

## ASPECTOS POR CORREGIR EN LOS SEGUROS MÉDICOS DEL PERÚ

### *ASPECTS TO BE CORRECTED IN MEDICAL INSURANCE IN PERU*

*ALONSO NÚÑEZ DEL PRADO SIMONS\**

*Fecha de recepción: 15 de marzo de 2024*

*Fecha de aceptación: 25 de abril de 2024*

*Disponible en línea: 30 de junio de 2024*

#### **Para citar este artículo/To cite this article**

NÚÑEZ DEL PRADO SIMONS, Alonso. *Aspectos por corregir en los seguros médicos del Perú*, 60 Rev.Ibero-Latinoam.Seguros, 153-166 (2024). <https://doi.org/10.11144/javeriana.ris60.acsm>

doi:10.11144/javeriana.ris60.acsm

---

\* Abogado, cursó el Magíster en Derecho de la Integración y el de Derecho Constitucional, es Master of Business Administration (MBA) por el College of Insurance de Nueva York, graduado en Lingüística y Literatura, además de en Filosofía, en que también cursó el Magíster. Es fundador y Director Ejecutivo del ‘Observatorio de cumplimiento de planes de gobierno’ y fue presidente de la Sección de la Association Internationale de Droit des Assurances (AIDA) en el Perú (2012-2018) de la que también fue fundador, siendo en la actualidad Presidente de su Comisión Consultiva. Asimismo, es miembro del Consejo de la Presidencia mundial de AIDA y preside el Grupo de Trabajo del CILA ‘Principios Generales de Derecho de Seguros’. A pedido del Congreso de la República de Perú seleccionó a los miembros y lideró la Comisión que redactó la Ley de contrato de seguro (Ley 29946) vigente. Es autor de los libros ‘Los secretos de los seguros’ (2017) y Derecho de seguros y reaseguro (2020), coautor de ‘Derecho de seguros y reaseguros’ (2015), ‘Derecho de seguros y reaseguro en América Latina (2019), Transparency in Insurance Law (2020), Derecho de seguros (2020) y ‘‘Transparency in Insurance Regulation and Supervisory Law – A Comparative Analysis’’ (2021). Profesor universitario, árbitro y conferencista internacional. Publica habitualmente en revistas jurídicas nacionales y del extranjero.



## RESUMEN

El presente artículo es una lista de propuestas para mejorar los seguros médicos en el Perú. En una segunda parte, brevemente, se comenta el artículo 'Algunos apuntes prácticos sobre Derecho de seguros en el Perú' de Rafael Corzo y Eduardo Wiese.

**Palabras clave.** Seguros médicos, seguros oncológicos, cobertura de preexistencia, Entidades Prestadoras de Salud, Corte Interamericana de Derechos Humanos, arbitraje, Defensoría del asegurado, aseguradoras no registradas, Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

## ABSTRACT

*This article is a list of proposals to improve health insurance in Peru. In a second part, briefly, the article 'Some practical notes on Insurance Law in Peru by Rafael Corzo and Eduardo Wiese' is discussed.*

**Key words.** *Medical insurance, oncology insurance, coverage of pre-existing conditions, Health Providing Entities, Inter-American Court of Human Rights, arbitration, Ombudsman of the insured, non-registered insurers, Superintendence of Banking, Insurance and AFP.*

## SUMARIO:

1. Aplicación del artículo 2 de la ley 30562. 2. Aplicación de sentencia de la CIDH (Vera Rojas contra Chile) prohíba la incorporación de exclusiones en las pólizas de seguros de salud y deje sin efecto las que se incluyeron a partir de la publicación de la sentencia (noviembre de 2021). 3. Sólo los asegurados deberían ser los que decidan entre el arbitraje y el proceso judicial en los reclamos de seguros. 4. Regular la Defensoría del asegurado. 5. Es necesario incorporar a los 'seguros' de las clínicas a la cobertura de las preexistencias junto con las compañías de seguros y las EPS. 6. Los seguros médicos y las coberturas de EPS deben cobrar las mismas primas a todos los asegurados sin tener en cuenta su edad. 7. Las aseguradoras y las EPS deben responder de manera solidaria junto con las clínicas o centros de salud donde se atiendan a sus clientes para los casos de errores médicos o similares. 8. Las clínicas deben cobrar los precios de mercado en las medicinas. 9. Hacer obligatorio un descuento en sus seguros médicos para quienes tienen pólizas oncológicas. CODA. A. La suspensión de cobertura por mora en el pago de la prima. Los Grandes Riesgos en la LCS peruana. Bibliografía.

A continuación, comento la normatividad y algunos aspectos que son necesarios cambiar para mejorar el funcionamiento de la cobertura de salud en la industria aseguradora y las Entidades Prestadores de Salud (EPS).

## 1. APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 2 DE LA LEY 30562

En su artículo 118 la ley 29946 del contrato de seguro (LCS) estableció que las aseguradoras y las EPS tenían que aceptar a las personas que venían de otras empresas y tenían enfermedades preexistentes diagnosticadas mientras ya estaban aseguradas, pero las compañías se negaron y pretendieron darle otra interpretación a la norma. Fueron denunciadas y el INDECOPI les ordenó cumplir con aceptarlas y emitirles pólizas, lo que tuvieron que cumplir. Mas para que los propios involucrados no contrataran les hacían recargos inafrontables. Hay un caso público en que le incrementaron el costo en 451%, lo que hacía imposible que contratara la póliza.

El artículo 1° de esta ley 30562 prohíbe que las compañías hagan recargos individuales y dice que sólo pueden hacerlo por clase o producto<sup>1</sup>. En otras palabras, el costo de la cobertura de preexistencias se repartirá entre todos los asegurados y afiliados de los dos sistemas (seguros y EPS). Ya no lo pagarán sólo los que las padezcan.

Actualmente, las EPS fijan los costos a sus afiliados por grupos o empresas y a partir de sus resultados. Así si en una pequeña empresa uno de los empleados se enferma y su curación es costosa, en la renovación las primas de esta empresa se incrementarán de manera significativa. Si la empresa es más grande es posible que casos como estos se pierdan entre el número de asegurados.

El artículo 2 de la misma ley aprobada por el Congreso obliga a que las EPS calculen su siniestralidad y en consecuencia las primas, por el total de sus afiliados y ya no por cada grupo. Esto llevará a que cada EPS –que tendrá un costo similar para todos– tenga que competir abiertamente con las otras ofreciendo más coberturas a menores precios.

Como sólo está aclarando lo establecido en el artículo 118 de la LCS y el principio de mutualidad, la disposición complementaria señala que la norma se aplica a los procesos en trámite en lo que favorezca a los asegurados o afiliados.

El problema es que las aseguradoras, escudadas en que SUSALUD no les ha respondido su consulta sobre el artículo 1 de la ley 30562, no aplican el artículo 2 y siguen cobrando primas diferenciadas afectando a los clientes más pequeños. Tampoco ofrecen los planes potestativos al mismo precio a quienes dejen de tener

---

<sup>1</sup> A pesar de que son palabras bastante claras, las aseguradoras consultaron a SUSALUD (que nunca les contestó) lo que significan ‘clase’ y ‘producto’. Como es obvio, en seguros, la palabra clase se refiere a una clasificación. Por ejemplo, hombres, mujeres, mayores de 60 años, etc. El término es muy usado en estadística. ‘Producto’ de seguros se refiere a un enlatado. Por ejemplo, Full Salud o Red Médica de Rímac o MedicVida y Multisalud de Pacífico. También hay productos enlatados en el seguro de automóviles y en el seguro domiciliario.

cobertura porque se jubilan, renuncian o son despedidos. En otras palabras, se afecta a los más débiles.

Es increíble, pero está vigente la ley 30562 desde mayo de 2017 y las aseguradoras, ni la EPS la aplican y nadie hace nada. SUSALUD prefiere mirar a otra parte. El Ministerio de Salud tampoco interviene. Y el congreso no se ocupa de que sus leyes se apliquen.

## **2. APLICACIÓN DE SENTENCIA DE LA CIDH (VERA ROJAS CONTRA CHILE) PROHÍBA LA INCORPORACIÓN DE EXCLUSIONES EN LAS PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD Y DEJE SIN EFECTO LAS QUE SE INCLUYERON A PARTIR DE LA PUBLICACIÓN DE LA SENTENCIA (NOVIEMBRE DE 2021)**

Como es bien conocido los derechos humanos no pueden tener medidas regresivas. En consecuencia, lo que está cubriendo un seguro de salud no puede excluirse posteriormente, porque resulta contrario a las obligaciones de desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) establecidas por el artículo 26 de la Convención Americana (en concordancia con el artículo 10 de la Constitución).

Esta sentencia deja claro que todas las empresas que operan servicios de salud están obligadas a cumplir con los estándares mínimos necesarios para garantizar el derecho a la salud, lo que involucra a las EPS, las aseguradoras, a las clínicas y a las entidades que las supervisan (SBS y SUSALUD).

Si bien la sentencia involucra a una ISAPRE (equivalente en Chile a una EPS en el Perú) establece que también están incluidas las empresas privadas conforme a lo indicado en los ‘Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos’ de las Naciones Unidas, conocidos como ‘Principios de Ruggie’<sup>2</sup>. Éstos son 31 principios para “Proteger, Respetar y Remediar” establecidos por las Naciones Unidas (aprobados por unanimidad el 16-6-2011) respecto a la responsabilidad de las empresas con relación a los derechos humanos.

Como sabemos las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) tienen aplicación *erga omnes*, es decir que se aplican a todos los estados miembros de la OEA y no solo a los involucrados en el proceso. En consecuencia, está sentencia es de cumplimiento obligatorio para el estado peruano.

Aunque la sentencia ya es aplicable, habría que evaluar la promulgación de una ley aclarándolo, ya que las aseguradoras, ni las superintendencias se han dado por enteradas. Como es obvio, la obligación existe desde que se notificó la sentencia a Chile

---

<sup>2</sup> El nombre se lo dio el representante especial del Secretario General de la ONU, John Ruggie, quien fue su autor. Ruggie, recientemente fallecido, era un politólogo nacido en Austria, pero nacionalizado estadounidense, que fue profesor de la Escuela Kennedy de Gobierno de la Universidad de Harvard.

y se publicó. No podría alegarse que recién entraría en vigor desde la promulgación de la norma y por eso ésta debe tener carácter aclarativo.

### **3. SÓLO LOS ASEGURADOS DEBERÍAN SER LOS QUE DECIDAN ENTRE EL ARBITRAJE Y EL PROCESO JUDICIAL EN LOS RECLAMOS DE SEGUROS**

En la actualidad, la ley solo permite pactar el arbitraje en los litigios de seguros después de ocurrido el siniestro (Arts. 40 c) y 46 de la LCS), pero las aseguradoras no aceptan arbitraje, salvo casos excepcionalmente grandes en los que esté involucrado un cliente importante, obligando a que los asegurados más pequeños (pequeñas y medianas empresas y personas naturales) los demanden judicialmente, porque saben que muchos de ellos no tienen los medios para sostener un litigio, ni esperar varios años a que el asunto se resuelva.

En realidad, la conducta de las compañías es contradictoria, ya que antes de que la LCS prohibiera la cláusula arbitral, todas las pólizas la incluían, incluso las de automóviles y las médicas con el abuso adicional de que el arbitraje tenía que realizarse en Lima. Durante el período en que esto fue posible, las aseguradoras generaban tantos arbitrajes que se formó una especie de club de árbitros que se nombraban entre ellos y en los que existía la ley no escrita de que quien se atreviera a fallar contra las compañías no volvía a ser nombrado árbitro. A esto colaboraba la absurda confidencialidad en el arbitraje que hace imposible conocer públicamente los laudos arbitrales, norma que también habría que modificar en beneficio de la transparencia. La regla debería ser la publicidad, aunque la confidencialidad podría pactarse sobre todo de ciertos aspectos sensibles para los involucrados.

Lo expuesto en el párrafo anterior serviría de argumento contra el argumento de inconstitucionalidad que usarían las aseguradoras para oponerse a la nueva norma que deje en manos de los asegurados la posibilidad de escoger entre las dos alternativas. Otro argumento que puede usarse es que los asegurados son el lado débil en el negocio y de esta manera se evitaría que muchos litigios vayan al Poder Judicial donde no sólo hay exceso de carga, sino también falta de conocimiento del Derecho de seguros.

### **4. REGULAR LA DEFENSORÍA DEL ASEGURADO.**

Si bien la Defensoría del asegurado es sostenida por las aseguradoras, el Estado puede intervenir en su regulación y funcionamiento a partir de que el sistema asegurador (del que la Defensoría es parte) está supervisado por mandato constitucional y esta supervisión tiene su fundamento en que las aseguradoras administran fondos del público (los asegurados). En consecuencia, se podría regular el nombramiento de los ‘jueces’ (en la actualidad nombrados por las compañías) dejándolo en manos de las asociaciones de usuarios, de las universidades y de la propia SBS (cada una podría nombrar a uno), de tal manera que las aseguradoras no sean juez y parte bajo

la disculpa de que ellos los pagan, cuando en realidad sabemos que lo hacen con el dinero de los asegurados. Podrían crearse varias salas e incrementarse el límite de los montos reclamados (ahora son US \$ 50,000.00). De esa manera se dejaría el arbitraje para los casos muy grandes y estos tribunales podrían resolver los pequeños y medianos. Por supuesto, se continuaría con la regla vigente de que los fallos son obligatorios para las compañías, pero los asegurados, como ocurre ahora, siempre podrían recurrir al Poder Judicial.

En realidad, esto es lo que se pretendió con la Cuarta de las Disposiciones complementarias, finales y modificatorias de la ley 29946 del contrato de seguro, pero la SBS, presionada por las aseguradoras, prefirió ignorarlo. Ésta establece:

CUARTA: Sin perjuicio de las competencias que corresponden al INDECOPI en virtud de la Ley N° 29571, la Superintendencia, de acuerdo al primer párrafo del artículo 345 de la Ley 26702, promoverá la protección de los intereses de los usuarios no consumidores o usuarios en el sistema de seguros a través de mecanismos legales de defensa del asegurado. Dichos mecanismos contemplarán la conformación de órganos colegiados que se pronuncien de manera vinculante en la solución de controversias entre los asegurados y las empresas que operan bajo la competencia de la Superintendencia en materia de seguros.

La Superintendencia reglamentará lo establecido en esta disposición, en el plazo de ciento ochenta (180) días de la vigencia de la presente ley.

## **5. ES NECESARIO INCORPORAR A LOS ‘SEGUROS’ DE LAS CLÍNICAS A LA COBERTURA DE LAS PREEXISTENCIAS JUNTO CON LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y LAS EPS**

En la actualidad, la obligación de cubrir las preexistencias a los asegurados o clientes cuya enfermedad fue diagnosticada cuando ya tenía cobertura incluye a las aseguradoras y a las EPS, pero no a las clínicas que venden coberturas médicas que coloquialmente se llaman seguros, pero que en sentido estricto no lo son. Por otro lado, dado el incremento de los costos muchas personas resultan migrando a las clínicas porque cobran menos y lo lógico es que como parte del sistema también estén obligadas a cubrir las preexistencias. Las clínicas son el último refugio de cobertura para la población que ya no puede seguir pagando un seguro médico o ha dejado de trabajar y ha perdido su EPS, pero a diferencia del resto no están obligadas a cubrir las preexistencias. Esto deriva en que los que las padecen tengan que recurrir al sistema público. Las clínicas se quedan con la carne y Essalud y el MINSA tienen que aceptar los huesos.

## **6. LOS SEGUROS MÉDICOS Y LAS COBERTURAS DE EPS DEBEN COBRAR LAS MISMAS PRIMAS A TODOS LOS ASEGURADOS SIN TENER EN CUENTA SU EDAD**

Resultaría conveniente que las compañías aseguradoras cumplieran un rol social en los seguros médicos y que las primas sean similares para todos los asegurados

independientemente de sus edades, de tal manera que los jóvenes paguen más de lo que les corresponde por su edad para que los mayores (que suelen tener menos ingresos) paguen menos que en la actualidad. Los jóvenes estarían ahorrando para su vejez. De esta manera se evitaría que las aseguradoras se queden con la carne (los jóvenes) y dejen a Essalud y al Seguro Integral de Salud el hueso (los más viejos y enfermos). La idea es que quienes han tenido seguro médico durante su vida laboral puedan continuar teniéndolo cuando se jubilan que es por lo general cuando más lo necesitan.

## **7. LAS ASEGURADORAS Y LAS EPS DEBEN RESPONDER DE MANERA SOLIDARIA JUNTO CON LAS CLÍNICAS O CENTROS DE SALUD DONDE SE ATIENDAN A SUS CLIENTES PARA LOS CASOS DE ERRORES MÉDICOS O SIMILARES**

Esta responsabilidad fue establecida por el Ministerio de Salud, pero mediante una acción popular las aseguradoras lograron su inaplicación porque no se puede modificar una ley mediante una norma de rango inferior.

## **8. LAS CLÍNICAS DEBEN COBRAR LOS PRECIOS DE MERCADO EN LAS MEDICINAS**

En la actualidad, los costos de las medicinas en las farmacias de las clínicas son significativamente más altos que en otras boticas, en especial las de las cadenas.

Deberían estar obligadas a cobrar lo mismo o un precio muy similar, ya que a una persona que está internada no le permiten comprar las medicinas y los materiales quirúrgicos fuera de la clínica.

Entonces la solución es obligarlas a que cobren lo mismo o que permitan que los pacientes las compren a otros proveedores.

## **9. HACER OBLIGATORIO UN DESCUENTO EN SUS SEGUROS MÉDICOS PARA QUIENES TIENEN PÓLIZAS ONCOLÓGICAS**

Actualmente las aseguradoras no hacen este descuento que corresponde porque las pólizas médicas cubren los tratamientos oncológicos y no tiene sentido tener doble cobertura.

### **CODA**

Hace algunos meses la revista Themis me consultó si podía arbitrar un artículo sobre Derecho de seguros. Como con el afán de colaborar acepté hacerlo, me enviaron un artículo sin indicar el nombre del autor. Pero apenas empecé a leerlo pude fácilmente identificarlo (Rafael CORZO), ya que reiteradamente se refería a un artículo mío en el que había criticado uno anterior suyo.

Como correspondía, me excusé explicando mis razones, pero les pedí que luego de publicarlo, me permitieran comentarlo y es lo que voy a hacer a continuación de manera muy sucinta, ya que los temas a los que me referiré están ampliamente desarrollados en mi libro<sup>3</sup> y en otros artículos míos. En consecuencia, si quieren encontrar una explicación detallada de lo que trataré aquí de manera breve, tendrían que revisar mi libro.

Lo primero que he notado es que en este artículo el coautor es diferente del anterior (Eduardo WIESE en el último y José VILLAFUERTE en el primero). Pude también confirmar la posición del doctor Corzo favorable a las aseguradoras a la que había hecho alusión en mi artículo anterior. Por lo menos los dos primeros temas (Suspensión de cobertura por mora en el pago de la prima y Grandes riesgos están entre los que más incomodaron a las compañías de seguro de la LCS y que les gustaría mucho cambiar.

### **A. La suspensión de cobertura por mora en el pago de la prima**

Con relación a este tema la LCS es muy clara. El problema son las retorcidas interpretaciones que se ha pretendió hacer de varios de sus artículos y la equívoca reglamentación de la SBS.

El artículo<sup>4</sup> de los doctores CORZO y WIESE comenta brevemente la regulación anterior, pero no explica cómo se llegó a ésta. Como lo indico en mi libro, a través del lobby las aseguradoras lograron una legislación que sólo era favorable para ellas. Por otro lado, tampoco explican cuáles eran sus grandes inconvenientes. El principal es que las aseguradoras cobraban primas por períodos en los que no daban cobertura. Esto era una especie de robo avalado por la legislación.

Como es conocido, la protección al asegurado nace y tiene fundamento en la asimetría contractual. Esta se da en todas las legislaciones avanzadas, incluida la de la Unión europea y la inglesa.

La interpretación *contra proferentem* o *contra stipulatorem* en los contratos de seguro es una realidad universal. No conozco ningún país y menos desarrollado en donde esto no sea verdad.

El régimen actual (Art. 21 de la LCS) de suspensión de cobertura por mora en el atraso de la prima fue producto de una transacción entre los bandos opuestos (pro-aseguradoras vs pro-asegurados) que hicieron el Proyecto de ley del 2006 y es muy parecido al que opera en España.

Mi opinión fue y es que si la aseguradora quiere suspender la cobertura debe resolver el contrato, como ocurre Francia y ocurría en Chile.

---

<sup>3</sup> NÚÑEZ DEL PRADO SIMONS, Alonso. *Derecho de seguros y reaseguro*. Fondo editorial PUCP. Lima 2020, pp. 307 y 323.

<sup>4</sup> CORZO, Rafael y WIESE, Eduardo. *Algunos apuntes prácticos sobre Derecho de Seguros en el Perú*. Themis N° 84, pp. 293-318.



Las aseguradoras mantienen vigentes las pólizas porque creen que van a cobrar las primas. Así ocurría en el pasado y sigue de la misma manera. La suspensión automática del régimen anterior permitía –como ya he señalado– que las compañías cobraran primas por períodos en que no daban cobertura (el período de la mora) y que se reactivaba cuando el asegurado pagaba. Pero no le hacían ningún descuento por los días que no le habían cubierto. Cuando se les propuso que hicieran una nota de abono devolviendo la prima por el período que habían suspendido la cobertura, respondieron que era operativamente imposible.

La resolución del contrato es en mi opinión la solución a todos los problemas, como ya he comentado. Si la aseguradora no desea continuar la relación debe resolver el contrato. Como siempre ocurre, hay un plazo para que tal cosa surta efecto. Pero a las aseguradoras no les gusta esta solución, porque como ya he dicho la mayoría de las veces tienen la esperanza de cobrar y por eso no resuelven el contrato. Si tienen la opción de resolver, no es equitativo cargar las tintas contra el asegurado, quien hasta que entró en vigor la LCS se quedaba sin cobertura por un simple atraso que podía tener origen en un simple olvido o en una situación de emergencia que le hubiera hecho imposible pagar la cuota de la prima en la fecha establecida. De hecho, ocurría que alguien que había estado asegurado durante veinte años pagando las primas puntualmente se quedaba sin cobertura justo cuando tenía el siniestro, porque no había pagado la prima porque estuvo enfermo, falleció su madre o su situación financiera había pasado por una crisis. ¿Les parece justo esto?

Para el colmo de males, si alguien se demoraba un mes, porque había tenido que ayudar económicamente a un familiar en apuros, cuando pagaba la cuota o cuotas atrasadas se veía obligado a pagar por los días que no había tenido cobertura.

Como es obvio, si se resuelve un contrato, ya no se puede rehabilitar. Hay que firmar uno nuevo.

Lo que hizo la SBS y, en consecuencia, la Defensoría del asegurado, INDECOPI, etc., de separar el último párrafo del artículo 21 de los que lo anteceden es una aberración hermenéutica. El último párrafo tiene que leerse como parte del resto del artículo y es necesario que la aseguradora comunique al asegurado la extinción.

Interpretar la LCS con los reglamentos de la SBS, una norma de rango inferior que ya la deformaban sigue siendo una forma de manipulación a favor de las compañías de seguros. Hace rato que la SBS merece una denuncia en el Congreso por la forma en que se ha comportado reiteradas veces. Aparte del que nos ocupa también ha actuado con dolo o por lo menos con negligencia en los casos que menciono a continuación:

- a) El entonces Superintendente –poco después de que se promulgara la Ley 29946 del contrato de seguro (LCS)– frente a los reclamos de las aseguradoras, que hubieran preferido que nunca se promulgara, declaró públicamente que todo lo arreglaría con el reglamento. Esta afirmación motivó que el congresista Javier Bedoya le cursara un oficio haciéndole notar que no se puede modificar una ley mediante una disposición legal de rango inferior.

- b) Sin embargo, la SBS, actuando inconstitucionalmente, se dio el lujo de modificar la ley mediante uno de sus reglamentos (Resolución 3202-2013) y cuando la norma decía que en caso de siniestro el ajustador sería nombrado de mutuo acuerdo entre asegurado y asegurador, el reglamento (Art. 5) señaló que tendría que hacerse a partir de una terna fijada por el asegurador. En pocas palabras derogó el mutuo acuerdo para decir que éste se limitaba al grupo de ajustadores seleccionados por la compañía, los que viven aterrados de que los saquen de la terna y no tengan trabajo. Esto es vergonzoso y el Congreso debería exigir a la SBS una corrección de la norma.
- c) El Dr. Luis Meza visitó con el entonces Gerente General de APECOSE al Superintendente y le hizo notar mostrándole ejemplos específicos, en presencia de la Dra. Mila Guillén, Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica, que se seguían emitiendo pólizas que infringían las normas legales, incluso las anteriores a la LCS. Sin embargo, esas pólizas siguieron circulando.
- d) La LCS (Art. 27) estableció que la SBS debería fijar las condiciones mínimas para los seguros personales, obligatorios y masivos y la SBS (Resolución 3199-2013) señaló que esas condiciones mínimas (condicionado de la póliza) eran los requisitos mínimos del Art. 26, como el nombre, la suma asegurada, etc.
- e) La SBS se lavó las manos respecto de la cobertura de las preexistencias en los seguros médicos establecida en el artículo 118 de la LCS y no ha defendido a los asegurados como constitucionalmente le correspondía. En la práctica tuvo que ser reemplazada por INDECOPI, que incluso se enfrentó a una de las aseguradoras más grandes.
- f) La SBS informó favorablemente al Congreso para la aprobación de la ley 29549 por la que se hizo imposible que los jubilados y cesantes continuaran con sus pólizas de vida ley. Once años después, felizmente, esto se logró corregir con la ley 31149, el 31 de marzo de 2021, que dejó sin efecto la mencionada ley 29549.
- g) La SBS apoyo públicamente y mediante un oficio el Proyecto N° 4635/2014-CR de diciembre de 2014 presentado por el congresista Juan Carlos Eguren que acogía la posición de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG) de excluir a los ‘grandes riesgos’ de la cobertura de la LCS a pesar de que era lesivo para la mayor parte de las empresas aseguradas.
- h) La SBS que mediante el artículo 4 de su Resolución 3199-2013 (Reglamento de Transparencia de información y contratación de seguros) había prohibido el cobro de los derechos de emisión, ante las presiones de las aseguradoras, retrocedió en su intento y en la actualidad se sigue haciendo de manera encubierta, además de que contra toda lógica es un porcentaje de la prima y no un monto fijo, como en otros países.
- i) La Tercera disposición complementaria de la Resolución SBS N° 7044-2013 dice que no se aplica a las pólizas integralmente negociadas entre las partes, cuando la LCS dice que se aplica a todas. Otra modificación mediante norma de rango inferior.

- j) La misma Resolución SBS N° 7044-2013 suspendió hasta 2016 la adecuación de las pólizas a la LCS que entró en vigor en mayo del 2013.
- k) Conforme a la Cuarta Disposición Complementaria de la LCS la SBS debería, (Art. 345 de la Ley 26702), promover la protección de los intereses de los usuarios no consumidores o usuarios en el sistema de seguros) a través de mecanismos legales de defensa del asegurado. ¿Saben que hizo? Señaló que quienes quisieran crearlos podían hacerlo.

### ***Los Grandes Riesgos en la LCS peruana***

En cuando al tema de grandes riesgos, me alegra que el doctor CORZO reconozca ‘que es posible que no hayamos sido del todo claros o, en todo caso, que no nos hayamos dejado explicar o entender bien en ciertas partes de nuestro artículo inicial, razón por las que pido las disculpas del caso’<sup>5</sup>. Entiendo que le ha quedado claro que sus afirmaciones sobre la legislación de España y de la Unión Europea estaban equivocadas por incompletas. Ahora dice que no pretendía excluir a los grandes riesgos de la aplicación de la ley, pero su artículo anterior en el acápite “6. Propuesta de tratamiento normativo de los seguros de grandes riesgos” textualmente dice: “... consideramos necesaria la exclusión de los grandes riesgos del ámbito de aplicación de la Ley del Contrato de Seguro...”<sup>6</sup>

Algo que Rafael CORZO ha evitado hacer en los dos artículos es definir lo que es un gran riesgo para efectos de la aplicación de la ley, haciéndole el juego a sus clientes a los que les gustaría que se fijaran montos de primas o se aplicaran los criterios de la legislación europea.

Como ya indiqué en mi artículo anterior si habláramos de verdaderos ‘grandes riesgos’ es decir de aquellas empresas que están en capacidad de negociar de igual a igual con las aseguradoras, tendríamos que pensar en primas superiores a los cinco millones de dólares en las pólizas de daños a la propiedad. Y la verdad es que son tan pocos que no tendría sentido hacer una ley para éstos. De otro lado, incluso con volúmenes de primas tan grandes, como comenté en mi artículo anterior, nos encontraríamos con casos en los que ciertas pólizas seguirían siendo contratos de adhesión, porque vienen impuestas por el reasegurador. Eso resultaría en el absurdo de excluir de la aplicación de la ley a casos en que la empresa asegurada no ha podido negociar ni una coma.

Es importante aclararle al doctor CORZO que la razón para excluir a los grandes riesgos de la protección de la ley es que supuestamente tienen capacidad de negociar paritariamente los contratos de seguros y queda claro que siempre van a haber excepciones.

---

<sup>5</sup> CORZO, Rafael y VILLAFUERTE, José. *Seguros de grandes riesgos y protección desproporcionada de los asegurados en la Ley del contrato de seguros*. Ius et Veritas N° 54. Julio de 2017, pp. 100-108

<sup>6</sup> CORZO, Rafael y VILLAFUERTE, José. *Seguros de grandes riesgos y protección desproporcionada de los asegurados en la Ley del contrato de Seguros*. Ius et Veritas No. 54, Julio de 2017, pp. 100-108.

La propuesta del doctor Corzo de ‘generar un régimen legal y regulatorio’ no resiste análisis porque sería hacer una ley para un número muy pequeño de empresas y que debería tener las excepciones que la realidad impone.

Creo que es público que el Proyecto de ley N° 4635/2014-CR fue promovido por las aseguradoras para excluir a la mayor parte de empresas y que la razón por la que no prosperó fue porque una vez enterada la Sociedad Nacional de Minería, Petróleo y Energía se opuso. Advirtieron que se estaba tratando de pasar gato por liebre.

Como expliqué en mi artículo anterior, no se apoyó la aprobación del mencionado proyecto de ley, por la sencilla razón de que el tema ya está solucionado por el artículo III de la LCS. Las objeciones que hacen los doctores CORZO y WIESE en su último artículo al control difuso es un intento más de buscarle tres pies al gato. La falta de preparación del Poder judicial en la materia se soluciona dándole entrenamiento. Ofreciendo cursos y conferencias que les permitan incorporar o mejorar sus conocimientos sobre Derecho de seguros a los jueces y vocales, no dando una ley que se aplicaría a muy pocos actores y que tendría que contar con muchas excepciones.

En cuanto a los problemas del arbitraje, también requerirían de preparación de la mayor parte de profesionales que se dedican a esta labor, pero además de un sistema de nombramiento de árbitros que garantice la imparcialidad, además de eliminar la confidencialidad para que los laudos tengan un control de calidad posterior, puedan ser discutidos en las universidades y generen jurisprudencia en la especialidad. Como indiqué en mi artículo anterior<sup>7</sup>, el problema que se generó en el arbitraje en el pasado es que la incluirse la cláusula arbitral en todas las pólizas, se generó un gran mercado y un pequeño club de árbitros en que se nombraban entre ellos y en que laudar contra una aseguradora te llevaba a no ser nunca más nombrado. Todo protegido, además, por la confidencialidad del arbitraje. Como es obvio, si un arbitraje contiene aspectos confidenciales, las partes podrían pactarlo, pero no al revés como ocurre en la actualidad.

Con relación a este tema, como las compañías, después de que se promulgó la LCS, por lo general, no aceptan arbitrajes, he propuesto al Congreso que se haga una modificación y que se establezca que la elección entre Poder judicial y arbitraje sea exclusiva del asegurado. Soy consciente que este camino tiene objeciones constitucionales, pero considero que hay antecedentes de imposición de vía arbitral (contratos con el estado) que sumados a los antecedentes históricos del ramo viabilizarían la norma.

Otro camino posible es la ampliación del límite de la Defensoría del asegurado (en la actualidad es de US \$ 50,000.00) incrementando el número de salas o tribunales, además de que sus miembros no deberían ser nombrados por las aseguradoras, sino por otras entidades, como podrían ser la propia SBS, INDECOPI y las asociaciones de consumidores. En realidad, esta idea ya estaba en la cuarta disposición transitoria de la LCS, pero la SBS ha preferido ignorarla. A la letra dice:

---

<sup>7</sup> NÚÑEZ DEL PRADO SIMONS, Alonso. *Grandes Riesgos e información tergiversada e incompleta*. Revistas Ius et Veritas, N° 55, pp. 184-196

CUARTA: Sin perjuicio de las competencias que corresponden al INDECOPI en virtud de la Ley N° 29571, la Superintendencia, de acuerdo al primer párrafo del artículo 345 de la Ley 26702, promoverá la protección de los intereses de los usuarios no consumidores o usuarios en el sistema de seguros a través de mecanismos legales de defensa del asegurado. Dichos mecanismos contemplarán la conformación de órganos colegiados que se pronuncien de manera vinculante en la solución de controversias entre los asegurados y las empresas que operan bajo la competencia de la Superintendencia en materia de seguros.

La Superintendencia reglamentará lo establecido en esta disposición, en el plazo de ciento ochenta (180) días de la vigencia de la presente ley.

Pretender que al no estar establecido legalmente los montos u otros criterios a partir de los cuales las empresas son grandes riesgos, afecta la solidez, la competitividad y confiabilidad de la industria aseguradora, incrementa la primas y los rechazos de siniestros, además de incentivar la contratación de seguros en el exterior es una prueba patética de ignorancia en el tema. Le agradecería al doctor Corzo que intente sustentar sus afirmaciones con cifras de la realidad que están disponibles en la página de la SBS (No conozco a ningún técnico en seguros que se atreva a afirmar semejante cosa). Quizá también convendría que nos indicara los muchos litigios en que se ha discutido la calidad de gran riesgo del asegurado y la consecuente no aplicación de la interpretación *contra proferentem*. Por último, les pediría a los doctores Corzo y WIESE que ensayen una definición de ‘grandes riesgos’. Es probable que prefieran no hacerlo.

Como ya he indicado, los grandes riesgos en el Perú son muy pocos y como está regulado el tema en la actualidad en la LCS es más que suficiente. Lo que pasa es que la pretendida legislación intenta excluir de los beneficios de la ley a los riesgos medianos o incluso pequeños, como se ha hecho en Chile. En otras palabras, son lobos que se disfrazan de corderos para comerse a las ovejas. El otro día leí una frase en las redes sociales que resume el caso: ‘Pon al lobo a redactar la ley y verás que devorar ovejas no es delito’.

Como sabemos todos los que estamos vinculados al mercado de seguros, la razón por las que las grandes corporaciones transnacionales contratan parte de sus coberturas en el exterior es porque por lo general tienen cautivas o porque al hacer más volumen juntando todas sus propiedades a nivel internacional consigue mejores precios, además de un sistema de aseguramiento a primer riesgo que les permite mayor eficiencia incluso de coberturas.

Como también he indicado en mis publicaciones anteriores el 95% de los contratos de reaseguro facultativo están sometidos a la jurisdicción y legislación peruanas. Sólo por excepción hay alguno sometido a otra jurisdicción. En los contratos automáticos todos se rigen por la legislación y jurisdicción nacional. Las compañías de seguro nacionales se lo exigen a los corredores de reaseguros. En consecuencia, no hay disputas, como sostienen CORZO y WIESE, ya que el contrato establece la ley y jurisdicción aplicable.

Las aseguradoras peruanas prefieren litigar en nuestro país entre otras razones porque es menos oneroso. Y esto también lo han percibido los reaseguradores que aceptan

someter el contrato a la ley y jurisdicción peruana. Los costos de litigar en Londres o Nueva York son mucho mayores.

Otro ingrediente, que las aseguradoras y sus abogados prefieren no mirar, es que las legislaciones de los países desarrollados son mucho más protectoras de los asegurados que la nuestra, por lo que los reaseguradores prefieren evitarlas aceptando la jurisdicción y legislación peruanas. La enorme cantidad de fallos judiciales otorgando cobertura de interrupción de negocios (*Business Interruption*), que nosotros llamamos ‘lucro cesante’, en los Estados Unidos, Inglaterra y Europa, me dan la razón. Son casos en que las aseguradoras habían rechazado la cobertura.

Si en el Perú tuviéramos un Poder judicial independiente y no corrupto –que espero lleguemos a tener en el futuro– la industria del seguro dejaría de rechazar siniestros sin mayores fundamentos, esperando en que sean muy pocos los que reclamen y menos aun los que lleguen hasta la última instancia.

No sé de dónde han sacado los doctores CORZO y WIESE que yo he propuesto ‘eliminar la contratación de seguros y reaseguros en el exterior’. Lo que propuse es que los contratos de reaseguro celebrado por las aseguradoras peruanas estuvieran sometidos a la jurisdicción y legislación peruanas. Esto en la práctica ya ocurre, pero convendría redondearlo como se hizo en Brasil.

Las aseguradoras peruanas, para ser más sólidas, tienen que adecuarse al Marco de Solvencia II que la SBS ha importado de la Unión Europea, pero además es necesario crearles competencia. Esto se hace –como en Nueva York– permitiendo que las aseguradoras no registradas vendan seguros en el país con pleno conocimiento de sus clientes que les comprarían sabiendo que no están supervisadas en el Perú (pero sí en su país de origen). El riesgo lo toma el asegurado, pero sabiendo que lo hace. Es necesario dejar el paternalismo y someter a las compañías de seguros a la competencia internacional, como lo están las demás industrias.

El conocimiento que las grandes empresas tienen de sus propios negocios está regulado en el deber de información que tienen los asegurados que proporcionar en el momento de contratar. Esto está muy claro en la LCS y las demás legislaciones del mundo.

## BIBLIOGRAFÍA

CORZO, Rafael y VILLAFUERTE, José. *Seguros de grandes riesgos y protección desproporcionada de los asegurados en la Ley del contrato de seguros*. Ius et Veritas N° 54. 2017.

CORZO, Rafael Y WIESE, Eduardo. *Algunos apuntes prácticos sobre Derecho de Seguros en el Perú*. Themis N° 84.

NÚÑEZ DEL PRADO SIMONS, Alonso. *Derecho de seguros y reaseguro*. Fondo editorial PUCP. Lima 2020.

NÚÑEZ DEL PRADO SIMONS, Alonso. *Grandes Riesgos e información tergiversada e incompleta*. Revistas Ius Et Veritas, N° 55.