

PREDICTAMEN DEL PROYECTO DE LEY 13951/2025
ESTABLECE LA LIBRE ELECCIÓN DE PRESTADORES DE SALUD, INCLUYENDO EPS,
MEDIANTE UN BONO DE ATENCIÓN FINANCIADO POR ESSALUD

Proyecto de Ley N° 13951/2025-CR, Ley que garantiza la libre elección del prestador de salud para los asegurados del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

El Proyecto de Ley N.º 13951/2025-CR propone reconocer el derecho de los asegurados regulares de EsSalud, tanto del sector público como privado, a elegir libremente entre atenderse en la red propia del Seguro Social de Salud o en prestadores privados autorizados, como EPS, clínicas, consultorios y profesionales de salud registrados. Para ello, plantea que esta decisión sea individual y personalísima, sin requerir contrato previo, acuerdo colectivo ni intervención del empleador.

En ese marco, el proyecto introduce el denominado “Bono de Atención de EsSalud”, concebido como un mecanismo mediante el cual el financiamiento seguiría al asegurado. Así, el valor del bono sería transferido directamente al prestador privado elegido para cubrir una atención específica. Asimismo, se establece un sistema de copago en caso el costo del servicio supere el valor del bono, y se dispone la creación de un Registro de Prestadores de Salud con EsSalud.

Desde esta perspectiva, si bien la iniciativa busca ampliar las alternativas de atención y mejorar el acceso oportuno a servicios de salud, ello no implica necesariamente que el mecanismo propuesto sea el más adecuado para alcanzar dicho objetivo. Más aún, tratándose de un sistema de seguridad social financiado principalmente mediante aportes obligatorios a cargo de los empleadores, cualquier modificación en su diseño debe evaluarse considerando sus efectos en la sostenibilidad financiera, la eficiencia del gasto y la lógica de aseguramiento que lo sustenta.

En primer lugar, el “Bono de Atención de EsSalud” presenta una debilidad central: no parte de una valorización clara de las prestaciones en función de los costos reales del mercado. Este aspecto es clave, ya que el funcionamiento del mecanismo depende de contar con referencias técnicas sobre cuánto cuesta cada tipo de atención en el sector privado y qué proporción de ese costo sería cubierta por el bono. Si este se fija por debajo del valor real, el asegurado tendría que asumir copagos elevados, limitando el acceso a quienes puedan cubrir la diferencia. Por el contrario, si supera el costo actual de producción del servicio en EsSalud (que no incluye un factor de rentabilidad como si sucede en el sector privado) y se aproxima al valor de mercado sin un sustento financiero adecuado, podría generar presiones adicionales sobre los recursos del sistema, que ya están desfinanciados.

Esta preocupación no es meramente teórica. Durante la pandemia, la articulación entre EsSalud, el SIS y las clínicas privadas evidenció dificultades incluso cuando existían convenios y tarifas previamente acordadas. Surgieron controversias sobre el costo real de las prestaciones, la suficiencia de los montos reconocidos y la oportunidad de los pagos. Esta experiencia demuestra que la participación del sector privado en la provisión de servicios

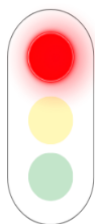
financiados con recursos públicos requiere reglas claras, criterios objetivos de valorización y mecanismos de pago sostenibles.

En segundo lugar, la propuesta traslada la decisión de atención al ámbito individual, lo que puede afectar la lógica propia de la seguridad social en salud. Este tipo de sistemas se basa en una gestión colectiva del riesgo, donde los aportes de un conjunto amplio de empleadores financian las prestaciones de quienes las necesitan. El bono por prestación introduce una dinámica más transaccional, en la que cada asegurado decide de manera aislada dónde atenderse, lo que dificulta la planificación de la demanda, la organización de la oferta y el control del gasto.

En tercer lugar, el proyecto no desarrolla con suficiente detalle cómo se financiaría la participación del sector privado ni qué incentivos generaría en el sistema. Bajo el esquema planteado, EsSalud continuaría asumiendo el financiamiento de atenciones brindadas fuera de su red, sin establecer con claridad límites de gasto, mecanismos de control o criterios de sostenibilidad. Además, actualmente algunas empresas ya financian esquemas complementarios, como las EPS, además del aporte obligatorio a EsSalud, pero el proyecto no explica cómo se articularía este nuevo bono con dichos mecanismos existentes.

En cuarto lugar, la propuesta no evalúa de manera suficiente la capacidad del sector privado para absorber una mayor demanda de atenciones en todos los niveles de complejidad. La atención en salud no se limita a consultas o procedimientos simples, sino que incluye emergencias, tratamientos prolongados y servicios de alto costo. Sin una evaluación clara de esta capacidad, existe el riesgo de que los prestadores privados se concentren en atenciones más rentables o de menor complejidad, o incluso que terminen sobrepasados por la demanda y eso introduzca mayores riesgos de calidad en el sistema, o que se introduzcan aún más distorsiones pues EsSalud continuaría asumiendo los casos más complejos y costosos, pero con menos recursos que se trasladarían hacia el pago de capa simple.

En este contexto, si bien el proyecto busca introducir mayores opciones de atención para los asegurados, el diseño del mecanismo presenta limitaciones relevantes. La ausencia de una valorización clara a costos de mercado, la fragmentación derivada de decisiones individuales, la falta de un esquema financiero definido y la insuficiente evaluación de la capacidad del sector privado configuran riesgos que podrían afectar el funcionamiento del sistema. En esa línea, si se busca avanzar hacia esquemas de mayor libertad de elección, estos deberían evaluarse en el marco de reformas más integrales del financiamiento —como la posibilidad de que el asegurado decida de manera estructural el destino del aporte del 9%— y no mediante instrumentos parciales que pueden generar distorsiones. Asimismo, cualquier incorporación del sector privado debe ir acompañada de un diseño que garantice sostenibilidad, adecuada gestión del riesgo y capacidad real de respuesta del sistema de salud en su conjunto, incluyendo la capacidad de supervisar el funcionamiento de los nuevos sistemas propuestos, la cual no ha sido tocada en el proyecto.



Propone la libre elección de prestadores privados, incluidas las EPS, mediante un bono financiado por EsSalud, sin una valoración clara de las prestaciones ni un esquema definido de financiamiento, lo que podría afectar la sostenibilidad del sistema y desarticular la lógica de aseguramiento colectivo en salud.