados administrativamente, siendo el Indecopi y el Ministerio de Salud, según corresponda, las entidades con atribuciones para atribuir dichas responsabilidades.
18. Asimismo, respecto a este punto cabe indicar que si bien en el artículo bajo comentario se precisa que el personal que labore en las oficinas de la defensoría del paciente deberá gozar de autonomía respecto a los establecimientos de salud, indica también que este personal sería contratado por los propios establecimientos de salud, lo que evidentemente dificultaría su labor defensorial, en tanto no se establece mecanismos idóneos para garantizar dicha autonomía. Así por ejemplo, podrían establecerse mecanismos por los cuales el personal encargado de dicha labor es nombrado por un órgano supervisor a cuya planilla pertenecen o que perteneciendo a la planilla del establecimiento de salud responden jerárquicamente a la entidad supervisora. Lo expuesto guarda sentido, en tanto en toda relación de naturaleza laboral está presente el elemento de la subordinación por parte del trabajador ante el empleador, así como que el empleador cuenta con facultades como las de dirección y disciplinarias, características que impiden el ejercicio autónomo de las funciones que el Proyecto pretende encomendar al personal de las oficinas de defensoría del paciente.
19. Teniendo en cuenta lo expuesto, si bien resulta positivo el establecimiento o implementación de mecanismos de defensa de los pacientes en los propios establecimientos de salud, no nos encontramos de acuerdo con la propuesta en sus



⁵ Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor promulgado el 1 de septiembre del 2010 y vigente desde el 2 de octubre del 2010, establece en su artículo 24° la obligación que tienen los proveedores de atender los reclamos presentados por los usuarios de sus servicios, estableciendo para tal fin el plazo de 30 días contados a partir de la fecha de presentación del reclamo. El incumplimiento de tal disposición normativa constituye infracción administrativa que puede ser denunciada por el interesado ante la oficina competente del Indecopi.



PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

términos actuales, por cuanto no permitiría brindar una adecuada defensa del consumidor.

c) Sobre crear la obligación de las entidades privadas prestadoras de servicios de salud y servicios complementarios a contar con un fondo indemnizatorio por mala praxis médica

20. El artículo 8º del Proyecto establece la creación de un fondo para el pago de indemnizaciones derivadas de sentencias judiciales de responsabilidad civil extracontractual a favor de los pacientes víctimas de mala praxis, precisando que el mismo representará un 3% de la utilidad distribuible de cada ejercicio, deducido el impuesto a la renta.
21. En principio, cualquier iniciativa destinada a establecer fondos que permitan el cumplimiento inmediato de mandatos judiciales de indemnización resultan positivos en tanto se asegura la existencia de recursos suficientes a ser afectados por un mandato judicial en beneficio de los pacientes víctimas de mala praxis. Sin embargo para establecer si su implementación resulta beneficiosa para los consumidores es necesario valorar diversos aspectos, entre ellos los relacionados con la fijación de la cuantía del fondo. Así deberá analizarse si el porcentaje de la utilidad distribuible obtenida por los proveedores de servicios de salud obligados a contar con dicho fondo resulta suficiente para afrontar las obligaciones a las que se encuentra destinado el fondo. En tal sentido, para la fijación de dicho fondo debería tenerse en cuenta por ejemplo datos estadísticos sobre la cantidad de pacientes afectados con tratamientos o intervenciones quirúrgicas en donde se haya incurrido en mala praxis; cantidad de sentencias condenatorias por estos hechos en cierto período de tiempo; los montos indemnizatorios otorgados por los órganos jurisdiccionales que conocieron estos casos; etc. La obtención de esta información permitirá establecer de manera acertada y realista el porcentaje de los recursos que se deben aportar a este fondo.
22. Asimismo, el Proyecto debe evaluar si la creación de dicho fondo incidiría en el incremento del costo de los servicios médicos y cómo redundaría en el acceso por parte del público usuario a estos. En ese sentido, tal como está redactado el proyecto, no se puede conocer si el fondo de riesgos que se busca constituir permitiría indemnizar de manera adecuada a los pacientes afectados.
23. De otro lado, cabe hacer notar que el Proyecto ha precisado que el fondo responderá por los pagos que por concepto de indemnizaciones se deriven de sentencias judiciales por responsabilidad civil extracontractual. Ante ello, debe precisarse que nuestra jurisprudencia judicial ha sido dispar en el establecimiento de la naturaleza jurídica de la responsabilidad civil médica, aplicándose indistintamente normativa propia de la responsabilidad contractual y de la responsabilidad *aquilliana*. Por otro lado, la doctrina nacional ha establecido que "Se debe tener en cuenta que más importante que el origen del daño, es la manera de repararlo: en ambas situaciones se ha lesionado una situación jurídica preexistente, la única diferencia es que en una medió una obligación previa y en el otro no. No debería afirmarse de manera excluyente, que en una hipótesis se ha conculcado un deber genérico y en la otra un deber específico, porque en ambas están presentes deberes genéricos y específicos. En mi opinión, el problema no se encuentra en





PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

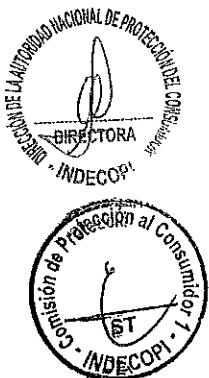
*aplicar tal o cual régimen de responsabilidad que, en buena cuenta, se centra en juzgar maniqueístamente la conducta del agente dañoso, sino en proporcionar a la víctima un medio jurídico eficaz para reparar adecuadamente el daño ocasionado*⁶.

24. Así, conscientes del debate existente sobre la naturaleza jurídica de esta responsabilidad, la doctrina actual tiende a una unificación de su tratamiento o cúmulo de la regulación de ambos tipos de responsabilidad. Siendo esta la situación actual de la responsabilidad civil médica, no consideramos adecuado proponer un fondo que responda por las indemnizaciones ordenadas por el Poder Judicial, restringiendo las mismas a las que podrían resultar de la aplicación de reglas de responsabilidad civil extracontractual y no a las que resulten de aplicación de reglas de responsabilidad civil contractual.

d) Sobre el procedimiento relativo a la emisión del informe de alta hospitalaria y el tiempo de atención para consultas ambulatorias e intervenciones quirúrgicas

25. Respecto al artículo 10º, que regula el alta médica del paciente, se propone incorporar la figura del *alta forzosa*, la que se dispondría si es que el paciente o sus familiares no aceptaran suscribir el documento de *alta voluntaria*. Sin embargo, no queda claro exactamente en qué consistiría dicha *alta forzosa* o en todo caso el mecanismo para su disposición, si se tiene en cuenta que en ambos casos, alta voluntaria y forzosa, se requiere del consentimiento del paciente o familiares. El necesario consentimiento del paciente o familiares se hace manifiesto por lo dispuesto en el numeral 2 de este artículo, donde se establece que en caso el paciente o sus familiares no aceptaran el alta (se entiende el alta forzosa en la medida que esta se dispondría luego de la negativa a firmar el alta voluntaria), será el juez quien decide confirmar o revocar la decisión. Si es que en ambos casos, alta voluntaria o forzosa, no existe mayor diferencia, se podría plantear que en caso de negativa a firmar el alta voluntaria, sea el juez quien tome la decisión que corresponda.
26. Con respecto a los artículos 11º y 12º del proyecto, que establecen la obligación para los establecimientos de salud públicos de atender a los pacientes en un plazo máximo de tres días contado a partir de otorgada la cita médica; y, de intervenir quirúrgicamente al paciente que lo requiera antes del tercer día de realizados los exámenes médicos que conforman el riesgo quirúrgico, respectivamente, consideramos que dicha propuesta deberá ser evaluada por el Ministerio de Salud, quien opinará sobre la viabilidad del proyecto teniendo en cuenta la cantidad de pacientes que se atienden en los establecimientos de salud públicos, así como la capacidad estructural y funcional de dichos establecimientos, limitaciones de personal disponible, de infraestructura, de equipos médicos, entre otros que consideren pertinentes.

e) Sobre establecer que el Indecopi es el encargado de garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el Proyecto.



⁶ ESPINOZA ESPINOZA, Juan. Derecho de la responsabilidad civil. 6ª edición, Editorial Rhodas, 2011, p. 55.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

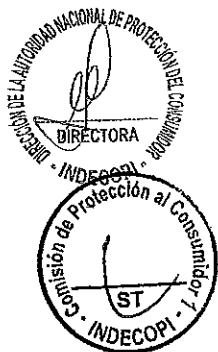
INDECOPI

27. Finalmente, la tercera disposición complementaria y final del Proyecto, encarga al Indecopi el garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el mismo.
28. Ante ello debemos precisar que, el Decreto Legislativo 1033 -Ley de Organización y Funciones del INDECOPI -en su artículo 1º señala que el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI es un organismo público especializado con personería jurídica de derecho público interno, que goza de autonomía funcional, técnica, económica, presupuestal y administrativa. Se encuentra adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros y rige su funcionamiento de acuerdo con las disposiciones contenidas en la citada norma y en sus normas complementarias y reglamentarias.
29. Asimismo, el artículo 2º de Decreto Legislativo 1033 –precisa cuáles son sus funciones, señalando expresamente las siguientes:

- a) *Vigilar la libre iniciativa privada y la libertad de empresa mediante el control posterior y eliminación de las barreras burocráticas ilegales e irracionales que afectan a los ciudadanos y empresas, así como velar por el cumplimiento de las normas y principios de simplificación administrativa;*
- b) *Defender la libre y leal competencia, sancionando las conductas anticompetitivas y desleales y procurando que en los mercados exista una competencia efectiva;*
- c) *Corregir las distorsiones en el mercado provocadas por el daño derivado de prácticas de dumping y subsidios;*
- d) *Proteger los derechos de los consumidores, vigilando que la información en los mercados sea correcta, asegurando la idoneidad de los bienes y servicios en función de la información brindada y evitando la discriminación en las relaciones de consumo;*
- e) *Vigilar el proceso de facilitación del comercio exterior mediante la eliminación de barreras comerciales no arancelarias conforme a la legislación de la materia;*
- f) *Proteger el crédito mediante la conducción de un sistema concursal que reduzca costos de transacción y promueva la asignación eficiente de los recursos;*
- g) *Establecer las políticas de normalización, acreditación y metrología;*
- h) *Administrar el sistema de otorgamiento y protección de los derechos de propiedad intelectual en todas sus manifestaciones, en sede administrativa, conforme a lo previsto en la presente Ley; y,*
- i) *Garantizar otros derechos y principios rectores cuya vigilancia se le asigne, de conformidad con la legislación vigente.*

30. Conforme se desprende del párrafo precedente, el cumplimiento de las funciones del INDECOPI –en su condición de agencia de competencia– se dirige a la protección de los derechos de los consumidores, la vigilancia del ejercicio del derecho a la libertad de empresa, la defensa de la libre y leal competencia y la protección de los derechos de propiedad intelectual en todas sus manifestaciones.

31. Es en ese sentido que podemos afirmar que el Indecopi resultaría competente para tomar conocimiento de posibles afectaciones a los derechos de los consumidores derivados de la infracción a las obligaciones establecidas en la norma propuesta; no siendo competente para vigilar la implementación ni monitorear *ex ante* la correcta ejecución de dicha norma en los establecimientos de salud, debiendo corresponder





PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

dicha función a las autoridades sectoriales ya sea el Ministerio de Salud o SUNASA, según corresponda.

32. Adicionalmente, en relación a los establecimientos de salud públicos, la falta de competencia del Indecopi es aún más evidente en tanto prestan servicios de carácter asistencial, es decir, brindados de manera obligatoria por el Estado con la finalidad de garantizar el acceso a la salud pública, y no como un agente económico en el mercado. Así lo ha sostenido la Sala de Defensa de la Competencia del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual del Indecopi en la Resolución N° 1684-2008/TDC-INDECOPI precisó:

"21. Así, la aplicación del Decreto Legislativo 716 requiere diferenciar, en cada caso, la naturaleza de las prestaciones comprometidas pues existen servicios que el Estado está obligado a brindar para garantizar el acceso a la salud pública, la educación, la precisión social con miras a garantizar niveles mínimos de bienestar social y por las que no percibe una contraprestación ajustada a un valor de mercado. En todos estos casos se está frente a servicios sociales o asistenciales en los que no resulta aplicable el Decreto Legislativo 716, por cuanto tales servicios no los presta el Estado como un agente económico del mercado. Debe aclararse que la condición en que el Estado presta estos servicios no varía por la apreciación que los consumidores poseen sobre los mismos, resultando por ello irrelevante que no se diferencien materialmente de aquellos que podrían ser prestados por los agentes económicos pues estos si operan en el mercado y acceden libremente a él para desarrollar sus actividades en condiciones de competencia, situación que no se da en el caso del Estado"

33. Por lo expuesto, no nos encontramos de acuerdo con este punto del Proyecto materia de informe.

III. CONCLUSIONES

- (i) Nos encontramos de acuerdo con la formulación de una normativa que sistematice los derechos que asisten a los pacientes en su especial relación con los profesionales de salud y con las instituciones que brindan dichos servicios, tanto en el momento fisiológico de su relación, como ante la ocurrencia de daños derivados del accionar de dichos prestadores (momento patológico), estableciendo además los principios básicos que rigen dicha relación; sin embargo resulta necesario que esta parte del Proyecto sea sometida a consulta del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud –SUNASA, a efectos de que sean estas entidades las que puedan emitir opinión técnica sobre la viabilidad de la propuesta y sobre los criterios técnicos del sector salud que contiene.
- (ii) De modo general resultan positivas iniciativas como la del Proyecto de Ley N° 2735/2013-CR en cuanto propone la creación de oficinas defensoriales de los pacientes en los propios establecimientos de salud, sin embargo no nos encontramos de acuerdo con los términos en los que la presente propuesta legislativa ha planteado dicha iniciativa, de acuerdo a los criterios expuestos en la parte pertinente del presente Informe.





PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

- (iii) El establecimiento de un fondo indemnizatorio para los casos de mala praxis médica resulta positivo; sin embargo su establecimiento deberá responder a criterios técnicos que puedan determinar su suficiencia y que no represente un incremento en el costo de los servicios médicos ofrecidos que eventualmente limite el acceso a los consumidores.
- (iv) El proyecto propone un procedimiento relativo a la emisión del informe de alta hospitalaria; así como establece un tiempo de atención para consultas ambulatorias e intervenciones quirúrgicas. Ambos aspectos deberán ser evaluados por las autoridades sectoriales competentes, a fin de que con criterios técnicos propios de su especialidad puedan determinar la viabilidad de la norma bajo comentario.
- (v) Finalmente el Indecopi no resulta competente para encargarse de garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en la norma, sin perjuicio que de acuerdo a sus competencias pueda perseguir y sancionar las posibles infracciones que contra los derechos de los consumidores se originen en el incumplimiento del contenido del Proyecto, en tanto dicho incumplimiento sea imputable a proveedores que actúen como agentes económicos en el mercado y no deriven de servicios asistenciales brindados por el Estado

Atentamente,



ANAHÍ CHÁVEZ RUESTA
Directora
Dirección de la Autoridad Nacional de
Protección del Consumidor



ERICKSON MOLINA PRADEL
Secretario Técnico
Comisión de Protección al
Consumidor N° 1

ACR/msc
EMP/jp/jm