

J-40402082-9

F
u
n
d
a
c
i
ó
n

A
u
l
a

V
i
r
t
u
a
l

Aula Virtual



Generando Conocimiento

<http://www.aulavirtual.web.ve>



ISSN: 2665-0398

Deposito Legal: LA2020000026

Vol. 7 Nº 15 Año 2026

Periodicidad Continua



REVISTA CIENTÍFICA AULA VIRTUAL

Director Editor:

- Dra. Leidy Hernández PhD.
- Dr. Fernando Bárbara

Consejo Asesor:

- MSc. Manuel Mujica
- MSc. Wilman Briceño
- Dra. Harizmar Izquierdo
- Dr. José Gregorio Sánchez

**Revista Científica Arbitrada de
Fundación Aula Virtual**

Email: revista@aulavirtual.web.ve

URL: <http://aulavirtual.web.ve/revista>



La Revista seriada Científica Arbitrada e Indexada **Aula Virtual**, es de acceso abierto y en formato electrónico; la misma está orientada a la divulgación de las producciones científicas creadas por investigadores en diversas áreas del conocimiento. Su cobertura temática abarca Tecnología, Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Ciencias Sociales, Ciencias Jurídicas y Políticas, Ciencias Exactas y otras áreas afines. Su publicación es **CONTINUA**, indexada y arbitrada por especialistas en el área, bajo la modalidad de doble ciego. Se reciben las producciones tipo: *Artículo Científico* en las diferentes modalidades cualitativas y cuantitativas, *Avances Investigativos*, *Ensayos*, *Reseñas Bibliográficas*, *Ponencias* o *publicaciones derivada de eventos*, y cualquier otro tipo de investigación orientada al tratamiento y profundización de la información de los campos de estudios de las diferentes ciencias. La Revista **Aula Virtual**, busca fomentar la divulgación del conocimiento científico y el pensamiento crítico reflexivo en el ámbito investigativo.

ISSN: 2665-0398
Depósito Legal: LA2020000026
País: Venezuela
Año de Inicio: 2020
Periodicidad: Continua
Sistema de Arbitraje: Revisión por pares. "Doble Ciego"
Licencia: Creative Commons [CC BY NC ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)
Volumen: 7
Número: 15
Año: 2026
Período: Julio 2026 – Diciembre 2026 (continua)
Dirección Fiscal: Av. Libertador, Arca del Norte, Nro. 52D, Barquisimeto estado Lara, Venezuela, C.P. 3001



ENRIQUECIMIENTO INDEBIDO CON CAUSA EN EL SISTEMA EPS: DESEQUILIBRIO PATRIMONIAL Y REGULACIÓN PERUANA

UNDUE ENRICHMENT WITH LEGAL CAUSE IN THE EPS SYSTEM: PATRIMONIAL IMBALANCE AND PERUVIAN REGULATION

Tipo de Publicación: Artículo Científico

Área del Conocimiento: Ciencias Sociales y Aplicadas

Recibido: 06/08/2026

Aceptado: 08/09/2026

Publicado: 09/09/2026

Código Único AV: e858

Páginas: 1(1409-1429)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.22676219>

Resumen

El estudio analizó si las relaciones contractuales del sistema de Entidades Prestadoras de Salud (EPS) pueden generar desequilibrios patrimoniales relevantes pese a sustentarse en una causa jurídica válida, y determinó la respuesta civil y regulatoria compatible con el ordenamiento peruano. Se realizó un análisis jurídico-regulatorio secundario de la evidencia empírica de Valera Rengifo (2021), cuyos datos fueron recolectados en 2019 mediante comprobantes de medicamentos y análisis clínicos y una encuesta a veinte usuarios de dos clínicas de Chiclayo. Los resultados se trataron descriptivamente, sin pruebas inferenciales. Se documentaron diferencias de precios entre prestaciones bajo cobertura EPS y referencias externas, además de una marcada asimetría informativa: el 100 % desconocía las condiciones contractuales y el costo total de las prestaciones. Los dos porcentajes de 94 % consignados en la fuente originaria fueron excluidos por incompatibilidad aritmética con $n = 20$. Se concluye que una causa contractual válida no impide examinar críticamente el desequilibrio patrimonial, pero la categoría de “enriquecimiento indebido con causa” no desplaza la subsidiariedad de los artículos 1954 y 1955 del Código Civil. Se requiere reforzar transparencia, trazabilidad y supervisión regulatoria de precios.

Autores:

Julio César Valera Rengifo

Abogado

Maestro en Derecho Civil y Comercial

 <https://orcid.org/0009-0003-9021-655X>

E-mail: jvalerare@gmail.com

Afiliación: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

País: República del Perú

Leyla Ivon Vilchez Guivar de Rojas

Abogada

Doctora en Derecho y Ciencia Política

 <https://orcid.org/0000-0003-1081-7922>

E-mail: leyla_vilchezgr@hotmail.com

Afiliación: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

País: República del Perú

Palabras Clave

Enriquecimiento indebido, EPS, contratos, regulación sanitaria, asimetría informativa.

Abstract

The study examined whether contractual relationships within Peru's Health Service Provider (EPS) system may generate relevant patrimonial imbalances despite being supported by a valid legal basis, and identified the civil and regulatory response consistent with Peruvian law. It conducted a secondary legal-regulatory analysis of the empirical evidence reported by Valera Rengifo (2021), whose data were collected in 2019 through receipts for medicines and clinical tests and a survey of twenty users from two clinics in Chiclayo. Results were treated descriptively, without inferential statistical tests. Price differences were documented between services billed under EPS coverage and external references, together with marked information asymmetry: 100% of respondents were unaware of the contractual terms and the total cost of services. Two 94% figures reported in the original source were excluded because they are arithmetically incompatible with $n = 20$. The study concludes that a valid contractual basis does not prevent critical examination of patrimonial imbalance, but the proposed category of “undue enrichment with legal cause” does not displace the subsidiarity rule in Articles 1954 and 1955 of the Civil Code. Stronger price transparency, traceability, and regulatory oversight are required.

Keywords

Unjust enrichment, EPS, contracts, health care regulation, information asymmetry.

Introducción

La modernización de la seguridad social en salud incorporó en el Perú un esquema de aseguramiento complementario en el que las Entidades Prestadoras de Salud participan como IPREES y articulan la cobertura con las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS privadas. La Ley N.º 26790 introdujo este modelo mixto de prestaciones de salud, con la expectativa de diversificar la oferta, ampliar la capacidad resolutive y aliviar parte de la presión sobre el seguro social. El funcionamiento del sistema, sin embargo, no depende solo de la oportunidad clínica. También exige que el financiamiento, las condiciones contractuales y la valorización de las prestaciones puedan ser conocidos y controlados por quienes soportan económicamente el servicio.

Existe pues, una tensión específica: medicamentos, insumos y análisis clínicos adquiridos bajo cobertura EPS presentaban precios superiores a los observados en establecimientos ajenos al sistema, mientras que el asegurado tendía a percibir como “bajo” únicamente el copago que desembolsaba de forma directa. La diferencia entre precio total y copago visible podía ocultar el costo real soportado por el fondo de aseguramiento y, en ciertas coberturas, por recursos públicos, a esto se le debe denominar “enriquecimiento indebido con causa”, porque el desplazamiento patrimonial se

producía dentro de contratos formalmente válidos y no ante la ausencia manifiesta de título jurídico.

En el derecho civil peruano, los artículos 1954 y 1955 del Código Civil regulan el enriquecimiento indebido como fuente obligacional de carácter subsidiario. La estructura clásica de la institución exige un enriquecimiento, empobrecimiento, relación causal entre enriquecimiento y empobrecimiento y finalmente la ausencia de una justificación jurídica suficiente para dicha transferencia de valor patrimonial; además, la acción no procede cuando el perjudicado dispone de otro remedio. La doctrina civil ha insistido en que esta subsidiariedad impide emplear el enriquecimiento como mecanismo indiscriminado para revisar negocios válidos (Díez-Picazo & Gullón, 2001; Lacruz, 2005). Por ello, la expresión “con causa” no puede asumirse como una categoría dogmática consolidada, sino como un aporte doctrinario del autor sustentada bajo una hipótesis crítica destinada a preguntar si una causa formalmente válida basta para justificar cualquier resultado patrimonial.

La evidencia de un precio elevado no demuestra, por sí sola, concertación, abuso de posición de dominio, lesión contractual ni enriquecimiento indebido. Cada una de esas categorías posee presupuestos específicos y autoridades competentes. La regulación ha avanzado hacia la estandarización electrónica de

información de facturación entre IPRESS e IAFAS y hacia mayores obligaciones de información financiera.

En el plano regulatorio reciente, la Superintendencia Nacional de Salud aprobó el Reglamento del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación —Modelo TEDEF-IPRESS-IAFAS y TEDEF-SUSALUD— mediante Resolución de Superintendencia N.º 043-2025-SUSALUD/S (SUSALUD, 2025a). Este instrumento establece una estructura estandarizada para la transmisión de información de facturación y persigue facilitar el seguimiento de variables prestacionales y la supervisión de las IAFAS e IPRESS. Posteriormente, la Resolución de Superintendencia N.º 032-2026-SUSALUD/S modificó el régimen transitorio de implementación (SUSALUD, 2026b). En julio de 2026, SUSALUD dispuso además la publicación del proyecto de Reglamento del Proceso de Elección de la IAFAS Entidad Prestadora de Salud – EPS y del Plan de Aseguramiento en Salud para Asegurados Regulares, mediante Resolución de Superintendencia N.º 000108-2026-SUSALUD/SUP (SUSALUD, 2026a), lo que evidencia la continuidad del proceso de ajuste regulatorio del sistema EPS.

Sobre esa base, el objetivo general del presente estudio consiste en analizar si las relaciones contractuales del sistema EPS pueden

producir desequilibrios patrimoniales relevantes aun cuando exista causa jurídica válida, y determinar la respuesta civil y regulatoria compatible con el ordenamiento peruano. De manera específica se busca: identificar el patrón de diferencias de precios; examinar el nivel de información de los usuarios; contrastar la propuesta de “enriquecimiento indebido con causa” con los presupuestos de la acción subsidiaria prevista por el Código Civil; y formular implicancias regulatorias a partir del marco institucional vigente.

La arquitectura jurídica del sistema EPS debe comprenderse desde la coexistencia entre aseguramiento, prestación sanitaria y contratación privada. La Ley N.º 26790 creó un espacio en el que el asegurado regular mantiene la cobertura de seguridad social y, bajo determinadas condiciones, puede canalizar prestaciones mediante una EPS. El modelo no sustituye íntegramente al seguro social, sino que distribuye funciones entre financiadores y prestadores. Esta estructura explica por qué una misma atención involucra simultáneamente derechos de salud, relaciones contractuales, reglas de supervisión administrativa, derecho de libre competencia, y decisiones económicas sobre tarifas. La investigación de origen se concentró en este último aspecto: el precio total que se factura por medicamentos y análisis clínicos y su distribución entre la entidad financiadora y el afiliado (Valera Rengifo, 2021).

La diferenciación entre IAFAS e IPRESS es central. Las primeras administran fondos destinados al aseguramiento en salud y asumen obligaciones vinculadas con cobertura, autorización y financiamiento. Las segundas ejecutan materialmente la prestación sanitaria. En las redes privadas ambas funciones presumiblemente pueden estar económicamente relacionadas a través de grupos empresariales, contratos de red o acuerdos comerciales. Esa relación no es ilícita por sí misma; puede generar eficiencias de coordinación, economías de escala y continuidad asistencial. No obstante, cuando el afiliado desconoce el precio total y solo observa el copago, la integración económica exige mecanismos de transparencia que permitan verificar si la valorización de prestaciones responde a criterios objetivos y si existen incentivos para elevar artificialmente los montos facturados.

El coaseguro modifica la percepción del precio. Si una póliza cubre el 80 %, 85 % o 90 % del costo, el usuario desembolsa únicamente la fracción restante. Una prestación cuyo precio total es elevado puede ser percibida como económica porque el pago de bolsillo es reducido. Esta divergencia entre precio completo y desembolso visible genera un problema de agencia. El asegurado decide o acepta la prestación, pero una parte considerable de la factura es soportada por el fondo de aseguramiento. En términos regulatorios, la transparencia debe

abarcar el costo integral y no limitarse a informar el copago.

El fenómeno se vincula con la asimetría informativa propia de los mercados sanitarios. El paciente no dispone, por regla general, de la misma información técnica, contractual ni económica que el financiador y el prestador. La urgencia o necesidad asistencial reduce además su capacidad práctica para comparar opciones en tiempo real. En ese contexto, la autonomía contractual mantiene vigencia, pero opera dentro de un mercado en el que la libertad de elección puede estar condicionada por redes cerradas, autorizaciones previas, coberturas diferenciadas y derivaciones médicas. La intervención pública no se justifica por la mera existencia de precios distintos, sino por la necesidad de asegurar que las decisiones contractuales y de consumo se adopten con información suficiente y bajo condiciones competitivas.

Desde el Derecho civil, el contrato cumple una función de organización de intereses y asignación de riesgos. La fuerza obligatoria supone que las prestaciones válidamente pactadas deben ejecutarse conforme a su contenido. Esta regla brinda seguridad al tráfico y evita que la sola disconformidad posterior con el resultado económico permita desconocer el acuerdo. Sin embargo, ningún sistema contractual opera de manera aislada. La validez formal convive con controles de buena fe, protección del consumidor,

libre competencia, normas imperativas y responsabilidad. Por ello, afirmar que existe una causa contractual no responde por completo la pregunta sobre la legitimidad del resultado patrimonial; solo identifica el primer nivel de justificación jurídica.

La noción de causa, en el ámbito del enriquecimiento, no debe confundirse con la causa del contrato entendida como elemento del negocio jurídico. La doctrina sobre enriquecimiento sin causa utiliza el término para preguntar si existe un fundamento jurídico que permita al enriquecido conservar la ventaja patrimonial. Lacruz (2005) explica esta función desde la ausencia de una norma o título que justifique la retención; Díez-Picazo y Gullón (2001) sitúan la institución dentro de los cuasicontratos y mecanismos restitutorios. El análisis debe, por tanto, diferenciar la existencia de un contrato de la suficiencia del título para justificar una ventaja específica que eventualmente exceda aquello que el propio contrato permite.

Esa diferencia es la que permite rescatar, con cautela, la presumible existencia de “enriquecimiento con causa”. El rótulo no debe significar que cualquier prestación onerosa o cualquier margen empresarial genere restitución. Su utilidad analítica consiste en describir casos en los que existe un negocio válido, pero el desplazamiento económico observado plantea dudas sobre su justificación material, la información

disponible o la correspondencia entre prestación y contraprestación. En ese punto, la pregunta correcta no es si debe eliminarse la causa contractual, sino si el ordenamiento contiene herramientas específicas para controlar el desequilibrio antes de acudir a la cláusula residual del enriquecimiento.

Los artículos 1954 y 1955 del Código Civil peruano imponen una restricción decisiva. El primero obliga a indemnizar a quien se enriquece indebidamente a expensas de otro; el segundo declara improcedente la acción cuando el perjudicado puede ejercitar otra para obtener reparación. Esta subsidiariedad preserva la coherencia del sistema. Si el problema puede resolverse mediante incumplimiento contractual, nulidad, anulabilidad, responsabilidad, protección del consumidor, competencia desleal o control administrativo, la acción de enriquecimiento no debe reemplazar esos regímenes.

La función restitutoria del enriquecimiento tampoco equivale a la indemnización de daños. La restitución busca neutralizar una ventaja patrimonial carente de fundamento suficiente; la responsabilidad persigue reparar un daño imputable conforme a sus propios elementos. La redacción del artículo 1954 utiliza el verbo indemnizar, pero su ubicación sistemática y la tradición doctrinal exigen analizar la correlación entre enriquecimiento y empobrecimiento. Esta diferencia resulta importante en el sistema EPS: el eventual exceso

pagado podría requerir una lógica de devolución o reequilibrio, mientras que otros perjuicios —por ejemplo, derivados de información defectuosa— podrían obedecer a reglas distintas.

Otro componente teórico es la subsidiariedad entendida no como formalidad procesal, sino como criterio de política jurídica. Permitir que toda persona insatisfecha con un contrato invoque enriquecimiento indebido debilitaría la previsibilidad del tráfico. La institución debe actuar como mecanismo de cierre cuando no existe una acción específica suficientemente adecuada. Esta concepción explica por qué el artículo no propone una generalización de la acción contra clínicas o aseguradoras. En la práctica administrativa, los instrumentos denominados convenios pueden cumplir funciones heterogéneas: cooperación interinstitucional, intercambio prestacional, articulación de redes o establecimiento de obligaciones recíprocas. Vilalta-Reixach (2016), al estudiar los convenios interadministrativos, demuestra que la denominación no basta para resolver su naturaleza; es necesario atender al contenido, finalidad y régimen jurídico aplicable. En el ámbito sanitario peruano, esta observación es relevante porque una cláusula de tarifas puede encontrarse en instrumentos formalmente denominados convenios, pero producir obligaciones económicas que requieren un análisis sustantivo semejante al contractual.

La libre competencia constituye un segundo eje. Un precio alto puede obedecer a múltiples razones: calidad diferenciada, costos de infraestructura, disponibilidad permanente, intermediación, logística, riesgo, tecnología, escala o poder de mercado. La comparación de precios es un indicador inicial, no una prueba de colusión. Para acreditar un acuerdo horizontal se requiere evidencia de coordinación entre competidores o, según el tipo de conducta, elementos que permitan excluir explicaciones competitivas plausibles.

El rol de INDECOPI y SUSALUD es complementario, aunque sus competencias no son idénticas. INDECOPI actúa en materias de libre competencia y protección del consumidor conforme a los regímenes correspondientes. SUSALUD supervisa a los agentes del aseguramiento y la prestación, protege derechos en salud y fiscaliza obligaciones sectoriales. Un sistema eficaz requiere canales que permitan que la información captada por el supervisor sanitario pueda generar, cuando corresponda, alertas para la autoridad de competencia. La coordinación es especialmente relevante cuando las estructuras empresariales integran aseguramiento y prestación o cuando determinados patrones tarifarios se repiten en mercados geográficos concentrados.

La protección del consumidor aporta una dimensión adicional. El afiliado a una EPS no es solamente parte de una relación de salud; también

recibe un servicio económico complejo. La información esencial comprende coberturas, exclusiones, deducibles, coaseguros, red disponible y condiciones para autorizaciones. A ello debe añadirse, cuando sea técnicamente posible, el precio total de prestaciones y la distribución del pago. Informar únicamente que el usuario abonará el 10 % puede ser insuficiente si desconoce la base sobre la que se calcula ese porcentaje. La transparencia del denominador resulta tan importante como la transparencia del porcentaje.

Es así que, la satisfacción con la oportunidad de atención puede coexistir con desconocimiento económico. Este resultado no debe interpretarse como contradicción psicológica, sino como evidencia de que los usuarios evalúan dimensiones distintas. Una persona puede estar plenamente satisfecha con la rapidez de una consulta y, al mismo tiempo, carecer de información sobre la factura enviada a la IAFAS. La política pública debe respetar esa satisfacción asistencial y evitar que la búsqueda de eficiencia económica deteriore calidad u oportunidad. El desafío consiste en introducir transparencia sin trasladar cargas administrativas excesivas al paciente.

La regulación sanitaria de precios presenta una dificultad clásica. Los servicios médicos no son bienes homogéneos en sentido estricto. Dos análisis con igual denominación pueden incluir tecnologías, estándares de calidad, disponibilidad horaria,

infraestructura y servicios complementarios distintos. En medicamentos, el precio puede variar por presentación, marca, cadena de suministro o condiciones de almacenamiento. Por ello, un sistema de referencias debe comparar objetos equivalentes y ajustar diferencias relevantes.

La alternativa de precios referenciales es distinta de la fijación de precios máximos. Un precio referencial puede funcionar como señal para auditoría, negociación o información al usuario, sin prohibir que una IPRESS cobre más cuando exista justificación. El regulador podría construir distribuciones de precios por prestación, nivel de complejidad y región, e identificar observaciones ubicadas persistentemente fuera de rangos esperados. Esa información sería útil para supervisión basada en riesgo. La intervención material se reservaría para casos en los que, además de la desviación, aparezcan infracciones contractuales, regulatorias o de competencia.

La digitalización de la facturación modifica las posibilidades de supervisión. El Reglamento del Modelo TEDEF-IPRESS-IAFAS y TEDEF-SUSALUD, aprobado en 2025 y modificado en 2026, estandariza el intercambio de datos de facturación. La estandarización facilita agregación, comparación y trazabilidad. Con datos estructurados, la supervisión puede pasar de revisiones aisladas a análisis de patrones.

No obstante, la existencia de datos no garantiza por sí sola rendición de cuentas. Se requiere calidad de registro, interoperabilidad, reglas de validación, protección de datos personales y capacidad analítica institucional. Las bases de facturación sanitaria contienen información sensible y deben utilizarse bajo criterios de minimización y seguridad. Para estudiar precios no es necesario identificar al paciente: bastan variables agregadas y anonimizadas sobre prestación, establecimiento, fecha, mecanismo de pago y monto. Diseñar el sistema con este enfoque permite compatibilizar supervisión económica y privacidad.

La Resolución de Superintendencia N.º 239-2024-SUSALUD/S, que regula información financiera de IAFAS, amplía otra dimensión del control: solvencia y desempeño económico del financiador. La relación entre información financiera y tarifas no es automática, pero ambas fuentes pueden dialogar. Un aumento atípico en costos de prestaciones, acompañado de determinadas estructuras de contratación o concentración de proveedores, podría justificar auditorías focalizadas. El uso regulatorio debe estar basado en indicadores objetivos para evitar decisiones discrecionales o sanciones sustentadas únicamente en comparaciones superficiales.

La actualización normativa de 2026 también muestra que el proceso de elección de EPS continúa siendo objeto de ajuste. Ello evidencia que el

modelo permanece dinámico y que la regulación debe responder a cambios de mercado, digitalización y experiencia acumulada.

El derecho a la salud introduce límites adicionales a cualquier propuesta económica. La eficiencia en costos no puede convertirse en mecanismo para denegar prestaciones necesarias ni para incentivar selección adversa de pacientes. Un esquema de referencias debe proteger calidad y continuidad asistencial. Del mismo modo, la supervisión de precios no debe presuponer que la opción más barata es siempre la más adecuada. La evaluación regulatoria requiere una matriz que combine costo, resultado clínico, nivel de complejidad y oportunidad. Esta perspectiva evita reducir el fenómeno sanitario a una comparación puramente comercial.

La responsabilidad del Estado se proyecta, en este contexto, a través de regulación, supervisión y garantía de derechos, no necesariamente mediante administración directa de cada precio. El Decreto Legislativo N.º 1158 fortaleció a SUSALUD y le atribuyó competencias sobre uso de recursos destinados a servicios de salud.

La necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión económica del sistema de aseguramiento en salud ha sido reconocida recientemente por la propia autoridad reguladora. SUSALUD aprobó en 2025 el Reglamento del Modelo de Transacción Electrónica de Datos

Estandarizados de Facturación —TEDEF-IPRESS-IAFAS y TEDEF-SUSALUD— con la finalidad de disponer de un instrumento tecnológico que permita supervisar a las IAFAS públicas y privadas, el uso de los recursos y el financiamiento oportuno de las prestaciones de salud, procurando además mayor claridad y transparencia en la información utilizada para dicha supervisión (Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD], 2025).

Desde la teoría del equilibrio patrimonial, el problema no consiste en exigir equivalencia matemática entre todas las prestaciones contractuales. Los contratos onerosos permiten márgenes, ganancias y diferencias de valor subjetivo. El Derecho privado no impone, de manera general, una equivalencia objetiva perfecta. La relevancia aparece cuando el desequilibrio se combina con ausencia de información, limitación real de elección, posición de mercado o incumplimiento normativo. En consecuencia, el artículo evita presentar el porcentaje de diferencia de precios como criterio autónomo de ilicitud. Se trata de una señal que debe ser contextualizada.

La noción de buena fe puede contribuir a ese contexto. En relaciones contractuales de duración y alta complejidad, la buena fe impone deberes de cooperación, coherencia e información. Su alcance concreto depende del tipo de vínculo y no puede utilizarse como cláusula abierta para reescribir precios libremente pactados. Sin embargo, cuando

una parte administra información que la otra necesita para comprender el impacto económico de la operación, el deber informativo adquiere especial relevancia. En el sistema EPS, esta consideración refuerza la conveniencia de revelar el precio total y no solo la parte inmediatamente exigible al asegurado.

El análisis también debe distinguir al Estado como regulador del Estado como financiador. Cuando recursos públicos participan en el pago de prestaciones, el interés en eficiencia y control del gasto es particularmente intenso. Cuando el financiamiento es enteramente privado, subsisten razones de protección del consumidor y competencia, pero cambia la justificación fiscal.

El problema principal del sistema estudiado no es la mera existencia de causa contractual, sino la insuficiencia de mecanismos que permitan verificar la razonabilidad económica y la transparencia de las transferencias realizadas bajo esa causa. La respuesta debe ser escalonada.

Primero, información y trazabilidad; segundo, supervisión y auditoría basada en datos; tercero, aplicación de normas de consumo o competencia cuando corresponda; y, en último término, remedios civiles residuales. Esta secuencia orienta la interpretación de los resultados empíricos que se presentan a continuación.

Metodología

El estudio corresponde a un análisis jurídico-regulatorio secundario de la evidencia empírica producida en la tesis de maestría de Valera Rengifo, publicada en 2021 por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Los datos empíricos fueron recolectados los días 3 y 4 de mayo de 2019; por ello, 2021 se utiliza como año de la fuente bibliográfica y 2019 únicamente como fecha de levantamiento de información. El artículo no realizó una nueva aplicación de encuestas, sino una relectura de los resultados originarios a la luz del Derecho civil, la regulación sanitaria y la evolución normativa hasta 2026 (Valera Rengifo, 2021).

Se emplearon cuatro procedimientos analíticos complementarios. El método comparativo permitió confrontar los precios documentados de prestaciones equivalentes dentro y fuera de la red EPS. El razonamiento inductivo-deductivo se utilizó para relacionar los hallazgos empíricos con los presupuestos dogmáticos del enriquecimiento indebido. El método jurídico comprendió el examen sistemático de la normativa civil, de aseguramiento en salud y de supervisión administrativa.

Finalmente, el análisis documental integró comprobantes, cotizaciones, normas, resoluciones y literatura doctrinal. Los resultados cuantitativos se trataron exclusivamente de forma descriptiva; no se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales ni se formularon estimaciones para la población general.

La fuente originaria reporta una encuesta aplicada de manera indistinta a veinte usuarios del sistema EPS en las clínicas Pacífico y Metropolitana de Chiclayo, en sus propias instalaciones, durante los días 3 y 4 de mayo de 2019, mediante un instrumento de nueve preguntas. La documentación consultada no permite reconstruir con suficiente detalle un procedimiento probabilístico de muestreo, criterios formales de inclusión y exclusión ni una validación psicométrica independiente del cuestionario; por esa razón, tales aspectos se reconocen como limitaciones y no se les atribuyen características no documentadas. El presente artículo no contactó nuevamente a los participantes ni trató datos identificatorios; trabajó con resultados agregados y documentos previamente incorporados a una tesis de acceso público. Como criterio ético, se evitó cualquier identificación individual y se mantuvo la trazabilidad de la fuente original.

Resultados

El primer hallazgo corresponde a la diferencia entre el precio total cobrado dentro del sistema EPS y el precio observado en proveedores ajenos a la red. En uno de los ejemplos documentados, tres medicamentos —Aerius, Halovate y Prednisona— alcanzaron en una clínica un precio conjunto de S/ 423,94, mientras que la cotización externa utilizada por la investigación sumó S/ 237,05. La diferencia absoluta fue de S/ 186,89, equivalente

aproximadamente al 78,8 % respecto del precio externo. El dato relevante no es únicamente el porcentaje, sino la estructura de percepción del usuario: cuando existe coaseguro, el asegurado visualiza solo una fracción del precio, mientras el resto se imputa al financiador.

En los análisis clínicos se observó un patrón similar. Urocultivo, Espermacultivo y PSA total alcanzaron un precio conjunto de S/ 191,14 en la Clínica Metropolitana, frente a S/ 100,00 en el laboratorio externo considerado por la investigación. Bajo una cobertura del 90 %, el estudio estimó que el financiador asumiría S/ 172,00

en el primer escenario, frente a S/ 90,00 si se utilizaba la referencia externa. La diferencia documentada fue, por tanto, cercana al 91 %.

Los ejemplos revisados muestran que la diferencia no puede describirse simplemente como “copago caro” o “copago barato”. La variable económicamente relevante es el precio total de la prestación antes de distribuirlo entre IAFAS y asegurado. Precisamente allí aparece la asimetría: el usuario puede considerar beneficioso el servicio porque su desembolso directo es reducido, aun cuando desconozca la valorización completa cargada al fondo de aseguramiento.

Prestación	Precio en EPS (S/)	Referencia externa (S/)	Diferencia aprox.
Medicamentos: Aerius + Halovate + Prednisona	423,94	237,05	78,8 %
Laboratorio: Urocultivo + Espermacultivo + PSA	191,14	100,00	91,1 %

Tabla 1. Comparación de precios documentada en la investigación de 2019

Nota. Fuente: elaboración propia a partir de los comprobantes y cotizaciones consignados en Valera Rengifo (2021); los datos fueron recolectados en 2019. Los porcentajes expresan diferencia respecto de la referencia externa y no constituyen una estimación del mercado nacional.

El segundo hallazgo fue informativo. De los veinte encuestados, el 75 % declaró desconocer el sistema EPS y el 25 % manifestó poseer conocimientos generales. El 100 % afirmó desconocer las condiciones contractuales del seguro y el costo total generado por medicamentos y análisis clínicos, mientras que el 100 % calificó como buenas las atenciones. La tesis de origen consigna además dos resultados de 94 % —desconocimiento de restricciones y valoración del sistema como muy beneficioso—; sin embargo, ese porcentaje es aritméticamente incompatible con una muestra de veinte personas, pues cada respuesta representa cinco puntos porcentuales. En consecuencia, dichos dos porcentajes no se utilizan como resultados cuantitativos en este artículo mientras no pueda verificarse el número absoluto de respuestas en la base originaria. Se conserva

únicamente la conclusión cualitativa, respaldada por el resto de la encuesta, de que coexistían una valoración favorable de la atención y un conocimiento limitado de la arquitectura contractual y económica del seguro.

Ese patrón sugiere una asimetría informativa estructural. No se trata de afirmar que la satisfacción sea equivocada, sino de advertir que la evaluación del servicio se construye con información incompleta. El asegurado observa tiempos de atención, calidad percibida y copago; raramente conoce el precio total, la proporción financiada por la IAFAS o las reglas mediante las cuales se pactaron tarifas entre financiador y prestador. La falta de transparencia reduce la capacidad de vigilancia del propio consumidor y debilita la disciplina competitiva del mercado.

Indicador	Resultado
Desconoce el sistema EPS	75 %
Desconoce condiciones contractuales	100 %
Desconoce restricciones de cobertura	No utilizado*
Desconoce costo total de medicamentos y análisis	100 %
Considera buenas las atenciones	100 %
Considera al sistema muy beneficioso	No utilizado*

Tabla 2. Indicadores de conocimiento y percepción de usuarios EPS

Nota. Encuesta aplicada a 20 usuarios de las clínicas Pacífico y Metropolitana de Chiclayo, 3 y 4 de mayo de 2019, según Valera Rengifo (2021). Los resultados son descriptivos y no generalizables a la totalidad de afiliados EPS. Los dos porcentajes de 94 % consignados en la fuente originaria se excluyen de la tabulación por incompatibilidad aritmética con $n = 20$, hasta contar con el número absoluto verificable de respuestas.

El tercer resultado es normativo. La relación entre IAFAS, IPRESS y asegurados se encuentra respaldada por títulos contractuales y por un entramado regulatorio sectorial. Esa existencia de causa jurídica impide trasladar de modo automático el conflicto al enriquecimiento indebido clásico. La autonomía privada explica por qué un precio pactado puede ser jurídicamente exigible, pero no determina, por sí sola, que todo resultado económico sea inmune al control de competencia, protección del consumidor, supervisión sanitaria o deberes de transparencia.

El cuarto resultado consiste en la persistencia de un espacio regulatorio específico entre transparencia de datos y control material de precios. El Modelo TEDEF, aprobado en 2025 y modificado en 2026, estandariza información de facturación entre IPRESS e IAFAS y facilita trazabilidad (SUSALUD, 2025a, 2026b). Esta evolución reduce un problema operativo importante, aunque no equivale a fijar precios ni a definir cuándo una tarifa es excesiva. La regulación financiera de IAFAS privadas también fortalece la supervisión institucional (SUSALUD, 2024).

Discusión

Los resultados permiten responder al objetivo desde dos planos que no deben confundirse. El primero es económico-regulatorio: sí existen casos documentados en los que el precio total de una prestación bajo cobertura EPS fue sustancialmente

superior a la referencia externa utilizada. El segundo es dogmático: esa diferencia no convierte automáticamente el desplazamiento patrimonial en enriquecimiento indebido accionable. La relevancia científica de la propuesta reside, precisamente, en poner a prueba la suficiencia de la causa contractual frente a un desequilibrio que puede ser formalmente válido y materialmente cuestionable.

La doctrina clásica del enriquecimiento sin causa parte de una función restitutoria y de cierre del sistema. Díez-Picazo & Gullón (2001) destacan su carácter subsidiario; Lacruz (2005) vincula la restitución a la ausencia de fundamento jurídico que permita retener la ventaja. Esta construcción es compatible con los artículos 1954 y 1955 del Código Civil peruano: el artículo 1954 impone indemnizar a quien se enriquece indebidamente a expensas de otro, mientras que el artículo 1955 excluye la acción cuando el perjudicado puede ejercitar otra destinada a obtener la reparación. El dato contractual, por consiguiente, no es accesorio: puede constituir justamente la razón por la cual la acción de enriquecimiento no sea la vía idónea.

De ello se desprende una corrección conceptual importante respecto de una lectura literal de la tesis original. “Enriquecimiento indebido con causa” funciona mejor como categoría analítica que como nueva fuente autónoma de obligaciones. Describe un resultado económico que aparece amparado por un título válido, pero cuya legitimidad

material se cuestiona por asimetría informativa, falta de parámetros de comparación o posible distorsión competitiva. Convertir esa categoría en una acción civil general tendría el riesgo de desplazar las reglas sobre fuerza obligatoria, interpretación, invalidez, lesión, responsabilidad contractual y protección del consumidor.

Esta conclusión no elimina la utilidad del enriquecimiento indebido, al contrario, preserva su función residual. Allí donde el título jurídico pierda eficacia, no exista otro remedio o se produzca una ventaja patrimonial no cubierta realmente por el contrato, la acción puede recuperar centralidad. El punto es que la existencia de una tarifa alta pactada entre actores privados requiere primero determinar si existe incumplimiento regulatorio, infracción de competencia, falta de información, conflicto de interés o una cláusula susceptible de control; solo después corresponde examinar la subsidiariedad civil.

La evolución regulatoria posterior a la investigación confirma que la trazabilidad de la facturación constituye actualmente un componente relevante de la supervisión sanitaria. SUSALUD ha señalado que la implementación del modelo TEDEF busca estandarizar y automatizar los procesos de facturación y pago entre las IPRESS y las IAFAS, reduciendo tiempos de tramitación y errores y, simultáneamente, incrementando la transparencia de las transacciones económicas vinculadas con las

prestaciones de salud. Este desarrollo normativo resulta concordante con la necesidad identificada en la presente investigación de contar con información comparable y verificable sobre los costos de medicamentos, procedimientos y servicios facturados dentro del sistema EPS (SUSALUD, 2025b).

El hallazgo sobre usuarios refuerza esa lectura. El 100 % manifestó desconocer el precio total y las condiciones contractuales, mientras que la atención fue valorada positivamente. Esta separación entre experiencia asistencial y comprensión económica muestra que el usuario puede evaluar favorablemente la prestación sin disponer de información suficiente sobre su costo integral. Los dos porcentajes de 94 % reportados en la tesis originaria no se emplean aquí como evidencia cuantitativa, debido a su incompatibilidad aritmética con $n = 20$.

La evolución regulatoria posterior a 2019 confirma parcialmente esa orientación. El TEDEF-IPRESS-IAFAS y TEDEF-SUSALUD uniformiza la transmisión de datos de facturación, mientras el Reglamento para la presentación de información financiera de IAFAS amplía la capacidad de supervisión. Estas herramientas crean una infraestructura informacional que no existía con igual desarrollo al momento de la tesis. Sin embargo, la disponibilidad de datos solo produce regulación efectiva si se transforma en indicadores,

alertas y procedimientos de fiscalización. La transparencia de facturación es condición necesaria, no suficiente, para controlar prácticas económicas potencialmente perjudiciales.

Las diferencias de precios y la existencia de redes empresariales no acreditan concertación; tal conclusión exigiría evidencia de coordinación, intercambio de información sensible o conductas paralelas explicables por una práctica colusoria, materia que corresponde investigar a la autoridad competente. También debe revisarse la propuesta de fijación o referencia de precios. Una tarifa estatal rígida aplicada a todo el sector privado podría generar distorsiones e interferir con autonomía empresarial, estructura de costos y diferenciación de servicios. Un mecanismo menos invasivo sería construir bandas, indicadores o precios referenciales basados en datos agregados y anonimizados, con ajustes por complejidad clínica, nivel de atención, tecnología y territorio. Esos parámetros servirían para supervisión y transparencia, sin necesariamente convertirse en precios máximos obligatorios.

La categoría analítica propuesta exige, ante todo, separar tres preguntas que en la práctica suelen superponerse: si existe una diferencia relevante de precios; si esa diferencia obedece a una conducta jurídicamente reprochable; y si el remedio adecuado pertenece al Derecho civil, al régimen de protección del consumidor, a la regulación sanitaria o al

Derecho de la competencia. Una comparación tarifaria permite responder únicamente la primera cuestión. Para avanzar hacia la segunda se requiere reconstruir la formación del precio, identificar el título que legitima la prestación y valorar posibles costos diferenciadores, calidad, oportunidad, infraestructura, disponibilidad, tecnología, logística o riesgo asumido. Solo después de esa depuración puede discutirse la consecuencia jurídica. Este orden analítico evita transformar una anomalía económica en una infracción presumida y, al mismo tiempo, impide que la sola existencia de un contrato cierre cualquier examen sobre el equilibrio material de la relación.

En sede civil, la exigencia probatoria es especialmente relevante. Los artículos 1954 y 1955 del Código Civil peruano sitúan el enriquecimiento indebido dentro de las fuentes de las obligaciones y condicionan su procedencia a la inexistencia de otra acción idónea. Por ello, una pretensión restitutoria asociada a prestaciones EPS tendría que demostrar, además del incremento patrimonial y del correlativo detrimento, por qué el beneficio concretamente discutido carece de justificación suficiente o ha quedado fuera del ámbito económico cubierto por el título contractual. La noción de “causa” no puede utilizarse simultáneamente para afirmar la plena eficacia del contrato y, sin una explicación adicional, negar toda justificación al desplazamiento.

También debe diferenciarse el perjuicio del asegurado del eventual impacto sobre fondos administrados por la IAFAS. El copago bajo una póliza puede producir la percepción de que la prestación es económica para el usuario, aun cuando el precio total sea elevado. Esta divergencia, observada en la encuesta, tiene consecuencias regulatorias: la transparencia útil no se satisface mostrando únicamente lo que paga el afiliado. Para que exista capacidad real de comparación debe conocerse el precio íntegro, el porcentaje cubierto, el copago y las principales restricciones contractuales. El diseño de información estandarizada permitiría al usuario comprender la dimensión económica de su decisión y, a la autoridad, detectar patrones que ameriten fiscalización. La finalidad no sería sustituir la libertad contractual, sino corregir una asimetría informativa que debilita el control competitivo del mercado.

Desde el Derecho de la competencia, cualquier hipótesis de concertación demanda un estándar distinto. La existencia de precios semejantes, su elevación simultánea o la integración de empresas dentro de una red pueden constituir señales para orientar una indagación, pero no son equivalentes a prueba de acuerdo anticompetitivo. Una investigación de esa naturaleza requiere examinar comunicaciones, mecanismos de coordinación, intercambio de información

estratégica, estructura del mercado y explicaciones económicas alternativas.

En el plano de política regulatoria, un sistema de precios referenciales puede ser más compatible con la autonomía privada que un control tarifario general. Su diseño debería partir de grupos homogéneos de prestaciones, variables de ajuste por complejidad y criterios transparentes de actualización. Los valores resultantes no operarían necesariamente como topes, sino como umbrales de comparación para auditoría, contratación y supervisión. Desviaciones significativas activarían una revisión cualitativa que permita identificar si existe una justificación clínica o económica. De esta manera, la intervención pública se concentraría en la transparencia y en la detección de anomalías, reduciendo el riesgo de uniformar artificialmente prestaciones que no son equivalentes.

La articulación institucional completa este esquema. SUSALUD posee competencias de supervisión del aseguramiento y de la prestación sanitaria, mientras que INDECOPI interviene en materias de libre competencia y protección del consumidor dentro de su ámbito legal. La eficacia del control depende de que la información generada por el sistema sanitario pueda traducirse, cuando corresponda, en alertas para la autoridad competente, sin duplicar procedimientos ni desbordar competencias.

Por último, la categoría “enriquecimiento indebito con causa” conserva interés científico precisamente porque obliga a discutir los límites del sistema de remedios. No debe presentarse como una doctrina asentada ni como excepción ya reconocida por la legislación peruana. Su rendimiento teórico está en describir situaciones en las que un desplazamiento patrimonial puede ser formalmente explicable y, al mismo tiempo, materialmente cuestionado por falta de información, por una eventual distorsión del mercado o por un resultado que exceda la justificación económica del título. El desafío jurídico consiste en determinar qué remedio responde a cada supuesto sin erosionar la seguridad contractual ni dejar sin respuesta desequilibrios que puedan ser demostrados con evidencia suficiente.

Conclusiones

1. La evidencia empírica analizada demuestra que, en determinados medicamentos y análisis clínicos presentaron precios totales sustancialmente superiores a las referencias externas utilizadas. El problema económico recae sobre el precio íntegro de la prestación y no únicamente sobre el copago visible para el afiliado.
2. El nivel de información de los usuarios fue insuficiente: todos los encuestados desconocían las condiciones contractuales y el costo total de medicamentos y análisis, mientras que la atención recibió una valoración favorable. Este resultado identifica una asimetría informativa que puede impedir una evaluación económica completa del servicio y debilitar mecanismos ordinarios de disciplina de mercado. Los porcentajes de 94 % consignados en la fuente originaria fueron excluidos del análisis por incompatibilidad aritmética con $n = 20$.
3. La expresión “enriquecimiento indebito con causa” no constituye, a partir de los datos revisados, una categoría dogmática consolidada que permita desplazar automáticamente la disciplina contractual. Su utilidad reside en describir críticamente un desequilibrio patrimonial producido bajo un título formalmente válido. La acción prevista en los artículos 1954 y 1955 del Código Civil conserva carácter subsidiario y exige verificar previamente si existen remedios contractuales, regulatorios, de consumo o de competencia.
4. La evolución normativa hasta 2026 ha fortalecido la trazabilidad y estandarización de información mediante mecanismos como TEDEF y nuevas obligaciones financieras de las IAFAS. No obstante, la transparencia de datos debe complementarse con metodologías de comparación, alertas de desviación y supervisión orientada a precios y relaciones económicas entre financiadores y prestadores.
5. La respuesta institucional más consistente no es convertir el enriquecimiento indebito en

corrector general de contratos válidos, sino articular prevención y remedios: información al afiliado sobre precio total y copago, indicadores referenciales de costos, auditoría regulatoria basada en datos, investigación de eventuales prácticas anticompetitivas cuando existan indicios suficientes y aplicación residual de la restitución civil cuando se cumplan sus presupuestos.

Recomendaciones

1. SUSALUD debería utilizar la información estandarizada de facturación para construir indicadores comparables de prestaciones frecuentes entre IAFAS e IPRESS, con metodologías públicas que permitan identificar variaciones atípicas sin imponer automáticamente tarifas uniformes al mercado privado.
2. Las IAFAS EPS y las IPRESS deberían informar al asegurado, en documentos de fácil acceso, el precio total de cada prestación, el porcentaje financiado por la IAFAS, el copago efectivamente asumido y, cuando corresponda, las exclusiones o límites aplicables. La transparencia debe producirse antes o inmediatamente después de la prestación y no quedar restringida al detalle técnico de facturación entre agentes.

3. SUSALUD e INDECOPI deberían reforzar mecanismos de interoperabilidad institucional para que patrones de precios anómalos, relaciones societarias relevantes o concentraciones de mercado puedan ser evaluados conforme a las competencias de cada entidad, evitando inferir concertación únicamente a partir de diferencias tarifarias.

Referencias

- Congreso de la República del Perú. (1997). Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Documento en línea. Disponible https://www.leyes.congreso.gob.pe/DetLeyNum_e_1p.aspx?xNorma=6&xNumero=26790&xTip oNorma=0
- Decreto Legislativo N.º 1158. (2013). Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Documento en línea. Disponible https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/EXPVIRT_2011.nsf/B8A7D82F30BFAF7305256F260056634D/06025DDF7CDB7B4E05257C40005C95F8
- Díez-Picazo, L., & Gullón, A. (2001). Sistema de derecho civil (Vol. II, 9.ª ed.). Tecnos.
- Lacruz, J. L. (2005). Elementos de derecho civil. Derecho de obligaciones (3.ª ed.). Dykinson.
- Perú. Código Civil. (1984). Artículos 1954 y 1955.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2024). Resolución de Superintendencia N.º 239-2024-SUSALUD/S. Reglamento para la presentación de información financiera de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/6323447-239-2024-susalud-s>

- Superintendencia Nacional de Salud. (2025a). Resolución de Superintendencia N.º 043-2025-SUSALUD/S. Reglamento del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación – Modelo TEDEF-IPRESS-IAFAS y TEDEF-SUSALUD. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/6589744-043-2025-susalud-s>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2025b, 25 de abril). SUSALUD impulsa transparencia y eficiencia en el sector salud con la implementación del Modelo TEDEF. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/susalud/noticias/1156031-susalud-impulsa-transparencia-y-eficiencia-en-el-sector-salud-con-la-implementacion-del-modelo-tedef>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2026a). Resolución de Superintendencia N.º 000108-2026-SUSALUD/SUP. Proyecto de Reglamento del Proceso de Elección de la IAFAS Entidad Prestadora de Salud – EPS y del Plan de Aseguramiento en Salud para Asegurados Regulares. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/8371194-000108-2026-susalud-sup>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2026b). Resolución de Superintendencia N.º 032-2026-SUSALUD/S. Modificación del Reglamento del Modelo TEDEF-IPRESS-IAFAS y TEDEF-SUSALUD. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/tipos/63-resolucion-de-superintendencia?sheet=2>
- Valera Rengifo, J. C. (2021). El enriquecimiento indebido con causa por parte de las aseguradoras y clínicas que prestan servicio de salud bajo el sistema EPS [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Documento en línea. Disponible <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9389>
- Vilalta-Reixach, M. (2016). Los convenios interadministrativos en el ordenamiento jurídico español desde un punto de vista contractual. *Revista Digital de Derecho Administrativo*, (15), 83–114. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.18601/21452946.n15.06>