



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA

Escuela Profesional de Derecho

TESIS

“EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO
REGULAR, EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA EN PERIODO
DE CARENCIA”

PRESENTADO POR:

NÍCOLAZ MARTÍN DIONICIO GUTARRA PEROCHENA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADO

LIMA, PERÚ

2017



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA
ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

DICTAMEN DE EXPEDITO DE TESIS N° 056-T-2017-OIYPS-FDYCP-UAP

Visto, el Oficio N° 175-2017-OGYT-FDYCP-UAP, de fecha 18.09.2017 de la Oficina de Grados y Títulos, en el que se solicita la revisión final de trabajo de Investigación presentado por el/la bachiller **NICOLAZ MARTIN DIONICIO GUTARRA PEROCHENA**, a fin que se declare expedito para sustentar la tesis titulada **"EL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO REGULAR, EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA EN PERIODO DE CARENCIA"**.

CONSIDERANDO

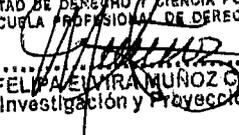
Que, el Reglamento de Grados y Títulos aprobado por Resolución Rectoral N° 15949-2015.R-UAP de fecha 28.12.2015, contempla las disposiciones normativas correspondientes a las funciones de las Oficinas de Investigación, el mismo que concuerda con lo dispuesto por el Reglamento de Investigación e Innovación Tecnológica aprobado por Resolución Rectoral N° 17483-2017-R-UAP de fecha 15.12.2016.

Que, de la revisión de la tesis, se aprecia que esta cuenta con el informe de el/la asesor/a metodólogo Dr. Godofredo Calla Colana de fecha 11 de agosto de 2017, y el informe de el/la asesor/a temático Mg. Walter Peralta Cabrera de fecha 06 de setiembre de 2017, informes que señalan que la tesis ha sido desarrollada conforme a las exigencias requeridas para el trabajo de investigación correspondiente al aspecto temático y procedimiento metodológico.

DICTAMEN

Atendiendo a estas consideraciones y al pedido de el/la bachiller **NICOLAZ MARTIN DIONICIO GUTARRA PEROCHENA**, esta Jefatura **DECLARA EXPEDITA LA TESIS**; titulada **"EL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO REGULAR, EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA EN PERIODO DE CARENCIA"** debiendo el/la interesado/a continuar y cumplir con el proceso y procedimiento para que se le programe el examen oral de sustentación de Tesis.

La Victoria, 22 de setiembre de 2017


Dra. FELIPA LEYRA MUÑOZ OCURO
Jefa de Investigación y Proyección Social

FEMC/jmu

INFORME N° 09 G.J.C.C-T-2017

AL : **Dr. Ricardo Alfredo Díaz Bazán Ph.D.**
Decano de la Facultad de Derecho y Ciencia Política

DE : **Dr. Godofredo J. Calla Colana**
Docente Asesor
Código N° 051289

REFERENCIA: Resolución Decanal N°1538-2017-FDYCP-UAP

ASUNTO : Asesoría metodológica: Tesis

BACHILLER : **NÍCOLAZ MARTÍN DIONICIO GUTARRA PEROCHENA**
Título: "RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO REGULAR, EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA EN PERIODO DE CARENCIA"

FECHA : 11 de agosto de 2017

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con relación a la referencia, a fin de hacer de vuestro conocimiento el presente informe, la evaluación de los aspectos de forma y fondo:

1. DE LOS ASPECTOS DE FORMA

Se ha considerado la **Resolución Vicerrectoral N° 2342-2013-VIPG-UAP**, que regula la estructura del proyecto de Tesis, la estructura de la Tesis, y que hace referencia a las **normas del APA**.

2. DE LOS ASPECTOS DE FONDO

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Con relación al título "RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO REGULAR, EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA EN PERIODO DE CARENCIA"

DEL CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Descripción de la realidad problemática

La investigación nace por la preocupación del interesado frente a los inconvenientes y problemas que padecen los usuarios de aseguramiento en el Perú, es decir, aquellos afiliados a un régimen de salud subsidiado por el Estado cuyo factor principal para acceder a este tipo de seguro ha sido su condición de pobreza o pobreza extrema, que por la necesidad de salir de esa condición socio-económica buscan y en buen hora encuentran un empleo el cual les ofrece los beneficios correspondientes ingresando a la planilla de la empresa, obteniendo inmediatamente el seguro regular o seguro obligatorio perteneciente al régimen contributivo de seguridad social en salud en periodo de carencia y perdiendo su seguro subsidiado puesto que el sistema de aseguramiento nacional no permite la duplicidad de seguros (régimen subsidiado y régimen contributivo), viéndose

vulnerada la continuidad de atención médica coberturada por el Estado puesto que no puede hacer uso del seguro gratuito (subsidiado) ni del seguro regular (contributivo) porque este último se encuentra en periodo de carencia.

- Delimitación de la investigación
Se ha desarrollado correctamente la delimitación espacial, social, temporal y conceptual.
- Problemas de la investigación
Se desarrolló el problema general y específico de forma correcta, los cual es analizado en el transcurso de la investigación.
- Objetivos de la investigación
Se establecieron los objetivos generales y específicos, además se propuso una modificación en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Hipótesis o supuesto y variables o categorías de la investigación
El enfoque de la tesis es cualitativo, motivo por el cual se desarrolló el supuesto general. Respecto a las categorías se desarrollaron dos: El seguro regular de salud y el régimen subsidiado de salud.
- Metodología de la investigación
En cuanto a la metodología se consigna a que se dedujo una hipótesis, en cuanto se refiere al diseño se señaló que es no experimental correlacional, también se precisa la población y la muestra correctamente.
- Justificación e importancia de la investigación
La investigación se justifica en analizar, estudiar y de ser posible proponer medidas de solución frente a un problema no previsto por la Ley marco de aseguramiento universal en salud; problema que se contrapone al principio de universalidad.

EL CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- Antecedentes de la investigación
Se desarrollaron correctamente los antecedentes internacionales y nacionales, tomando como tales a tesis y artículos científicos.
- Bases teóricas
Se explica de forma detallada la evolución de las categorías investigadas dentro de nuestra legislación peruana, explicando el impacto social de las mismas.
- Bases legales
Se sustenta de forma clara y precisar la base legal, respetando la jerarquía de normas.
- Definición de términos básicos
Hay una correcta selección de términos que se han usado en toda la investigación.

DEL CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Análisis de tablas y gráficos
La tabla N° 1 detalla la respuesta de cada especialista entrevistado y el resultado individual. La tabla N° 2 desarrolla la interpretación de resultados, es decir, se agrupan los resultados individuales para llegar a una solo argumento, el cual tiene un sustento teórico. La tabla N° 3 agrupa cada argumento

con la sub categoría a la que pertenece y frente a ello se obtienen las propuestas. Como grafico final tenemos un organizador que detalla el tema de investigación, las dos categorías, las seis sub categorías, los quince indicadores y al final se presentan las propuestas.

- **Discusión de Resultados**
Se realizó una correcta discusión de resultados, los cuales fueron relacionados con los antecedentes nacionales e internacionales.
- **Conclusiones**
Es desarrollado correctamente en razón de cada resultado.
- **Recomendaciones**
Se encuentran debidamente relacionadas a las conclusiones.
- **Fuentes de información**
Tiene que haber una correcta aplicación de las técnicas APA.

ANEXOS

Matriz de Consistencia

En cuanto se refiere a la matriz de consistencia hay que reforzar la metodología de la investigación.

Instrumento(s)

Se consignan los instrumentos respectivos

Validación de instrumento por expertos (Ficha de validación del instrumento. Juicio de expertos)

CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, habiéndose cumplido con las sesiones de asesoramiento correspondiente al **aspecto metodológico** considero que el bachiller NÍCOLAZ MARTÍN DIONICIO GUTARRA PEROCHENA, ha realizado la **tesis** conforme exigencias establecidas por la Facultad, para su preparación y elaboración; el mismo que está concluido y listo para ser sustentado.

Atentamente,



.....
Godofredo J. Calla Colana
DOCTOR EN EDUCACIÓN

INFORME N° 05 WPC-2017

AL : **Dr. Ricardo Alfredo Díaz Bazán Ph.D.**
Decano de la Facultad de Derecho y Ciencia Política

DE : **Mg. Walter Cecilio Peralta Cabrera**
Docente Asesor
Código N° 029046

REFERENCIA : Resolución Decanal N°1538-2017-FDYCP-UAP

ASUNTO : Asesoría tematica: Tesis

BACHILLER : NÍCOLAZ MARTÍN DIONICIO GUTARRA PEROCHENA
Título: "RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO REGULAR, EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA EN PERIODO DE CARENCIA"

FECHA : 06 de septiembre de 2017

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para saludarlo y a su vez, en relación al documento de referencia, se remite el presente informe respecto a la evaluación de aspectos de forma y fondo:

1. DE LOS ASPECTOS DE FORMA

Se ha considerado la **Resolución Vicerrectoral N° 2342-2013-VIPG-UAP**, que regula la estructura del proyecto de Tesis, la estructura de la Tesis, y que hace referencia a las **normas del APA**.

2. DE LOS ASPECTOS DE FONDO

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación lleva como título "RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO REGULAR, EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA EN PERIODO DE CARENCIA"

DEL CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

– Descripción de la realidad problemática

La investigación nace por la preocupación del interesado frente a los problemas que padecen los usuarios de aseguramiento en nuestro país, es decir, aquellos afiliados a un régimen de salud subsidiado por el Estado cuyo factor principal para acceder a este tipo de seguro ha sido

su condición de pobreza o pobreza extrema, que por la necesidad de salir de esa condición socio-económica buscan y un empleo el cual les ofrece los beneficios correspondientes ingresando a la planilla de la empresa, obteniendo el seguro regular perteneciente al régimen contributivo de seguridad social en salud, sin embargo, este se encuentra en periodo de carencia, y por pertenecer al mismo pierden su seguro subsidiado puesto que nuestra norma de aseguramiento universal no permite la duplicidad de seguros (régimen subsidiado y régimen contributivo), viéndose vulnerada la continuidad de atención médica coberturada por el Estado puesto que no puede hacer uso del seguro gratuito (subsidiado) ni del seguro regular (contributivo) porque este último se encuentra en periodo de carencia.

– Delimitación de la investigación

Se ha desarrollado de manera correcta la delimitación espacial, social, temporal y conceptual.

– Problemas de la investigación

Se desarrolló el problema general y específico de forma correcta. Se analiza en el transcurso de la investigación.

– Objetivos de la investigación

Se establecieron los objetivos generales y específicos, además se propuso una modificación en el reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344.

– Hipótesis o supuesto y variables o categorías de la investigación

El enfoque de la tesis es cualitativo, motivo por el cual se desarrolló el supuesto general con indicación del asesor metodólogo. Respecto a las categorías se desarrollaron dos: El seguro regular de salud y el régimen subsidiado de salud.

– Metodología de la investigación

En cuanto a la metodología se consigna a que se dedujo una hipótesis, en cuanto se refiere al diseño se señaló que es no experimental correlacional, también se precisa la población y la muestra correctamente.

– Justificación e importancia de la investigación

La investigación se justifica en analizar, estudiar y de ser posible proponer medidas de solución frente a un problema no previsto por la Ley N° 29344; problema que se contrapone al principio de universalidad.

EL CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- Antecedentes de la investigación

Se desarrollaron de forma correcta los antecedentes internacionales y nacionales. Se consideró como referente a investigaciones, entre tesis y artículos científicos, referente al tema. Se debe tener en cuenta que el presente es un tema nuevo, por ello las investigaciones analizadas en los antecedentes no tienen un nombre similar, pero en su desarrollo coinciden con la propuesta.
- Bases teóricas

Se explica de forma detallada la evolución de las categorías investigadas dentro de nuestra legislación peruana, explicando el impacto e incidencia en nuestra realidad.
- Bases legales

Se evidencia una recopilación y explicación de las normas a lo largo del tiempo. Se sustenta de forma clara, precisa y consistente la base legal, respetando la jerarquía de las normas y tomando como punto central el derecho constitucional de acceso a las prestaciones de salud y derecho a la seguridad social.
- Definición de términos básicos

Se seleccionó correctamente los términos utilizados en la investigación.

DEL CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Análisis de tablas y gráficos

La tabla N° 1 muestra la respuesta de cada especialista entrevistado y el resultado individual. La tabla N° 2 desarrolla la interpretación de resultados, es decir, se agrupan los resultados individuales para llegar a un resultado o argumento general por cada ítem, el cual tiene un sustento teórico. La tabla N° 3 agrupa cada argumento con la sub categoría a la que pertenece y frente a ello se obtienen las propuestas y como figura final tenemos un organizador gráfico que detalla el tema de investigación, las dos categorías, las seis sub categorías, los quince indicadores y al final se presentan las propuestas.
- Discusión de Resultados

Se realizó una correcta discusión de resultados, los cuales fueron relacionados con los antecedentes nacionales e internacionales.
- Conclusiones

Fueron desarrolladas de forma correcta en razón a cada resultado.

– Recomendaciones

Se arraigan a las conclusiones de forma adecuada y correcta. Se precisa como posible medida de solución, en virtud a la investigación, la modificatoria de los artículos 78 y 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344 y se propone el párrafo que se agregaría a la norma para efectos de garantizar el acceso a las prestaciones de salud del grupo poblacional involucrado.

– Fuentes de información

Se encuentra debidamente detalladas.

ANEXOS

Matriz de Consistencia

Has sido desarrollada con el asesor metodólogo, de acuerdo a los criterios establecidos y respetando la forma.

Instrumento(s)

Se consignan los instrumentos respectivos

Validación de instrumento por expertos (Ficha de validación del instrumento. Juicio de expertos)

CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, habiéndose cumplido con las sesiones de asesoramiento correspondiente al **aspecto temático** considero que el bachiller NÍCOLAZ MARTÍN DIONICIO GUTARRA PEROCHENA, ha realizado **la tesis** conforme exigencias establecidas por la Facultad, para su preparación y elaboración; el mismo que está concluido y listo para ser sustentado.

Atentamente,



Mg. Walter C. Peralta Cabrera
Docente
Cod. 029046

DEDICATORIA

Dedicado a todos los investigadores interesados en la seguridad social en salud y a mi familia por su apoyo incondicional.

Agradecimiento

A la Universidad Alas Peruanas por su apoyo para un correcto e impecable procedimiento para la sustentación de la presente investigación.

A mis asesores metodólogos Dr. Godofredo Calla Colana y Dra. Doris Elida Fuster Guillen y asesor temático Dr. Walter Peralta Cabrera, por el compromiso, apoyo y paciencia para la asesoría correspondiente.

A mis familiares por su apoyo incondicional, solidaridad y palabras de aliento para continuar en la presente investigación, me refiero a mi madre Doña Consuelo Isolina Perochena Escalante, a mi padre Don Edwin David Gutarra Poma y mis hermanos, Edwin David Gutarra Perochena y Judith Genoveva Gutarra Perochena.

Reconocimientos

Al Seguro Social de Salud – ESSALUD y al Seguro Integral de Salud – SIS, por permitir el acceso al despacho de los diversos funcionarios y hacer posible las entrevistas para enriquecer la presente investigación.

De igual manera se agradece a cada especialista entrevistado, tal es el caso de la Abog. Claudia Burmester Cortijo, Sub Gerente de Afiliaciones y Promoción de Seguros de Essalud; Abog. Sandra Silva Chávez, Sub Gerente de Gestión de las OSPE de Essalud; Lic. Cesar Cieza Moya Jefe de la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas Corporativa de Essalud; Abog. Jaime Muñoz León, Gerente de Prestaciones Económicas de Essalud y Lic. Silvia Landeo Moreno, Asesora de la Gerencia del Asegurado del Seguro Integral de Salud - SIS, por sus aportes en el trabajo de investigación.

Índice

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Reconocimiento	iv
Índice	v
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Delimitación de la investigación	16
1.2.1. Delimitación espacial	16
1.2.2. Delimitación social	17
1.2.3. Delimitación temporal	17
1.2.4. Delimitación conceptual	17
1.3. Problema de investigación	17
1.3.1. Problema general	17
1.3.2. Problema específico	17
1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo general	18
1.4.2. Objetivos específicos	18

1.5. Supuestos y categorías de la investigación	18
1.5.1. Supuesto general	18
1.5.2. Categorías	19
Definición conceptual de seguro regular de salud	19
Definición conceptual del régimen subsidiado de salud	19
Definición operacional de seguro regular de salud	20
Definición operacional del régimen subsidiado de salud	20
1.5.2.1. Operacionalización de categorías	22
1.6. Metodología de la investigación	23
1.6.1. Tipo y nivel de investigación	23
a) Tipo de investigación	23
b) Nivel de investigación	23
1.6.2. Método y diseño de la investigación	24
a) Método de investigación	24
b) Diseño de investigación	24
1.6.3. Población y muestra de la investigación	25
a) Población	25
b) Muestra	26
1.6.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
a) Técnica de entrevista	26
b) Instrumentos	27
1.6.5. Justificación, importancia y limitación de la investigación	27
a) Justificación de la investigación	27

b) Importancia	28
c) Limitación de la investigación	28
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	30
2.1. Antecedentes de la investigación	30
Antecedentes internacionales	30
Antecedentes nacionales	38
2.2. Bases legales	41
2.3. Bases teóricas	43
Fundamentos teóricos del seguro regular de salud	43
Principio teórico del seguro regular de salud	50
Definición o conceptualización del seguro regular de salud	51
Sub categorías del seguro regular de salud	52
Trabajadores activos	52
Pensionistas	52
Derechohabientes	53
Fundamentos teóricos del régimen subsidiado de salud	53
Principio teórico del régimen subsidiado de salud	57
Definición o conceptualización del régimen subsidiado de salud	58
Sub categorías del régimen subsidiado de salud	59
Personas de bajos recursos económicos	59
Personas sin seguro médico	59
Personas residentes en Perú	59
2.4. Definición de términos básicos	60

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	63
3.1. Análisis de tablas y gráficos	64
3.2. Discusión de resultados	115
3.3. Conclusiones	124
3.4. Recomendaciones	128
3.4. Fuentes de información	132
ANEXOS	136
Anexos 1: Matriz de consistencia	137
Anexos 2: Ficha de entrevista semi estructurada	138
Anexos 3: Formato de validación	141

Resumen

La presente investigación se basa en una problemática relacionada a los regímenes de financiamiento en salud de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Fue realizado dentro de un enfoque cualitativo, su tipo de investigación es básica, diseño no experimental, método inductivo, tiene como muestra a 5 especialistas en seguridad social en salud, utiliza como instrumento a las entrevistas realizadas a los especialistas. Dentro del desarrollo se recogió como antecedentes internacionales a otras investigaciones del país de Colombia por la similitud de sus regímenes en salud con nuestro sistema peruano.

Se llegó a la conclusión que se requiere la modificación de los Artículos 78 y 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Palabras clave: Seguro regular de salud y Régimen subsidiado de salud.

Abstract

The present research is based on a problem related to the health financing regimes of the Universal Health Insurance Framework Law. It was done within a qualitative approach, its type of research is basic, non-experimental design, inductive method, has as a sample 5 specialists in social security in health, used as an instrument to interviews conducted to specialists. Within the development, other research from the country of Colombia was collected as an international background because of the similarity of its health regimes with our Peruvian system.

It was concluded that it is necessary to amend Articles 78 and 80 of the Regulations of the Universal Health Insurance Framework Law.

Key words: Regular health insurance and Subsidized health regime.

Introducción

La presente investigación está relacionada a la seguridad social en salud y a los regímenes de financiamiento que se encuentran amparados dentro del marco de aseguramiento universal en salud, desde un enfoque de derechos y equidad respecto a la condición socio económica del usuario de aseguramiento. La investigación consta de tres capítulos que serán desarrollados paulatinamente.

El capítulo I aborda el planteamiento del problema, que a su vez describirá a la realidad problemática y la situación por la cual se vio la necesidad de realizar la presente investigación. Asimismo, contiene la delimitación de la investigación, que desarrolla la delimitación social, espacial, temporal y conceptual de la investigación. El Problema general y específico, objetivo general y específico, los supuestos y categorías que contiene a su vez la operacionalización de categorías. De igual modo desarrollamos la metodología de la investigación, que aborda el tipo y nivel de investigación, el método y diseño de la investigación, la población y muestra de la investigación, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, y por último la justificación, importancia y limitación de la investigación.

El capítulo II desarrolla el marco teórico, los antecedentes internacionales y nacionales de la investigación, las bases legales, teóricas y la definición de términos básicos.

El capítulo III aborda la presentación, análisis e interpretación de resultados, el análisis de tablas y gráficos, la discusión de resultados, las conclusiones, recomendaciones y fuentes de información.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El presente estudio nace desde una preocupación personal frente a los inconvenientes y problemas que padecen los usuarios de aseguramiento que se encuentran en la situación descrita en el título de esta investigación, es decir, aquellos afiliados a un régimen de salud subsidiado por el Estado cuyo factor principal para acceder a este tipo de seguro ha sido su condición de pobreza o pobreza extrema, que por la necesidad de salir de esa condición socio-económica buscan y en buen hora encuentran un empleo formal que les ofrece los beneficios laborales y el ingreso a la planilla de la empresa, obteniendo inmediatamente el seguro obligatorio o seguro regular en periodo de carencia perteneciente al régimen contributivo de seguridad social en salud y perdiendo su seguro subsidiado puesto que el sistema de aseguramiento nacional no permite la duplicidad de seguros de distintos regímenes (régimen subsidiado y régimen contributivo), viéndose vulnerada la continuidad de atención médica coberturada por el Estado puesto que no puede hacer uso del seguro gratuito (subsidiado)

porque lo pierde, ni del seguro regular (contributivo) puesto que este último se encuentra en periodo de carencia. A todo esto debemos indicar que el periodo de carencia es el tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas luego de la afiliación; todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este período no está sujeto a cobertura a excepción de los accidentes.

En ese sentido, vemos que estamos frente a una problemática debido a que al adquirir vínculo con el seguro regular se pierde el vínculo con el seguro subsidiado, un derecho adquirido; y este problema se torna más complejo aun puesto que ese vínculo con el seguro regular no nos garantiza una cobertura en salud integral sino hasta después de tres meses que es el tiempo que dura el “periodo de carencia” interrumpiendo así el tratamiento médico que el usuario recibía por el seguro subsidiado. Una situación similar vemos cuando el familiar directo en calidad de cónyuge o concubino(a) del afiliado al régimen subsidiado ingresa a la planilla de un empleador determinado, ya que esto genera vínculo inmediato con el seguro regular y por ende ya no le correspondería tener cobertura por el seguro gratuito.

Si el criterio de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344 es justamente la universalidad, la participación e integración a los regímenes de aseguramiento o financiamiento de toda la población peruana y extranjera nacionalizada, no hay justificación alguna para prohibir la duplicidad de seguros de diferentes regímenes en situaciones particulares (afiliación al régimen contributivo en periodo de carencia) puesto que como principio supremo tenemos el derecho a la seguridad social y la protección de la salud por parte del Estado, y más aún cuando las personas involucradas se encuentran en situación de vulnerabilidad. Es de imperiosa necesidad considerar que al hacer un paralelo entre el seguro gratuito (subsidiado) y el seguro regular (contributivo) vemos una gran diferencia respecto a la naturaleza financiera de estos tipos de seguros.

Explicamos entonces que, el régimen subsidiado es administrado por el Seguro Integral de Salud adscrito al Ministerio de Salud y para acceder a este tipo de régimen es necesario una calificación previa, es decir, ver si el ciudadano es

elegible o no, y para tener dicha calificación existe el Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. Dicho sistema cuenta con información privilegiada de cada ciudadano peruano respecto a la condición socio-económica, que es determinante para ingresar a todo programa social. El Estado mediante el régimen subsidiado en salud brinda cobertura médica integral a todos sus afiliados, dicho financiamiento se da con el tesoro público.

Por otro lado, tenemos al seguro regular perteneciente al régimen contributivo de seguridad social en salud, administrado por el Seguro Social de Salud – ESSALUD, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. En este caso, no es necesario calificación alguna para acceder a este tipo de seguro puesto que es de carácter exclusivo para toda persona empleada (régimen público o régimen privado), pensionista y/o derechohabiente. Aquí el Estado no subsidia las prestaciones puesto que, el soporte de este tipo de seguro radica en las aportaciones de los asegurados, es decir, el sustento de este tipo de seguro se encuentra en los pagos que realizan los empleadores de forma obligatoria para que sus empleados gocen de acceso a la seguridad social. En síntesis, no se utiliza el tesoro público y por ello la Constitución Política del Estado lo considera intangible; cabe mencionar que los pensionistas aportan directamente con el descuento que se le hace a su pensión.

A todo esto, también debemos señalar que hay antecedentes sobre cuestionamientos a las normas que rigen el seguro regular, dichos conflictos se dan entre los usuarios de aseguramiento y el Seguro Social de Salud debido a la cobertura del seguro regular (en periodo de latencia y carencia), establecido por ley. En merito a ello el Tribunal Constitucional también se ha pronunciado mediante Sentencia (2004) Expediente. N° 3208-2004-AA/TC, que señala:

Este Colegiado considera que las normas que regulan el *Derecho Especial de Cobertura por Desempleo* no vulneran el derecho fundamental a la salud ni trasgreden el marco legal en que se facultó su reglamentación, dado que, en tanto se constata que las prestaciones de salud se han incrementado ampliando su cobertura a nuevas contingencias (desempleo y suspensión

perfecta de labores), resulta evidente que el Estado viene adoptando las medidas positivas adecuadas para procurar, en forma gradual y progresiva, una mayor cobertura de las prestaciones de salud que debe brindar a los ciudadanos. No obstante, ello no quiere decir, en modo alguno, que este Tribunal considere que las prestaciones de salud actualmente otorgadas a los afiliados de EsSalud sean suficientes, y por ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° de la Constitución, en virtud del cual “todos tienen derecho a la protección de su salud (...)” exhorta a EsSalud y al Poder Ejecutivo, a que en forma progresiva y lo más pronto posible, según la capacidad económica del país, adopte las medidas necesarias tendientes a procurar que se incremente el periodo de cobertura integral (capa simple y compleja) otorgado a los asegurados regulares y sus derechohabientes durante el periodo de latencia (p. 7).

Se infiere que el propio colegiado no impone a ESSALUD a brindar mayor cobertura de lo señalado por la ley, por el contrario, exhorta al seguro social a mejorar dicha cobertura en la medida que sea posible, puesto que ESSALUD no recibe dinero del tesoro público y por ello debe ser cauteloso en el manejo de sus fondos y no destinar recursos adicionales para contingencias no previstas por la normativa vigente. Esta situación es distinta en el SIS, ya que ellos sí podrían brindar cobertura médica a aquellos que, si los necesiten, en razón al principio de universalidad, solidaridad y el principio de “fiscus semper solvens” considerando que manejan tesoro público.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial

Como delimitación espacial tenemos a dos entidades clave para la presente investigación, tal es el caso del Seguro Integral de Salud – SIS, encargado de administrar el régimen subsidiado de salud, llamado también seguro de salud gratuito destinado a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, es decir, aquellas personas consideradas en situación de pobreza o pobreza extrema. De igual manera tenemos al Seguro Social de Salud – ESSALUD, encargado de administrar el régimen contributivo de seguridad social en salud, el cual involucra al seguro regular y éste a su vez corresponde de forma obligatoria a

todos aquellos que se encuentran en relación de dependencia laboral y/o reciben una pensión determinada.

1.2.2. Delimitación social

La presente investigación tiene como delimitación social a los especialistas en seguridad social en salud, quienes nos ayudaran a dilucidar, analizar, confirmar diversos puntos respecto al tema tratado mediante las entrevistas realizadas. Se considerará funcionarios del Seguro Social de Salud – ESSALUD y el Seguro Integral de Salud – SIS.

1.2.3. Delimitación temporal

La presente investigación tiene un tiempo de duración de 17 meses, es decir, desde marzo de 2016 hasta julio de 2017.

1.2.4. Delimitación conceptual

Los principios en los cuales se basa la presente investigación son el de universalidad, solidaridad, unidad, desarrollados en las normas de la materia y el principio de *fiscus semper solvens*, este último explica sobre la solvencia del Estado ante las contingencias y necesidades.

1.3. Problema de investigación

1.3.1. Problema general

¿Cómo se da el desarrollo del régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia?

1.3.2. Problema específico

¿Cómo se da el desarrollo del seguro regular de salud y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia?

¿Cómo se da el desarrollo del régimen subsidiado de salud y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia?

¿Qué medida legislativa se utilizaría para solucionar este problema?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Analizar el desarrollo del régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia.

1.4.2. Objetivos específicos

Analizar el desarrollo del seguro regular de salud y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia.

Analizar el desarrollo del régimen subsidiado y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia.

Proponer la modificación de los Artículos 78 y 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud que indica sobre la prohibición a la duplicidad de seguros de distinto régimen de financiamiento, agregando el “salvo aquellos casos donde el afiliado al régimen subsidiado lleve tratamientos médicos, requiera atención por emergencia o este próximo a ser intervenido quirúrgicamente y adquiere vínculo con el seguro regular y este último se encuentre en periodo de carencia”.

1.5. Supuestos y categorías de la investigación

1.5.1. Supuesto general

La presente investigación busca analizar el desarrollo del régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia, a través de la opinión de expertos en seguridad social en salud. El interés nace por evidenciarse diversos casos donde los ciudadanos que estuvieron afiliados al régimen subsidiado de salud, administrado por el SIS, perdían su cobertura al ingresar al seguro regular, administrado por Essalud, pero

este último seguro se encontraba en periodo de carencia, es decir, sin posibilidad de recibir atenciones por un periodo de tres meses acorde a Ley, evitándose la continuidad de tratamientos o ejecución de operaciones pendientes para los titulares o derechohabientes del seguro, generándose un grave problema en el mundo de los seguros públicos por vulnerar diversos principios de la Ley marco de aseguramiento universal en salud. De ser posible, se plantea la modificación de los artículos pertinentes del reglamento de la Ley marco de aseguramiento universal en salud para garantizar el respaldo legal frente a estas situaciones.

1.5.2. Categorías

Definición conceptual de seguro regular de salud

ESSALUD (2017) en su portal institucional, señala:

El + SEGURO es el seguro regular al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. También son afiliados a este seguro los pensionistas que reciben pensión de jubilación, por incapacidad y de sobrevivencia (s. p).

En efecto el seguro regular es para los trabajadores dependientes cuyo aporte recae como obligación del empleador, la tasa es del 9% en base a la remuneración del trabajador. Los pensionistas también son asegurados regulares debido a que de su pensión se le retiene un 4% para su seguro de salud. En síntesis, el seguro regular es de carácter obligatorio administrado por Essalud, el cual protege al titular y a sus derechohabientes que también tienen la calidad de asegurados obligatorios y gozan de la misma cobertura.

Definición conceptual del régimen subsidiado de salud

El Decreto Supremo N° 020-2014-SA (2014) Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud en su Artículo 29, numeral 2, establece que:

El régimen subsidiado comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por

medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud (p. 16).

El seguro gratuito o régimen subsidiado es el seguro emblema del Aseguramiento Universal en Salud – AUS, el cual busca que toda persona nacional o extranjera nacionalizada cuente con un seguro de salud con la finalidad de protegerla frente a problemas de esa índole. Este seguro también es administrado por el Seguro Integral de Salud. Es necesario indicar que como consecuencia de estar registrado en el Nuevo Régimen Único Simplificado – NRUS desde su categoría 1, cuyo monto es de s/. 20, veinte soles; obtienen la afiliación automática al SIS. En este régimen también se le ofrece al afiliado la cobertura del PEAS, más los planes complementarios que maneja el SIS, adicionalmente se cuenta con el Fondo Intangible Solidario en Salud – FISSAL, cuya finalidad es subsidiar las atenciones de los afiliados al SIS que requieren prestaciones por diagnósticos de alto costo y complejidad.

Definición operacional de seguro regular de salud

Considerando el Artículo 30 del Reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social en salud, Ley N° 26790; tenemos como categoría al seguro regular en salud el cual consta de tres sub categorías, la primera sub categoría es trabajadores activos y consta de dos ítems los cuales son el régimen público y régimen privado. La segunda sub categoría es pensionistas y tiene tres ítems, los cuales son jubilación, sobrevivencia e invalidez. La tercera sub categoría es derechohabientes, la cual tiene cuatro ítems, los cuales son cónyuge, concubino, hijo menor de edad, hijo mayor de edad incapacitado de forma total o permanente para el trabajo.

Definición operacional del régimen subsidiado de salud

Considerando el Artículo 80 del Reglamento de la Ley marco de aseguramiento universal en salud, Ley N° 29344; tenemos como categoría al régimen subsidiado de salud, la cual consta de tres sub categorías. La primera

categoría es personas de bajos recursos económicos, la cual tiene dos ítems que son pobres y extremo pobres.

La segunda sub categoría es personas sin seguro, la cual tiene dos ítems que son el seguro del régimen contributivo y seguro del régimen semi contributivo. La tercera sub categoría es personas residentes en Perú, tiene dos ítems que son peruanos y extranjeros nacionalizados.

1.5.2.1. Operacionalización de categorías

Categorías	Sub categorías	Indicadores	Ítems
Seguro Regular de salud	trabajadores activos	Régimen público	<p>¿Se deberían cubrir enfermedades graves en el servicio de emergencia dentro del periodo de carencia?</p> <p>¿Considera que las aportaciones a ESSALUD del régimen CAS no deberían tener una base imponible máxima tal como se da actualmente, con el 30% de la UIT?</p> <p>¿Considera que la cobertura especial por desempleo debe ser total y no dividirse en capa simple y capa compleja?</p> <p>¿Qué opina respecto a la opción de renuncia a la cobertura especial por desempleo?</p>
		Régimen privado	<p>¿Se debería reforzar más el trabajo que realiza ESSALUD respecto a la verificación de condición de empleadores y trabajadores del hogar amparado en la Ley N° 29135?</p> <p>¿Considera justo o pertinente que por pretender permanecer en el régimen subsidiado el empleado opte por renunciar a su trabajo cuando se encuentra en periodo de carencia?</p>
	pensionistas	jubilación	Considerando la condición de adulto mayor del jubilado(a), ¿No cree que sería oportuno que ESSALUD de a "elegir" el lugar de adscripción medica de estos asegurados?
		sobrevivencia	Teniendo en cuenta la teoría de hechos cumplidos y derechos adquiridos, ¿Que sucede con la cobertura de los derechohabientes del titular que obtuvo su carta de latencia y al poco tiempo fallece?
		invalidez	Considerando que ESSALUD cuenta en el Programa de Atención Domiciliaria - PADOMI, ¿Cree usted que se debería dar facilidad a los asegurados inválidos para acceder a este programa indistintamente de su edad?
	derechohabientes	cónyuge	¿Considera pertinente que a un afiliado del régimen subsidiado se le anule el seguro al verificar que su cónyuge tiene un vínculo reciente con el seguro regular por haber ingresado a un trabajo?
		concubino	Teniendo en cuenta que el Decreto Legislativo N° 1163, señala que la única fuente de verificación sobre seguros será la pág. de SUSALUD y considerado que ahora ESSALUD afiliará a los concubinos con el reconocimiento de unión de hecho (vía notaría o judicial). ¿Que pasara con aquellos concubinos que no han sido oportunamente afiliados a ESSALUD?
		hijo menor de edad	<p>¿Considera que se debería prorrogar la cobertura a los hijos que cumplen mayoría de edad que siguen estudios superiores?</p> <p>¿Se podría excluir del seguro regular a un derechohabiente a fin de que continúe afiliado al régimen subsidiado si el titular está en periodo de carencia?</p>
		hijo mayor de edad incapacitado de forma total o permanente para el trabajo	¿Cree usted que debería considerarse solo el carnet de CONADIS o informe médico del MINSA para la afiliación del hijo mayor incapacitado, sin necesidad que exista otra evaluación de ESSALUD?
	Régimen subsidiado de salud	personas de bajos recursos económicos	pobres
extremo pobres			<p>No cree usted que estaríamos vulnerando el derecho de libre acceso a los servicios de salud, principio de universalidad y el derecho a ser protegido por el Estado en situaciones de vulnerabilidad cuando la persona deja de tener el seguro subsidiado por entrar a planilla y su seguro regular aun no puede ser utilizado?</p> <p>¿Considera oportuna la medida del gobierno en afiliar automáticamente al seguro subsidiado, de forma masiva a los sectores de muy bajos recursos?</p>
personas sin seguro médico		seguro del régimen contributivo	<p>Teniendo en cuenta el criterio de aseguramiento universal progresivo y protección por parte del Estado. ¿Considera viable que el SIS brinde cobertura a la persona que estuvo afiliada al régimen subsidiado y adquirió el seguro regular en periodo de carencia?</p> <p>¿Si se contribuye al seguro complementario de trabajo de riesgo SCTR o un seguro de vida, puede ser elegible al seguro subsidiado?</p>
		seguro del régimen semicontributivo	Teniendo en cuenta que el seguro semicontributivo es para independientes (sis independiente) ¿Cree usted que se debería dejar de aplicar el periodo de carencia para los independientes teniendo en cuenta que ellos mismo son quienes pagan su seguro?
personas residentes en Perú		Peruanos	¿Debería existir convenios para proteger con un seguro de salud a los peruanos que se encuentran en el extranjero?
		extranjeros nacionalizados	¿Se debería considerar el pasaporte como requisito para la afiliación al régimen subsidiado y no solo DNI y/o carnet de extranjería?

1.6. Metodología de la investigación

1.6.1. Tipo y nivel de investigación

a) Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica y sobre ello citaremos a Tam, Vera y Oliveros (2008) que en el artículo *Tipos, métodos y estrategias de investigación*, sobre la investigación básica señalan:

Tiene como objetivo mejorar el conocimiento *per se*, más que generar resultados o tecnologías que beneficien a la sociedad en el futuro inmediato. Este tipo de investigación es esencial para el beneficio socioeconómico a largo plazo, pero, como se mencionó antes, no es normalmente aplicable directamente al uso tecnológico (p. 146).

Se enfoca en el fortalecimiento del andamiaje cognitivo, incrementar el conocimiento sobre el tema estudiado para obtener resultado a largo plazo, mas no de forma inmediata o a corto plazo. Su propósito es ampliar el campo de investigación del asunto tratado.

b) Nivel de investigación

El nivel de investigación es descriptivo de carácter “interpretativo” y frente a ello Hernández, Fernández y Baptista (2014) en su libro *Metodología de la investigación*, señalan:

La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente). Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo convergen varias “realidades” por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce en la interacción de todos los actores. Además, son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio y son las fuentes de datos (p. 9).

La investigación cualitativa recoge la opinión de diversos especialistas y expertos en el asunto materia de investigación, lo cual en base a entrevistas se busca dilucidar todo tipo de dudas o imprecisiones respecto a la investigación para lograr una posible solución frente a una problemática.

1.6.2. Método y diseño de la investigación

a) Método de investigación

El método de investigación es inductivo y al respecto Martínez (1987) en su tesis *El método inductivo*, refiere que “Según opinión general, se define a la Inducción como el procedimiento lógico que de lo particular lleva a lo universal. En el periodo post-Aristotélico, los Epicureos reconocieron su valor afirmando que era la única forma de inferencia legítima.” p. 24.

En efecto, el autor refiere que a través del método inductivo podemos analizar el tema abordado desde lo particular hacia lo más amplio, es decir, de forma gradual partiendo desde un punto menor para luego ir ampliando el panorama de investigación y abordar otros puntos desde una óptica más general que fortalezcan la investigación.

b) Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, y al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2014) en su libro *Metodología de la investigación* señalan:

Se lleva a cabo sin manipular la categoría independiente, toda vez que los hechos o sucesos ya ocurrieron antes de la investigación. Por ello es considerada como investigación ex post facto. También se le denomina estudio retrospectivo, porque se trabajará con hechos que se dieron en la realidad (pp. 178 – 179).

Al respecto, debemos indicar que el termino ex post facto se refiere a “después de hecho”, y por ello, la investigación no experimental se realiza después de sucedido o acontecido el hecho, ya que responde a un fenómeno real que merece ser estudiado de forma retrospectiva.

1.6.3. Población y muestra de la investigación

a) Población

Para precisar sobre la población citaremos a Valderrama (2002) que en su libro *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*, nos señala lo siguiente:

Es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado. Cuando se vaya a llevar a cabo alguna investigación debe de tenerse en cuenta algunas características esenciales al seleccionarse la población bajo estudio (p. 165).

Entrevistados	Cantidad
Funcionarios de ESSALUD y el SIS	5
TOTAL	5

De lo señalado por el autor, se infiere que la población en una investigación es el grupo humano que nos ayudara a dilucidar las dudas relacionadas al tema de investigación y enriquecer nuestra información respecto a ello; es decir, la población representa al grupo de expertos en el tema investigado que sirve como referente para las entrevistas, desde un enfoque general puesto que el detalle de las personas a entrevistar se dará por su especialidad y esto se desarrolla en la muestra. En la presente investigación se tiene como población a funcionarios del Seguro Social de Salud y del Seguro Integral de Salud.

b) Muestra

La muestra es no probabilística, y respecto a ello Valderrama (2002) en su libro *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica* señala:

En este tipo de muestreo puede haber clara influencia del investigador, pues este selecciona la muestra atendiendo a razones de comodidad y según su criterio. Por ello, suele presentar grandes sesgos y es poco fiable. No se puede extrapolar los resultados a la población (p. 168).

En ese sentido se infiere que la muestra es seleccionada por el investigador lo cual podría generar cierto déficit en su credibilidad por haber sido direccionada su propia elección, sin embargo, se debe tener en cuenta también el interés del investigador es seleccionar a los expertos que ayudaran a enriquecer la investigación y los posibles sesgos pueden ser superados con la calidad de respuestas y análisis que brinden los especialistas entrevistados, que son lo que conforman la muestra. Respecto a ello, en la presente investigación se tomó como muestra a 5 especialistas en seguridad social en salud.

1.6.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Técnica de entrevista

Como técnica de recolección de datos tenemos a la entrevista, y para poder desarrollarla citaremos nuevamente a Valderrama (2002) que en su libro *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica* nos señala lo siguiente:

Es una formulación de preguntas que permite coleccionar datos sobre un aspecto concreto, así como la opinión del entrevistado. La entrevista se define en general como un dialogo, como un proceso de comunicación porque se basa en una relación interpersonal, programada, no en un mero encuentro formal (p. 170).

Entendemos que la entrevista es fundamental para recopilar información indispensable para nuestra investigación, se genera en torno a un dialogo basado en la confianza entre el entrevistador y el entrevistado, confianza que garantizará un desarrollo completo y favorable en dicha entrevista, para ello es necesario la preparación del entrevistador respecto al tema a investigar.

b) Instrumentos

Tenemos como instrumento de recolección de datos a la ficha de entrevista semi estructurada y sobre ello Hernández y García (2008) en su libro *Investigación Cualitativa* señalan que “las preguntas son definidas por el investigador a modo de guion y su formación puede variar en función del desarrollo de la entrevista; puede profundizarse en cuestiones relevantes mediante la formulación de nuevas preguntas.” p. 2.

Inferimos que para llegar a una adecuada entrevista necesitamos preguntas relacionadas al tema a investigar, es evidente, sin embargo, es necesario resaltar que las preguntas deben ser concretas y precisas; siempre ligadas a los ítems que tenemos como producto de nuestra operacionalización de categorías, las fichas de entrevista semi estructuradas son necesarias para la entrevista.

1.6.5. Justificación, importancia y limitación de la investigación

a) Justificación de la investigación

Deza y Muñoz (2012) en su libro *Metodología de la investigación científica*, respecto a la justificación refieren lo siguiente:

Debemos recordar que toda investigación es importante en si misma; no obstante, es necesario justificar la investigación exponiendo sus razones, su aplicación práctica a los resultados que se desean alcanzar. La mayoría de las investigaciones se efectúan con un propósito definido, no se hacen por capricho; y ese propósito debe ser lo suficientemente importante para que justifique su realización. Es conveniente explicar por qué se quiere llevar a cabo la investigación y cuáles son los beneficios que se derivaran de ella (p. 34).

La presente investigación se justifica en analizar, estudiar y de ser posible proponer medidas de solución frente a un problema no previsto por la Ley marco de aseguramiento universal en salud; problema que se contrapone al principio de universalidad en el cual se basa esta norma, vulnerando la protección que el Estado debe tener con los ciudadanos en temas de salud y más aún si

consideramos que la mencionada norma tiene como intención que todo ciudadano que radica en el país cuente con acceso a los sistemas prestacionales de salud.

b) Importancia

Rodríguez, Gil y García (1996) en su libro *Metodología de la Investigación Cualitativa*, señalan lo siguiente:

Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales - entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas”. (p. 32).

La importancia de la presente investigación radica en analizar y proponer alternativas de solución respecto a la problemática actual en la que se encuentran inmersos los usuarios de aseguramiento afiliados al régimen subsidiado y/o régimen contributivo (seguro regular), cuando se encuentran en periodo de carencia por ingresar al seguro regular y han sido afiliados al régimen subsidiado.

c) Limitación de la investigación

Moreno (2013) en su artículo en línea *Metodología de investigación, pautas para hacer una tesis*, señala:

Es preciso advertir, que no debe confundirse con limitaciones del investigador con limitaciones de la investigación. El que investiga no disponga de recursos financieros o tiempo, ya que esto no es una limitación de la investigación. Sino, se refiere a los límites o fronteras hasta donde llegan las aspiraciones de la investigación, siempre por referencia por los objetivos. En consecuencia, las limitaciones vienen a constituirse en factores externos al equipo de investigadores que se convierten en obstáculos que eventualmente pudieran presentarse durante el desarrollo del estudio y que escapan al control del investigador mismo. (s. p).

Respecto a ello debemos precisar que no se cuenta con antecedentes respecto al tema de investigación puesto que es una nueva propuesta que, en lo posible, busca modificar algunos artículos de las normas correspondientes a aseguramiento en salud. Asimismo, no se cuenta con la suficiente bibliografía en la biblioteca de la facultad respecto a Derecho de la seguridad social, los pocos libros que hay son antiguos y solo se enfocan en la seguridad social en salud y pensión referente a ESSALUD, ONP y AFP, pero no mencionan al SIS por lo mismo que son libros antiguos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Como antecedentes internacionales tenemos las investigaciones realizadas en Colombia respecto al régimen contributivo y régimen subsidiado en salud, debido a que ese país, al igual que el nuestro, tiene un sistema similar sobre regímenes de financiamiento en salud. También contamos con la información recogida de la página oficial del Ministerio de Salud y Protección Social – MINSALUD, de Colombia, la cual nos ilustra respecto al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

Chávez, Navarro y Prada (2007) sustentaron la tesis *Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud*. Esta investigación nace por la preocupación sobre la vulneración de derecho constitucional respecto al libre acceso a la seguridad social en salud,

cuyo objetivo fue realizar un análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud. La investigación fue trabajada con el análisis de 50 usuarios de aseguramiento y 50 no afiliados, el enfoque utilizado fue el cualitativo, el estudio concluyó en: El acceso a servicios de salud mediante el mecanismo de aseguramiento no se encuentra garantizado para más del 40% de la población colombiana, discrimina a la población pobre por razones socioeconómicas, geográficas y sexo. Muchos colombianos no puedan acceder a los servicios de salud ofrecidos por las EPS a causa del desempleo que no permite la vinculación de nuevos afiliados. Es así como la mitad de los no afiliados argumentan su condición por falta de dinero.

Analizando la información de la tesis, vemos que en lo concerniente al régimen contributivo se vulnera el derecho al libre acceso a los servicios de salud de la población de escasos recursos generalmente. La falta de dinero es un factor importante para que acceder a un seguro de salud contratando a un Entidad Promotora de Salud – EPS, y la falta de empleo también es crucial para no tener un seguro obligatorio y pertenecer al régimen contributivo. Esta investigación explica la importancia del rol del Estado en la salud frente a las poblaciones vulnerables y la regulación que debe existir para garantizar el acceso a la salud, sin vulnerar las relaciones contractuales entre los usuarios que adquieren un seguro determinado.

MINSALUD (2015) en el enlace *Régimen contributivo*, del portal institucional nos indica que deben afiliarse todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva. Estas personas deben hacer un aporte mensual (cotización) a una Entidad Promotora de Salud, para que ésta les garantice la atención en salud a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud, conocidas como IPS. La afiliación al régimen contributivo se extiende al (o a la) cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado, independientemente de que sean del mismo sexo; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los

cónyuges (incluyendo los adoptivos), que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar puede extenderse a los padres del afiliado que no sean pensionados y que dependan económicamente de éste.

Entendemos que, si bien MINSALUD no señala al Seguro Regular como tal, pero si al seguro para los servidores públicos, pensionados, que basándolo a nuestro sistema es similar a la figura del seguro regular perteneciente también al régimen contributivo. En el régimen contributivo en salud colombiano se le brinda cobertura médica a sus aportantes ya sea dependiente o independiente, es decir para los que tienen vínculo laboral o aquellos que contrataron un seguro; también este beneficio se extiende al núcleo familiar y la peculiaridad es que también al compañero permanente indistintamente de su sexo y a los padres del titular del seguro que no tengan una pensión y depende directamente del titular.

MINSALUD (2015) en el enlace *Preguntas frecuentes – afiliación al régimen contributivo*, del portal institucional señala, responde diversas preguntas y establecen: La cotización al Régimen Contributivo en salud del empleado dependiente es del 12.5% del salario mensual, de los cuales el 8.5% está a cargo del empleador y el 4% a cargo del empleado. El pensionado sólo se encuentra obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre el 12% de su mesada pensional, excepto, cuando se encuentre vinculado por contrato de prestación de servicios o reciba ingresos adicionales a su mesada pensional, caso en el cual, deberá hacer los respectivos aportes en salud a la EPS a la cual se encuentre afiliado, debiendo asumir la totalidad de la cotización (12.5%). El trabajador independiente debe pagar mensualmente la totalidad de la cotización, la cual corresponde al 12.5% del ingreso base de cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y al 16% en materia pensional. Los independientes vinculados por contrato de prestación de servicios deben cotizar

tanto a salud como a pensión sobre el 40% del valor mensual bruto del contrato, sin que el salario base de cotización sea inferior al salario mínimo legal mensual vigente. En el caso de los aprendices en etapa lectiva y productiva, la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud será cubierta plenamente por la empresa patrocinadora, sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

Inferimos que existe una contribución compartida entre el trabajador y el empleador respecto a seguridad social en salud; diferente a la figura tributaria que se maneja en el Perú puesto que aquí dicha obligación recae sobre el empleador y el trabajador es el beneficiado. En caso de pensión también existe el aporte del propio pensionista, esta figura si es semejante a la nuestra, salvo que el pensionista tenga ingresos aparte de su pensión, según lo indicado por MINSALUD, ellos tendrían que aportar el integro de la contribución, en cambio en nuestro país se le pone como límite que la suma de la pensión y los otros ingresos no superen el 50% de una UIT. Para el caso de los independientes la figura legal es similar, puesto que, si desean afiliarse a ambos sistemas, es decir al de salud y al pensionable deben inscribirse paralelamente a ellos y aportar lo correspondiente.

Atehortua (2010) sustento la tesis titulada *Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín – Colombia*, esta investigación nace de la preocupación sobre ¿Cuál ha sido el impacto del seguro subsidiado sobre el acceso a los servicios de salud? ¿Ha tenido impactos positivos o negativos en la población beneficiarios de la ciudad de Medellín? ¿Cuál es el tamaño de ese impacto? La investigación fue trabajada con el grupo poblacional de Medellín – Colombia, el enfoque utilizado fue el cualitativo y apareamiento, el estudio concluyó en: Primero, el seguro subsidiado tiene impactos positivos en el uso de servicios de hospitalización y de consulta preventiva anquen con efectos diferenciados según segmento poblacional y sexo. Segundo, el indicador de acceso a servicios de salud registra impactos positivos, aunque la exclusión del análisis de quienes habían reportado no acceso debido a que el caso fue leve marca la diferencia en la dirección de los impactos. Tercero,

los impactos en el uso de servicios de salud asociado con la detección temprano de algunos tipos de cáncer resultan negativos. El tema de la focalización del programa, es otro asunto sobre el que se deben hacer esfuerzos, pues pese a que se ha mejorado en materia de reglamentación, el hecho de que exista un segmento poblacional que pese a que esté identificado en el SISBEN y además pertenezca a los estratos más pobres, pero no cuente con el seguro puede estar dando ideas de que bien, existen incentivos para que los individuos se autoseleccionen, o que el instrumento de focalización tiene serias deficiencias como se comentó al principio.

A todo esto, debemos comentar que no basta con que exista un régimen subsidiado en salud el cual brinde cobertura y acceso a prestaciones de salud a la población, el Estado debe implementar mecanismos para que el acceso a la salud esté garantizado, y no suceda lo de Medellín - Colombia, que debido al servicio insuficiente no se llega a detectar a tiempo los diagnósticos de cáncer. El sentido de la protección en salud involucra la responsabilidad y deber de todo Estado para garantizar el acceso oportuno a las prestaciones sanitarias de toda la población.

Almeida, Montañez, Arguello y Rangel (2009) sustentaron la tesis titulada *Diagnostico del cumplimiento de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander en su componente ente territorial - aseguradora en el año 2008*, esta investigación nace por la falta de verificación, seguimiento, evaluación e inspección de las actividades y procedimientos que enmarca el desarrollo total del régimen subsidiado en un municipio de Santander, cuyo objetivo fue establecer por medio de la verificación, inspección, seguimiento, y control de cada una de las acciones puntuales que enmarcan el desarrollo del régimen subsidiado en el municipio número 1, un diagnostico estructural inicial, el cual nos proporcionara pautas importantes para desarrollar planes de mejoramiento que permitirán el óptimo y oportuno funcionamiento del régimen subsidiado en el municipio número 1 – Santander. La investigación fue trabajada con los beneficiarios del régimen subsidiado en la localidad de Santander, el enfoque utilizado fue el cualitativo, el estudio concluyo en: La entidad territorial

obtiene un 74% de calificación según el instrumento aplicado, lo cual representa que debe orientar sus acciones en buscar el cumplimiento total de las actividades y obligaciones que rige el desarrollo del régimen subsidiado en el municipio. Se debe realizar mayor seguimiento a los procesos que enmarcan el desarrollo del Régimen Subsidiado en el municipio, acompañamiento permanente por parte de la administración a procesos como Carnetización, inquietudes de los beneficiarios del régimen subsidiado en salud, prestación de los servicios de salud a los usuarios, seguimiento al pago de la red prestadora y más temas relacionados con este componente de seguridad social. El municipio número 1 sigue a cabalidad cada uno de los lineamientos y es responsable de la ejecución de todas las acciones, requerimientos y demás solicitudes que realizan los diferentes órganos de control establecidos por la ley colombiana. Entre tanto se solicita a la entidad territorial continuar con ese acompañamiento directo al cumplimiento de las diferentes solicitudes que las directrices de control requieran. El municipio número 1 vela por el cumplimiento y ejecución de las obligaciones contractuales firmadas entre este y las diferentes EPS-S que ejercen su función de aseguramiento en el municipio.

Entonces, comprendemos que acorde al estudio realizado aún falta mejorar muchos aspectos que conciernen al desarrollo del régimen subsidiado, tales como el control, la verificación, la prestación del servicio al usuario, el pago de la aseguradora hacia la entidad prestadora de servicios, en fin, fiscalizar el correcto desarrollo de régimen subsidiado para prevenir una vulneración de derechos del usuario y de esta manera cumplir con el rol de protección que los Estados en su conjunto tienen frente a las contingencias relacionadas a salud.

Vargas (2009) sustentó la tesis titulada *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*, dicha investigación nace por la preocupación de identificar factores y ver que los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada; y que en ello no es suficiente con centrarse exclusivamente en la capacidad de entrar en el sistema, sino que también es importante evaluar si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez que están dentro del sistema; cuyo

objetivo fue analizar las condiciones de acceso continuo de servicios de salud en cuatro redes de servicios de salud de Colombia, desde la perspectiva de los actores sociales, la muestra fue un grupo de usuarios, profesionales de los servicios de salud y gestores de prestadores y aseguradoras, bajo el enfoque cualitativo, y el estudio concluyó en: Las dificultades en el acceso a la atención emergen en ambos regímenes y áreas, se aprecian diferencias notables. En el régimen subsidiado destacan los obstáculos ligados a la falta de cobertura de atención especializada para eventos no catastróficos y, por lo tanto, mayor copago (...). En cuanto a los no afiliados, las barreras financieras son mayores que las de los no asegurados, pero si logran superarlas su acceso es más fluido por la inexistencia de las barreras relacionadas con la intermediación. El aseguramiento en Colombia falla como facilitador del acceso a los servicios de salud no solo por los problemas para extender la afiliación a toda la población, sino por el bajo nivel de cobertura de prestaciones del seguro subsidiado y la discontinuidad en el aseguramiento. Se detectan problemas comunes en seguros públicos no universales subsidiados de tipo focalizado como la selección errónea de los beneficiarios, así como las dificultades características de los seguros sociales en la extensión de los derechos de los trabajadores asalariados a los empleados en la economía informal e independientes, empeorados por los desincentivos de las aseguradoras privadas a afiliarse este segmento de la población. También emergen la pérdida de cobertura en el aseguramiento por problemas de doble afiliación que lleva a concluir que el seguro de salud segmentado (contributivo y subsidiado) no es el adecuado para un tipo de mercado laboral con una alta movilidad de la población entre la economía formal e informal.

Como resultado de la investigación vemos que no solo es cuestión de lograr el acceso al régimen subsidiado u obtener la cobertura de un seguro si no existe la garantía de que éste puede ser utilizado por el asegurado o lograr una atención efectiva y apropiada como indicaba el autor, también señalan la prohibición de contar con una doble afiliación en los seguros, es decir no pertenecer al subsidiado si está vinculado al contributivo, y en efecto señalan que esta forma segmentada del aseguramiento no es la más adecuada, viendo la

realidad de la población, es decir, el ciudadano puede tener un vínculo laboral en un tiempo determinado y en otro no; esto conllevaría a que este en un régimen A, luego en un régimen B, y si retoma el vínculo laboral, regrese al régimen A, y así. Entonces se debería articular la información para evitar problemas con los regímenes de financiamiento y el acceso a los servicios por parte del usuario.

MINSALUD (2015) en el enlace *Régimen subsidiado*, del portal institucional nos señala: Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Estado colombiano ha definido al régimen subsidiado en salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud. Es responsabilidad de los entes territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen. Quienes están en el SISBEN I y II, (sistema de selección de beneficiarios) y consiguen un empleo podrán continuar en su misma EPS. Y si pierden el empleo no pierden continuidad en el servicio de salud, es decir no se pierde la afiliación ni se interrumpe la cobertura médica. En el Régimen Subsidiado en Salud deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 ó 2 del SISBEN, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarios, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana, entre otros.

Se infiere que el régimen subsidiado es el canal principal para cumplir con la protección de la persona de menos recursos y garantizar el acceso a la salud y

de esta forma proteger el derecho fundamental de todos en cuanto a salud; pero también el deber del Estado es cuidar el presupuesto destinado a cubrir esas necesidades, porque no se trata de afiliar a todos, sino a quienes realmente les corresponda, no debemos olvidar que hay un grupo poblacional muy importante a quienes les corresponde el régimen contributivo, entonces, se debe afianzar el sistema de filtración de información para tamizar a los sectores que deben ingresar al régimen subsidiado; también nos hablan de algo importante, “la continuidad de cobertura médica” para garantizar la protección del usuario. Se coincide en que el Estado debe garantizar el respeto y goce del derecho fundamental de la salud.

Antecedentes nacionales

Alfageme (2011) desarrolló en su artículo científico titulado *Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú*, dicha investigación se realizó con la finalidad de confirmar la necesidad de diseñar mecanismos, para articular a los prestadores en redes integradas. Lo que implica la construcción de un nuevo modelo de organización y gestión de servicios, que permita un mejor balance en los esfuerzos públicos y privados para atender la salud individual y colectiva, incluyendo los factores de riesgo, el tipo de enfoque es cualitativo y tuvo como conclusiones las siguientes: el proceso de aseguramiento universal debe considerar los cambios demográficos que permiten prever el crecimiento de una población de adultos mayores sin sistemas de protección. Lo que implica el desarrollo de una cultura de aseguramiento e incentivos a los trabajadores independientes del sector formal e informal para incorporarse en mayor número al sistema contributivo. En síntesis, el desarrollo del nuevo modelo de aseguramiento universal plantea la necesidad de estrategias que ayuden a desarrollar instituciones sólidas y adecuadas al nuevo modelo y mecanismos sostenibles de asignación de recursos financieros. El MINSA como conductor de este proceso debería compatibilizar las prioridades nacionales y regionales de salud, con énfasis especial en las acciones de prevención, mejoramiento en la gestión de recursos y acceso equitativo a la salud de calidad.

De acuerdo a esta investigación, el autor señala que existe la necesidad de diseñar mecanismos para articular el sistema de salud, trabajar entre la fuerza pública y priva pro usuario de servicios de salud, la importancia radica en cumplir con el rol del Estado en la protección del libre acceso a los servicios de salud, tal como señala la Constitución Política del Perú; desarrollar un modelo de aseguramiento universal sostenible.

Barboza (2009) desarrolló el artículo titulado *El aseguramiento universal en el Perú: La reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos* el cual tuvo el objetivo de analizar y exponer los principales aspectos de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, para luego, abordar tres aspectos claves en torno a su aprobación, desde una perspectiva de derechos: el reajuste programático de la doctrina sobre seguridad social y salud por parte del Banco Interamericano de Desarrollo; el Sistema de Entidades Prestadoras de Salud como modelo de regulación y financiamiento; y la continuidad de los discursos sobre los planes de aseguramiento. En dicho artículo se arribó a las siguientes conclusiones: Para la Organización Mundial de la Salud, lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades, esto es, lo que las personas valoran, constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud. Sin embargo, el modelo instaurado por la Ley Marco de Aseguramiento Universal, recientemente aprobada y teóricamente afín al “pluralismo estructurado”, se caracteriza más bien por poner en el centro a la búsqueda de la satisfacción del interés económico, financiero y administrativo máximo y se contrae a la protección del riesgo financiero de las familias frente a la enfermedad. Las políticas públicas saludables o los derechos en salud en un escenario así se acotan y se circunscriben a lo tangible, a lógicas de usuario externo, más cercanas a los discursos de calidad del servicio, o a discursos de prevención de riesgos en salud individual.

Se infiere que, según el autor, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud tiene un trasfondo económico, financiero y administrativo, pero resta atención a la condición y necesidades de la población frente a la enfermedad. En

efecto, el sentido la Ley N° 29344 es establecer los regímenes de financiamiento en salud, crear como derecho adquirido el goce de un seguro subsidiado para los que menos recursos tienen y delimitar el alcance de los diferentes regímenes de financiamiento, para un control y garantía de acceso a toda la población de acuerdo a sus posibilidades, sin embargo, existen situaciones en las cuales la norma no se ha situado aún para efectos de lograr una verdadera proyección social.

Castro (2009) en su artículo *Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú*, cuya problemática analizada fue que la denominación de esta Ley 29344 excede largamente su contenido pues no remarca una mejora significativa en la protección social y financiera en salud para todos los peruanos. El objetivo fue exponer la propuesta del Colegio Médico del Perú para el aseguramiento universal, e insistimos en que se debe emprender una real reforma financiera del sector salud, que se concrete en un efectivo aseguramiento universal en salud como parte de una política integral de protección social basada en derechos, hacia la seguridad social universal. Las reflexiones fueron que llevar adelante su propuesta implicaba mejorar significativamente eficiencia y calidad de EsSalud y convertir al SIS en verdadero seguro, además de la integración operativa (no estructural ni funcional) de prestaciones entre MINSA y EsSalud. Estos planteamientos difieren sustantivamente de la Ley aprobada, debido a que: 1) El plan esencial de aseguramiento en salud plantea como cobertura máxima para la población y no como un mecanismo transitorio hacia la cobertura total de atención de salud, con la consecuente discriminación y exclusión de los más pobres. 2) El financiamiento del SIS no es sostenible, ya que establece como base un porcentaje del PBI y está sujeto a la disponibilidad presupuestal, que como es sabido en épocas de crisis disminuye. 3) Mantiene la ineficiencia en la inversión en salud al atomizar el financiamiento en múltiples fondos y administradoras de seguros en salud. 4) Debilita aún más el gobierno y la rectoría del sector salud, debido a que profundiza la segmentación de dicho sector, y mantiene los privilegios de administradoras públicas que se manejan como privadas, sin rendición de cuentas a la ciudadanía. 5) Comienza a implementarse cubriendo

apenas el 45% de la morbilidad que afecta a la población y únicamente en tres regiones y a través de planes piloto en otras cuatro redes de salud. 6) Adicionalmente no adscribe EsSalud al MINSA, ni plantea mejoras sustantivas en la atención a los asegurados por esta institución. 7) Favorece la participación privada en el aseguramiento en desmedro del aseguramiento público. Arriba a la conclusión que se debía emprender una real reforma financiera del sector salud, que se concrete en un efectivo aseguramiento universal en salud como parte de una política integral de protección social basada en derechos, hacia la seguridad social universal.

De acuerdo a lo señalado por el autor, se infiere que la Ley N° 29344 aun no logra proteger de forma suficiente las necesidades de la población puesto que en la misma señalan límites a la cobertura, pero más que límites se aprecia que la Ley N° 29433 establece la cobertura mínima que todo ente asegurador debe ofrecer. Por otro lado, también hace una crítica al financiamiento del SIS en virtud a que no es sostenible por estar ligado a un porcentaje del PBI y este, en caso de crisis, puede disminuir. La Ley AUS, en virtud al sentido de universalización y humanización frente a la necesidad de la ciudadanía busca la protección social en el sistema de salud, pretende que todo ciudadano se encuentre inmerso en alguna forma de aseguramiento en salud. Un punto muy importante es que el autor, en el precitado artículo también comenta la necesidad de integrar y fortalecer el trabajo articulado entre el MINSA y ESSALUD para lograr una verdadera integración social.

2.2. Bases legales

La Constitución Política del Perú, Artículo 10 prescribe que el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida. De igual manera en su Artículo 12 nos explica sobre la intangibilidad de los fondos de la seguridad social, el cual involucra al régimen contributivo de seguridad social en salud y al régimen pensionario, asimismo el Artículo 7 señala el derecho a la salud, medio familiar, y el derecho a la protección

de su salud y el Artículo 9 nos explica sobre el rol y la política social de salud del Estado.

Ley N° 27056, Ley que crea el Seguro Social de Salud – Essalud, y reconoce a esta entidad como la administradora del régimen contributivo de seguridad social en salud.

Ley N° 26790, Ley de modernización de la seguridad social en salud, nos menciona sobre el seguro regular y explica sus componentes.

Ley N° 27986, Ley de los trabajadores del hogar, explica sobre el derecho a la seguridad social de los involucrados en ese régimen.

Ley N° 27866, Ley del trabajo portuario, el cual indica que los trabajadores portuarios son considerados asegurados regulares.

Ley N° 27177, incorpora como asegurados regulares del Seguro social de salud a los pescadores pesqueros artesanales independientes.

Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud, en su Artículo 19, y reglamento, nos menciona a las clases de regímenes de financiamientos existentes para nuestra legislación,

Ley N° 27812, Ley que determina las fuentes de financiamiento del seguro integral de salud, en sus Artículos 2 y 3 nos menciona sobre las fuentes de financiamiento y sostenibilidad del seguro integral de salud.

Ley N° 27656, Ley de creación del fondo intangible solidario en salud, en su Artículo 1 señala la creación del FISSAL, destinado a favorecer a las personas que se encuentran excluidas del financiamiento por el alto costo de la enfermedad que padecen.

Decreto Legislativo N° 1057, Los trabajadores bajo modalidad de contratación administrativa de servicios – CAS, y su incorporación como asegurados regulares.

Decreto Legislativo N° 1086, Ley de promoción de la competitividad y desarrollo de la micro y pequeña empresa y del acceso al empleo decente, señala

que los empleados de las micro y pequeñas empresas son asegurados regulares, a excepción de que el empleador de la microempresa decida afiliar a sus trabajadores al régimen semicontributivo administrado por el SIS.

Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, Artículo 9, el cual señala sobre la fuente de información para registros en el Seguro Integral de Salud.

Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la ley de modernización de la seguridad social en salud, desarrolla el artículo correspondiente al seguro regular.

Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, el Artículo 80, nos indica que el seguro subsidiado es para aquellos que no tienen otro tipo de seguro en salud, en su Artículo 90 se refiere al periodo de carencia para los del régimen contributivo y semicontributivo, excluye de dicho periodo al régimen subsidiado, el Artículo 119, refiere el financiamiento del aseguramiento universal y el presupuesto del Estado a favor del seguro integral de salud y el Artículo 131 precisa el financiamiento de enfermedades de alto costo por el Fondo Intangible Solidario en Salud.

Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud, el cual recoge las modificaciones de la Ley y su reglamento.

2.3. Bases teóricas

Fundamentos teóricos del seguro regular de salud

Respecto a su origen y evolución mencionaremos lo investigado por los expertos y las normas que en el transcurso del tiempo fueron incorporando a determinados grupos de trabajo al seguro regular como parte del régimen contributivo de la seguridad social en salud.

Duran (2009) en su libro *Cobertura contributiva de la seguridad social en el Perú*, que nos explica respecto al régimen contributivo lo siguiente:

En el año 1936, con la dación de la ley 8433, la cual crea la Caja Nacional del Seguro Social Obrero - SSO, la misma que era destinada para la clase trabajadora obrera y tenía como nosocomio el hospital OBRERO, hoy conocido como Hospital Guillermo Almenara Irigoyen; posteriormente se crea el Seguro Social del Empleado – SSE, en el año 1948 cuyo hospital era el que hoy conocemos como Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Con el transcurso de los años se forma el Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS, el cual recaudaba, manejaba y administraba el fondo de seguridad social que involucraba el fondo de seguridad social en salud y el fondo provisional o de pensiones. En 1997 se da la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley 26790 terminando con la exclusividad del IPSS en materia de seguridad social en salud y creando las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) como entidades del sector privado a cargo de ofrecer las prestaciones alternativas, así mismo crea el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, como una prestación diferenciada y en sustitución de la caja de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales manejada hasta esa fecha por el IPSS. Al igual que en el caso de las EPS esta prestación también puede ser contratada de proveedores privados. En el año 1999, mediante la ley 27056 se crea el Seguro Social de Salud – ESSALUD, el cual se encargaría de administrar las contribuciones sociales vinculadas a salud, es decir sería la autoridad respecto al régimen contributivo de seguridad social en salud (p. 16).

Según el autor, vemos que el Seguro Social como institución ha pasado por varios cambios, desde la creación de la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, el Seguro Social del Empleado, el Instituto Peruano de Seguridad Social y el Seguro Social del Salud, conocido hoy en día como ESSALUD, encargado de administrar el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud – RCSSS, ya no un fondo único involucrado con los fondo de pensión como se daba antiguamente con el IPSS, sino solo las contribuciones sociales respecto a salud.

Ley N° 26790 (1997) Ley de modernización de la seguridad social en salud, en su Artículo 3 indica que “son asegurados del Seguro Social de Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes.” p. 1.

El seguro regular es parte del régimen contributivo de la seguridad social en salud, la cobertura es para el titular del seguro y se extiende a sus derechohabientes, la atención es brindada en los centros del seguro social y/o en los centros asistenciales o instituciones prestadoras de servicio de salud que por convenio puedan otorgar atención a los asegurados.

El Decreto Supremo N° 009-97-SA (1997) El Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la seguridad social en salud, en su Artículo 30 señala que:

Son afiliados regulares del seguro social de salud los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen o modalidad a la cual se encuentren sujetos. Los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos. Bajo responsabilidad de la entidad empleadora correspondiente, la inscripción en el seguro social de los afiliados regulares y sus derechohabientes es obligatoria. Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a que se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará el IPSS, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante. La calidad de asegurado del derechohabiente deriva de su condición de dependiente del afiliado regular (p. 9).

La Ley nos indica claramente quienes son los asegurados regulares, y por eso puntualiza en que son los trabajadores activos, es decir, lo que están en relación de dependencia o los independientes incorporados por ley especial, los pensionistas en sus diversas modalidades pensionables y los derechohabientes,

los cuales son el núcleo familiar del titular (cónyuge, o concubino, hijos menores o y/o hijos mayores incapacitados para laborar). Debemos mencionar que al interpretar la norma apreciamos que esta condición es inviolable y no se puede menoscabar ni condicionar a un simple registro, es decir que, cuando se tiene la condición familiar antes señalada es acreedor inmediato de los beneficios que brinda el seguro regular como seguro obligatorio.

Tenemos también la información plasmada en la Ley N° 27056 (1999) Ley de creación del seguro social de salud, en su Artículo 1, numeral 1.2 prescribe:

Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través de otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como otros seguros de riesgos humanos (p. 1).

Analizando la norma, vemos que el seguro regular es administrado por el seguro social, el cual tiene como finalidad brindar cobertura médica a sus asegurados, la naturaleza del seguro regular es netamente laboral y tiene como sustento la contribución social, es decir, el tributo declarado por el empleador ante la SUNAT; ahora bien, la Ley citada también refiere a otros seguro de riesgo humano, pero aquí ya no se refiere al seguro regular, sino a otros tales como seguro complementario de trabajo de riesgo – SCTR desarrollado por sus propia norma.

Analizamos también la Ley N° 27177 (1999) Ley que incorpora al seguro regular a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, en su Artículo 1 indica:

Incorpórese a los pescadores artesanales independientes del mar y de los recursos hídricos continentales y a los procesadores pesqueros artesanales independientes, como afiliados regulares del Seguro Social de Salud - ESSALUD, en el marco de lo dispuesto por los literales b) y c) del numeral 4.1 del Artículo 4º de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (p. 1).

Como vimos en el párrafo anterior a la mención de la Ley N° 27177, incorpora como asegurados regulares a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, quienes no tienen una relación de dependencia, es decir no realizan labor subordinada frente a un empleador, pero si son considerados asegurados regulares puesto que la legislación así lo ha contemplado. La cobertura otorgada es la misma de la que gozan los asegurados dependientes con la diferencia que este tipo de trabajadores no gozan de cobertura especial por desempleo en caso de que lleguen a esa condición.

Con el transcurso de tiempo, con la finalidad de dotar de estabilidad jurídica y laboral se emitió el Decreto Supremo N° 015-2003-TR (2003) el reglamento de la Ley del trabajador del hogar, que en su Artículo 10 señala:

Los trabajadores del hogar son considerados afiliados regulares del Seguro Social de Salud siempre que laboren una jornada mínima de cuatro horas diarias. El aporte mínimo se calculará en base a la remuneración mínima vital. La condición de empleador corresponde a la persona natural a cuyo servicio labora el trabajador del hogar (p. 2).

Entendemos que el seguro regular también se extiende a los trabajadores de hogar declarados e inscritos como tal ante SUNAT, con los requisitos establecidos para ese procedimiento; por ello el aporte de empleador es en base a la misma tasa (9%) y tendrá como base imponible la remuneración del trabajador, cabe señalar que los empleados del hogar pagan al sistema previsional.

A todo esto debemos mencionar que ESSALUD tiene facultad mediante ley para verificar si existe una verídica relación laboral entre empleador y trabajador del hogar y de esta forma no se estén brindando servicios a aquellos que de manera fraudulenta pretendan ingresar al seguros social, la norma a la que nos referimos es la Ley N° 29135 (2007) Ley que establece el porcentaje que deben pagar ESSALUD y la Oficina de Normalización Previsional a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria – SUNAT, por recaudación de sus aportaciones y medidas para mejorar la administración de tales aportes, en su Artículo 1, prescribe “facúltese a Essalud para, de oficio, ejercer las facultades de verificación de la condición de asegurados del Régimen

Contributivo de la seguridad social en salud y de otros regímenes administrados por Essalud”. p. 3.

Con el tiempo también se incorporó a un grupo importante de la población costeña, mediante el Decreto Supremo N° 013-2004-TR (2004) Texto Único Ordenado de la Ley del trabajador portuario, que en su Artículo 27, señala que “para el otorgamiento de las prestaciones de salud y económicas a que se refiere el Artículo 16 de la Ley, el trabajador portuario debe cumplir con las condiciones de derecho de cobertura a que se refiere la Ley N° 26790 y sus normas complementarias”. p. 11.

Inferimos que los trabajadores portuarios también gozan de la misma cobertura y beneficios de seguro regular, tan igual que los trabajadores de otros regímenes, cuando el reglamento no señala sobre las condiciones de cobertura establecido por ley, no es otra cosa que los aportes y declaración realizadas para lograr la acreditación en la cuenta individual del trabajador.

Ley N° 28193 (2004) Ley que prorroga el plazo de vigencia del comité especial multisectorial de reestructuración de la caja de beneficios y seguridad social del pescador, en su Artículo 3, literal “a” precisa que “el seguro social de salud – Essalud, asumirá las atenciones y prestaciones económicas de salud que actualmente se encuentran a cargo de CBSSP (...)”. p. 1.

Se infiere que la presente ley dio inicio al reconocimiento de los afiliados a la Caja de beneficios de la seguridad social del pescador - CBSSP como asegurados regulares en Essalud, posteriormente se dieron otras normas que señalaban lo mismo respecto al seguro social.

El Decreto Legislativo N° 1086, (2008) Ley de promoción de la competitividad, formalización y desarrollo de la micro y pequeña empresa y acceso al empleo decente, en su Artículo 50 establece que “los trabajadores de la pequeña empresa serán asegurados regulares de Essalud y el empleador aportará la tasa correspondiente de acuerdo a lo dispuesto al Artículo 6° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y modificatorias”. p. 4.

En la presente norma señalan que también están involucrados en la seguridad social los trabajadores y empleadores del régimen especial de las MYPE, debemos indicar que la ley menciona que empleador de la pequeña deberá afiliar a sus trabajadores a Essalud y pagar la tasa correspondiente para pertenecer así al régimen contributivo en salud, pero en caso de la micro empresa, el empleador podrá optar entre el SIS y Essalud, de ser el SIS, podrá acceder al seguro “SIS microempresas” y formar parte del régimen semicontributivo.

Un paso importante también fue la emisión de la Ley N° 29849 (2012) Ley que establece la eliminación progresiva del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 y otorga derechos laborales, que en su Artículo 6, literal “k” indica:

Afiliación al régimen contributivo que administra ESSALUD. La contribución para la afiliación al régimen contributivo que administra ESSALUD tiene como base máxima el equivalente al 30% de la UIT vigente en el ejercicio por cada asegurado. Cuando el trabajador se encuentre percibiendo subsidios como consecuencia de descanso médico o licencia pre y post natal, le corresponderá percibir las prestaciones derivadas del régimen contributivo referido en el párrafo anterior, debiendo asumir la entidad contratante la diferencia entre la prestación económica de ESSALUD y la remuneración mensual del trabajador. (p. 2).

Con el Decreto Legislativo N° 1057, sobre la Contratación Administrativa de Servicios – CAS, se consideró a este grupo de trabajadores como parte del seguro regular, y con la Ley N° 29849, se ratificó dicha consideración e inclusión en su lista de derechos de los trabajadores del régimen especial laboral CAS, sin embargo, también señala sobre el límite o base imponible máxima que se aplicará a la contribución que los empleadores realizaran al seguro social, entonces vemos que respecto a la seguridad social en salud no hay mucha novedad.

La última incorporación al seguro regular se dio con la entrada en vigencia de la Ley N° 30003 (2013) Ley que regula el régimen especial de seguridad social para los trabajadores y pensionistas pesqueros, que en su Artículo 26 y 27, indica:

Los beneficiarios de la TDEP se encuentran incorporados a ESSALUD como afiliados regulares del régimen contributivo de la seguridad social en salud (...) Los trabajadores pesqueros afiliados al REP o SPP se incorporan a ESSALUD como afiliados regulares del régimen contributivo de la seguridad social en salud, para efecto son aplicables las disposiciones del Decreto Supremo 005-2005-TR o norma que lo sustituya, aun cuando el trabajador pesquero no haya estado afiliado a la CBSSP. (p. 4).

La mencionada Ley explica sobre las medidas extraordinarias para lograr el acceso a la seguridad social, en ello a la seguridad social en salud de los beneficiarios de la prestación económica periódica denominada “Transferencia Directa al Ex pescador” - TDEP y también de los afiliados al régimen Especial de Pensiones para Trabajadores Pesqueros – REP o los de Sistema Privado de Pensiones – SPP, incluyéndolos en el seguro regular administrado por Essalud. En caso de los armadores seguirán aportando a Essalud el 9% en base a la remuneración del trabajador pesquero y tiene como base mínima el equivalente a 4.4 de la remuneración mínima vital vigente al último día de declaración de dicha aportación.

Principio teórico del seguro regular de salud

La Constitución Política del Perú (1993) al desarrollar el Artículo 10 *Seguridad Social* prescribe que “el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.” p. 5.

Interpretando el artículo de la Constitución apreciamos que la seguridad social es un derecho fundamental de toda persona y dicha protección debe ser garantizada por el Estado, pero también de los elementos que configuren este derecho, es decir, el acceso, la contribución, la solidaridad y la permanencia. No olvidemos que el derecho a la seguridad social responde a un vínculo jurídico laboral y/o contractual.

Ley N° 26790 (1997) Ley de modernización de la seguridad social en salud, en su Artículo 1 prescribe:

La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud. El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza. (p. 1).

Podemos decir que una de las normas más importantes sobre la seguridad social en salud es sin duda la Ley N° 26790 y su respectivo reglamento, el cual explica detalladamente todo lo concerniente al seguro regular y otros que administra el Seguro Social. También menciona los principios rectores en los cuales se basa el régimen contributivo, entre ellos el principio de equidad que se entiende en proteger a todo asegurado de forma integral en todo cuanto necesite y acorde a la cobertura del seguro regular, desde un enfoque de igualdad de derechos; el principio de solidaridad que involucra a los mecanismos que se utilizan para administrar los aportes y con ellos coberturar y atender a los que necesitan las prestaciones indistintamente del monto del aporte y el tiempo; la eficiencia que señala la acción oportuna para cumplir con el objetivo y finalidad del seguro social que es el cuidado y protección del asegurado; la facilidad de acceso a los servicios de salud que no es más que garantizar el acceso a los servicios y no obstaculizar el beneficio y el goce de los asegurados del régimen contributivo.

Definición o conceptualización del seguro regular de salud

ESSALUD (2017) en su portal institucional, señala:

El + SEGURO es el seguro regular al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. También son afiliados a este seguro los pensionistas que reciben pensión de jubilación, por incapacidad y de sobrevivencia. (s. p).

Ley N° 26790 (1997) Ley de modernización de la seguridad social de salud, en su Artículo 10, nos indica:

Los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del seguro social de salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anterior al mes en que se inició la causal. En caso de accidente basta que exista afiliación. Tratándose de afiliados regulares, se considera periodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes. (p. 3).

El Decreto Supremo N° 009-97-SA (1997) Reglamento de la Ley 26790, Ley de modernización de la seguridad social de salud, en su Artículo 3, señala:

El seguro social en salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios, para la preservación de salud y el bienestar social. Está a cargo del Instituto de Seguridad Social (IPSS) y se complementa con los planes de salud brindados por las Entidades Empleadores y sea en establecimientos propios o con planes contratados con EPS debidamente constituidas. Su funcionamiento es financiado con sus propios recursos. (p. 5).

Sub categorías del seguro regular de salud

Los componentes del seguro regular de salud se encuentran detallados en el Artículo 30 del reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social en salud, y se explican a continuación:

Trabajadores activos

Comprende a los del régimen laboral público dentro del cual están los del Decreto Legislativo N° 276, Decreto Legislativo N° 1057, y a los del régimen privado dentro del cual están los del Decreto Legislativo N° 728 y demás régimen especiales.

Pensionistas

Comprende a todos aquellos que reciben una pensión, ya sea de jubilación, sobrevivencia, invalidez asegurados por la Oficina de Normalización Provisional – ONP o una Administradora de Fondo de Pensiones – AFP. También

comprende a los pensionistas de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador – CBSSP.

Derechohabientes

Son los familiares directos de la persona asegurada, considerados así por ley de la materia y comprendidos en la figura de “derechohabientes”. Comprende a los hijos menores de edad, los hijos mayores de edad incapacitados de forma temporal o permanente para el trabajo, el o la cónyuge o concubino(a), este último acorde al Artículo 326 del Código Civil.

Fundamentos teóricos del régimen subsidiado de salud

El régimen subsidiado de salud se explica en la clasificación de los regímenes de financiamiento que se da con la Ley N° 29344 (2009) Ley marco de aseguramiento universal en salud, que en su Artículo 19 señala:

A partir de la vigencia de la presente Ley, todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en su condición de afiliados a los siguientes regímenes: (...) 2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud. (p. 3)

Entendemos que con la emisión de la Ley N° 29344 se buscó que todo ciudadano a nivel nacional goce de un seguro de salud que ofrezca, como mínimo, la cobertura del plan esencial de aseguramiento en salud, el cual es el listado priorizado de diagnósticos más frecuentes y comunes que todo seguro debe coberturar. El SIS es el ente encargado de financiar las prestaciones de los afiliados al régimen subsidiado en salud que alberga a todo ciudadano peruano o extranjero residente que se encuentra en condición de pobreza o pobreza extrema.

SIS (2015) en su portal institucional señala:

En 1997 las autoridades de salud pusieron en marcha un programa de subsidio a la demanda, denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG), que debía cubrir a los escolares matriculados en escuelas públicas a escala nacional. Sin embargo, el mecanismo de focalización en función de las escuelas públicas tuvo importantes limitaciones, produciéndose considerable filtración, aunque una alta cobertura de ese grupo. Adicionalmente, por la asimetría de información, los recursos remesados no favorecieron particularmente a los más pobres del país. Durante 1998 se creó otro programa de subsidio, denominado Seguro Materno Infantil, el que cubría a gestantes y niños menores de 5 años. Como estrategia piloto, se implementó en sólo 5 regiones del país, ampliándose luego a 8 regiones durante el año 2000. De acuerdo a las evaluaciones efectuadas, tuvo menor filtración que el SEG, pero baja cobertura. Ambos programas se fusionaron el año 2001 en el Seguro Integral de Salud, previa conformación de una instancia transitoria denominada Unidad de Seguro Público. Una de las primeras acciones tomadas luego de la fusión fue la ampliación del componente materno infantil a todas las regiones aun no cubiertas, incorporando de este modo a un grupo de gran magnitud y vulnerabilidad. Otro de los cambios más importantes lo constituyó el cambio del mecanismo de adscripción territorial de los derechohabientes del componente escolar, que se basaba en la ubicación geográfica de la escuela donde estudiaban, a una adscripción basada en el lugar donde estaba ubicado su domicilio, el que muchas veces quedaba muy lejos de sus escuelas. Ello llevó a un reordenamiento importante de la demanda, lo que llevó a su vez a un reordenamiento paulatino de la oferta. El componente materno infantil mantuvo su adscripción domiciliaria. Adicionalmente, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción, permitió que la cobertura se ampliase a todo niño menor de 18 años, sea escolar o no, en cuanto pudiese probar su condición de pobre o extremadamente pobre. Para distinguir dicha condición, se implementó un sistema de focalización mediante inscripción universal en distritos con más de 65% de familias pobres, mientras que en los distritos con porcentaje menor de pobres, se aplicó el Sistema de Identificación de Usuarios (SIU), que estima la capacidad de pago de cada inscrito. Posteriormente el 29 de enero del 2002 se emite la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, la misma que crea el Seguro Integral de Salud

como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, siendo posteriormente calificado como Organismos Público Ejecutor mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM. (s. p).

El SIS nace como programa social orientado a financiar las atenciones médicas de las personas de bajos recursos. Nace de la fusión de dos seguros implementados por el Estado, sin embargo, el filtro para pertenecer a dicho programa no fue el adecuado. Como bien se explica en el párrafo anterior el fortalecimiento del SIS como entidad financiadora se da con la emisión de la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657 y se configura como organismo público ejecutor con Decreto Supremo correspondiente, es decir, a raíz de dicho decreto deja de ser programa social. El SIS es la entidad encargada de administrar el régimen subsidiado y el régimen semicontributivo en salud y para ello cuenta con el apoyo del Sistema de Focalización de Hogares para la correcta selección de potenciales asegurados.

Con el desarrollo de este régimen y su afiliación surgieron muchos problemas puesto que la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud ampara a los tres regímenes de financiamiento y también señala la prohibición de pertenecer a más de un régimen, entonces frente a esto muchos usuarios que pretendían afiliarse al régimen subsidiado y que provenían de un seguro del régimen contributivo no podían hacerlo puesto que el sistema aun los vinculaba con el seguro anterior y esto obligaba a realizar una serie de trámites para lograr la desvinculación.

Entonces el Estado se vio en la necesidad de emitir una norma que sirva como herramienta para las unidades de afiliación del régimen subsidiado y régimen semicontributivo, dicha norma es el Decreto Legislativo N° 1163 (2013) que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, que en su Artículo 9 señala:

El seguro integral de Salud (SIS) utilizara como única fuente de información para determinar si una persona cuenta con otro seguro de salud la contenida en el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud. Si el Registro de Afiliados al

Aseguramiento Universal en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud no se encuentra actualizado por información insuficiente o inoportuna proporcionada por cualquier institución administradora de fondos de aseguramiento en salud, el Seguro Integral de Salud (SIS) solicitara el reembolso por las prestaciones financiadas a la IAFAS correspondiente (p. 2).

El presente decreto indica que la única fuente de información para ver si una persona tiene algún tipo de cobertura o afiliación a un seguro privado o público es la página de SUSALUD ya que esta entidad maneja el registro nominal de afiliados y no afiliados a los seguros de salud de nuestra legislación peruana, sin embargo, el empleadora registra al trabajador en el seguro regular ante SUNAT, a través del T- Registro, Planilla Electrónica o programa de declaración telemática - PDT y esa información luego migra al sistema de SUSALUD, en diversos casos se puede apreciar la afiliación del asegurado con una cobertura activa, inactiva o suspendida. La norma también indica que, si la página de consulta no se encuentra actualizada o que la falta de dicha actualización depende de la aseguradora, ésta última será la responsable y estará sujeta a reembolsar a la aseguradora que financió el servicio. La libre interpretación que se hace es que “si pertenece a un régimen que no es el subsidiado, pero no se visualiza en la página de SUSALUD puede ingresar al SIS”, pero se sabe que tiene el vínculo con otro régimen de financiamiento, que bien podría ser el seguro regular o un seguro privado lo que conlleva a que no debería ingresar al SIS. En ese orden de ideas, si consideramos el fundamento teórico y los principios de su norma rectora que es la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, además de la simple verificación en el sistema de consulta, se debería tratar el asunto desde un enfoque legal y no netamente operativo puesto que atribuir el manejo a una página de consulta que incluso podría presentar “fallas” se pueden suscitar casos donde el interés del usuario se vería mermado, entonces más que una solución netamente sistemática se debería viabilizar dicha solución con un cambio en la legislación para contrarrestar las posibles fallas en los sistemas de consultas. Cambio que aborde la flexibilidad de una doble afiliación en situaciones excepcionales para efectos de una continuidad de cobertura.

Principio teórico del régimen subsidiado de salud

La Constitución Política del Perú (1993) al desarrollar el Artículo 7, *Derecho a la salud, medio familiar*, explica que “todos tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.” p. 4.

Volvemos a explicar que el derecho a la salud es inherente a todos, pero este derecho debe ser protegido por la persona y también por el Estado; la persona en cuanto no vulnere su propia integridad y no se exponga su salud frente a peligros y el Estado en razón a mecanismos que garanticen el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud. El acceso a la salud es un derecho y también se configura como un deber.

La Constitución Política del Perú (1993) al desarrollar el Artículo 9, *Política Social*, establece que “el Estado determina la política nacional de salud. El poder ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.” p. 4.

Este artículo es uno de los más importantes de la Constitución Política del Perú de los relacionados a la protección de salud, porque explica sobre el rol del Estado en salud, es decir de las medidas que éste debe adoptar para garantizar, proteger y hacer cumplir el acceso de todo ciudadano a los servicios de salud, indistintamente de su condición social; siempre bajo un enfoque de derechos e igualdad de condiciones. Entonces, podemos decir que en razón a este artículo se implementó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Decreto Supremo N° 020-2014-SA (2014) Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud, en su Artículo 4, numeral 1 desarrolla el principio de Universalidad y en el numeral 3 el principio de Unidad, señalando:

1. Universalidad.- La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución política del Perú, y además documentos y convenios suscritos

por el Estado peruano y otras leyes de menor jerarquía. Por él, que el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida (...). 3. Unidad.- Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamientos y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la ley. (p. 16).

Inferimos que el “principio de universalidad” recogida en la ley señala la garantía de la protección de la salud de todas las personas residentes en nuestro país, sin discriminación alguna, y esto se relaciona con lo mencionado en nuestra Constitución Política y los tratados internacionales de Derechos Humanos cuando se refieren sobre el derecho a la salud. Asimismo, el “principio de unidad” hace referencia al trabajo articulado entre regímenes e instituciones para alcanzar los objetivos de la ley, que es garantizar el acceso a la salud.

Definición o conceptualización del régimen subsidiado de salud

Decreto Supremo N° 020-2014-SA (2014) Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud, en su Artículo 29, numeral 2, establece que:

El régimen subsidiado comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud. (p. 16).

Ley N° 26790 (1997) Ley de modernización de la seguridad social de salud, en su Artículo 10, prescribe:

El ministerio de salud tiene a su cargo el régimen estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del tesoro público y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto. (p. 1).

SIS (2015) en el enlace *Seguro Gratuito* explica que “El SIS financia atenciones de salud en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual es una lista priorizada de condiciones e intervenciones que se brinda a nuestros asegurados en el ámbito del Aseguramiento Universal.” s. p.

Sub categorías del régimen subsidiado de salud

Los componentes del régimen subsidiado se encuentran regulados en el Artículo 80 del reglamento de la Ley marco de aseguramiento universal en salud, y se explicaran a continuación:

Personas de bajos recursos económicos

La pobreza y pobreza extrema son condiciones sociales y económicas caracterizadas por una carencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Las circunstancias para especificar la calidad de vida y determinar a si un grupo en particular se cataloga como empobrecido suelen ser el acceso a recursos como la educación, la vivienda, el agua potable, la asistencia médica, etc.; así mismo, suelen considerarse como importantes para efectuar esta clasificación las circunstancias laborales y el nivel de ingresos. El seguro subsidiado tiene como principal objetivo coberturar a todas las personas.

Personas sin seguro médico

Son aquellos que por algún motivo no tienen ningún tipo de seguro (contributivo o semicontributivo). De esta forma ellos pueden acceder al seguro subsidiado para gozar de protección por parte del Estado.

Personas residentes en Perú

El seguro gratuito o subsidiado está destinado para todos los residentes en el país, ya sea peruanos o extranjeros nacionalizados. De ninguna manera se le brinda la cobertura médica a los que no se encuentran dentro del territorio nacional.

2.4. Definición de términos básicos

AUS

Son las siglas del Aseguramiento Universal en Salud, promovido por el Estado.

ESSALUD

Seguro Social de Salud, administrador del régimen contributivo de seguridad social en salud.

EPS

Entidades Prestadoras de Salud, que brindan servicios y cobertura complementaria en salud a sus afiliados.

IAFAS

Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento, son aquellas que manejan fondos de aseguramiento obtenidos por las aportaciones de sus afiliados o por el presupuesto público.

IPRESS

Institución Prestadora de Servicios de Salud, son aquellas que brindan servicios de salud.

IPSS

Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy Essalud) actualmente no existe como tal, pero era la entidad encargada de administrar los fondos de la seguridad social en general.

FISSAL

Fondo Intangible Solidario en Salud, el cual cobertura los diagnosticas de alta complejidad a los afiliados del seguro integral de salud.

MIDIS

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el cual se encarga de establecer políticas de proyección social.

MINSALUD

Ministerio de Salud y Protección Social, encargado de administrar los regímenes de salud en Colombia.

MINSA

Ministerio de Salud, encargado de la rectoría en el aseguramiento universal en salud.

ONP

Oficina de Normalización Provisional, la cual administra los fondos de aseguramiento en pensión de sus asegurados.

PEAS

Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, es el listado priorizado de diagnósticos que toda entidad aseguradora debe cubrir mínimamente.

Periodo de Latencia

Es la cobertura especial por desempleo que el seguro social otorga a aquellos asegurados que dejaron de laborar y pierden la relación de subordinación, ya sea por despido, renuncia. También aplica en casos de suspensión perfecta de labores.

Periodo de Carencia

Es el tiempo en el cual el asegurado no puede acceder a las prestaciones médicas ambulatoria ni de emergencia, salvo en casos de accidente. Consta de 3 meses.

SIS

Seguro Integral de Salud, es el encargado de administrar el régimen subsidiado y semicontributivo en salud. Se financia con tesoro público.

SISBEN

Es el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para programas sociales de Colombia

SUSALUD

Superintendencia Nacional de Salud, es el órgano fiscalizador de las entidades públicas y privadas que brindan servicios de salud en el Perú.

SISFOH

Sistema de Focalización de Hogares, encargado de manejar y filtrar la información respecto a los ciudadanos que califican para cualquier programa de gobierno. Se encuentra adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

3.1. Análisis de tablas y gráficos

Tabla 1:

Resultados individuales de especialistas en Seguridad Social en Salud

PREGUNTAS	ESPECIALISTA 1	ESPECIALISTA 2	ESPECIALISTA 3	ESPECIALISTA 4	ESPECIALISTA 5	RESULTADO
1. ¿Se deberían cubrir enfermedades graves en el servicio de emergencia dentro del periodo de carencia?	<p>En realidad, según la norma, el periodo de carencia en un periodo en el cual la persona, si bien es cierto se encuentra afiliada Essalud, ya es un asegurado por ello, definitivamente detrás de la norma hay un sustento económico que todo seguro básico maneja, que, en marco de la solidaridad como principio de seguridad social, se vayan generando los aportes necesarios para cubrir las prestaciones que necesitan las personas que están enfermas. Definitivamente, en base a la teoría de seguro, ningún seguro es para personas enfermas, porque lo que sucederá es que el colchón de aportes nos sustentará el gasto que demanda las personas enfermas, entonces como tema general el periodo de carencia brinda una cobertura mínima e incluso en el seguro complementario de riesgo desde el momento que empiezan a trabajar, pues les cubre algunas necesidades</p>	<p>Emergencia... uhm, yo creo que sí, porque la ley de aseguramiento universal te da el derecho a ser atendido desde que tienes un vínculo laboral o también si tienes algún accidente, ¿porque restringirlo a urgencia? No... entonces para mi...de verdad, debería generalizarse en caso de emergencia también, para no desproteger a los asegurados.</p>	<p>Depende de la circunstancia, porque hay enfermedades graves que conllevan a situaciones de emergencia y hay enfermedades graves que conllevan a un tratamiento de consultorio, entonces si el paciente está en una situación de emergencia necesariamente necesita ser atendido, ahora hay ver la normatividad que permita esta atención, Viéndolo del lado humano, ese paciente necesita atención por emergencia, y debe haber alguna entidad ya sea pública o privada que permita atenderlo.</p>	<p>Si, me parece que, si porque el hecho de no brindar un beneficio es vulnerar un derecho en atención pero que se está brindando limitadamente, por el periodo de carencia en el seguro regular. Por su puesto hay muchas personas que tienen enfermedades que requieren no solo operación sino tratamientos prolongados y no prevén fechas ni periodos de carencia y que deberían ser coberturados por el seguro actual.</p>	<p>Yo creo que depende de un estudio financiero actuarial, porque el periodo de carencia tiene el objetivo de financiar la protección de salud, y el Convenio 102 de OIT tiene una regla acerca que los seguros por enfermedad pueden establecer un periodo de carencia cuyo objetivo es evitar el abuso, el abuso moral y el fraude, ¿no? Eh...es importante pensar que en los seguros por enfermedad existe una falla de mercado que se llama "riesgo moral", entonces las afiliaciones, los aseguramientos contributivos deben tener presente estas "fallas de mercado" y estas fallas de mercado se protegen con estos periodos y ámbitos temporales de espera. Sin embargo, también hay otros valores relacionados con la salud y la vida de las personas que son derechos protegidos constitucionalmente, cuya expresión debe estar orientada con los estudios</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Essalud no puede cubrir la contingencia o las enfermedades graves en el periodo de carencia puesto que se afectaría el presupuesto de la institución, considerando que sus únicos ingresos provienen de las aportaciones de los empleadores y los pensionistas, más no del tesoro público. Aquí debe prevalecer el principio de solidaridad es decir garantizar la cobertura en contingencias futuras porque en teoría ningún seguro es para personas ya enfermas.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Si debería atenderse, el aseguramiento universal persigue la cobertura médica inmediata, entonces se debe proteger al asegurado</p> <p>ESPECIALISTA 3: Dependiendo de la circunstancia y gravedad del paciente, pero en definitiva el paciente necesita estar protegido por un seguro en ese periodo</p>

de salud y los hechos fortuitos, si tú me preguntas si Essalud sea quien deba cubrir estas enfermedades pues lo tocaría con pinzas, en definitiva las personas que tienen enfermedades graves en el país deben tener una alternativa para recibir atención, pero no es una alternativa cuya respuesta o solución debe venir de Essalud, es un tema de política de Estado y una respuesta a nivel de Estado, Essalud las puede atender pero también debe cuidar su presupuesto financiero. Ahora también depende de la situación económica de la persona, las políticas de Estado se priorizan acorde a ello.

Exacto, Essalud tiene el deber de administrar el presupuesto que no es de empresa sino viene de los aportes de los empleadores y eso tiene que ser sustentable en el tiempo, para eso ya no se pueden dar prestaciones a quienes no se debe, ya que en marco del aseguramiento universal les corresponde hacerlo a otras entidades.

económicos financieros de tal manera que se eviten desfinanciamiento del régimen contributivo y no se tolere el abuso moral de un seguro.

Si, pero también como está configurado el modelo asegurador, porque ...uhm... hasta donde un país está dispuesto a proteger todas las enfermedades para todos en todo momento, eh como configura su cobertura con un listado negativo y un listado positivo, nosotros con la 26790 tenemos un listado negativo, ósea son solo un grupo de enfermedades que no se protegen, después todo está protegido, e incluso las enfermedades de alto costo esta protegidos pero están sujetas a estos periodos cortos de carencia. Efectivamente se rompería el principio de Solidaridad si no se configura adecuadamente el modelo, se generan inequidades, oportunismos y se desprestigia el sistema, se deslegitima de la seguridad social. Actualmente se piensa que estas enfermedades deben ser protegidas por un fondo especial distinto al seguro regular, porque el seguro regular tiene una protección de lo que se denomina "enfermedades comunes" y también tenemos un fondo que protegen las

ESPECIALISTA 4: El seguro actual de la persona debería brindar la protección y cobertura médica al usuario para no vulnerar su derecho a protección en situación de vulnerabilidad.

ESPECIALISTA 5: El periodo de carencia dentro de un seguro privado o contributivo también es reconocido a nivel internacional para evitar el abuso y fraude frente a las propias fallas de mercado denominadas "riesgo moral". El derecho a la salud está protegido por la Constitución pero también se debe evitar desfinanciar a las entidades que forman parte del modelo asegurador contributivo. El Tribunal Constitucional se ha pronunciado al respecto y no considera que existe violación a los derechos constitucionales con el periodo de carencia, pero si recomendó hacer estudios actuariales para mejorar la cobertura para proteger a las familias, no solo en periodo de carencia, sino a nivel general.

enfermedades laborales y los accidentes laborales porque son riesgos diferentes, esas es su racionalidad, entonces ya el mismo concepto de enfermedad de alto costo hace eh... que estamos frente a riesgos distintos a los laborales y distintos a los comunes, entonces más bien convendría también y debería haber un fondo especial de este tipo de condiciones de salud, como existen en algunos países de la región. Esta lucha y tensión entre el financiamiento y la ampliación de la cobertura es constante, ¿no? es una tensión debe expresarse a través de la configuración de los modelos de aseguramiento en salud. Claro, mira eh, el Tribunal Constitucional se ha pronunciado de manera, no directa, pero sí mencionó la necesidad de protección de este tipo de enfermedades cuando se discutió una acción de inconstitucionalidad de la Ley de Aseguramiento Universal en cuanto a la protección de los trabajadores independientes, ¿qué sucedió aquí? Algunos congresistas presentaron una acción de inconstitucionalidad contra algunos artículos de esta ley de tal forma que se declare la inconstitucionalidad de esos artículos porque se había percibido que había una

protección total para los asegurados del SIS y una protección total para el seguro regular pero un importante conjunto de ciudadanos no tenían ni uno ni otro, porque no trabajaban o no tenían relación de dependencia o no focalizaban como pobres o extremo pobres, estaban en el limbo de la desprotección. Entonces el Tribunal fallo indicando que la Ley no era inconstitucional pero si recomendó al SIS y Essalud que se evaluara su cobertura para ese tipo de enfermedades para las poblaciones independientes, ósea no se abocó al 100% pero si lo menciona, sin embargo cuando hace el análisis en los considerandos la STC si señala que deben haber estudios de tal manera que no se desfinancien los fondos y eso es importante considerarlo, porque así vamos a verlo en un tema de judicialización que últimamente estamos notando una creciente judicialización y unos crecientes fallos adversos al seguro social y si nos damos cuenta, todos estamos frente a la ampliación de cobertura y el tema de familia, si vemos los embarazos debemos fijarnos por donde está la desprotección, ósea quizás podemos ir pensando en dar

cobertura a esta población, a las hijas menores de edad que tiene un embarazo, a las madres gestantes que tienen que esperar un periodo de carencia, que ojo, ni siquiera es una enfermedad de alto costo, ni siquiera es una enfermedad el embarazo pero está sujeto a un periodos de espera. Otras sentencias respecto a lactancia, sentencia de Casación o del Tribunal Constitucional pero todas relacionadas a la ampliación de cobertura poblacional y curiosamente con los ámbitos familiares, entonces esto conlleva a pensar sobre un modelo asegurados, hasta donde protege a la familia y que tipo de familia.

<p>2. ¿Considera que las aportaciones a ESSALUD del régimen CAS no deberían tener una base imponible máxima tal como se da actualmente, con el 30% de la UIT?</p>	<p>Todas estas respuestas las doy a nivel personal, por ende, considero que el régimen CAS no debería existir, una persona que trabaja bajo ese régimen lo hace tan igual que aquella del régimen 276, 728 u otro, hacen el mismo trabajo pero el CAS no tiene los mismos beneficios. Entiendo que se han dado pasos de mejora, antes teníamos a los SNP que no tenían ni un solo beneficio, ósea hay un avance, pero a la larga se busca que no tengan ningún tipo de diferencia y en ese medida a nivel de la contribución</p>	<p>No debería haber un límite de esta magnitud más aun con los últimos estudios que hemos hecho de siniestralidad de productos, eh... los estudios actuariales últimos ya se ha visto que el 9% que aportan es déficit para la institución, entonces poner más restricciones a las aportaciones de los asegurados a Essalud de verdad lo van dejar quiebra, como estamos ahora... en rojo, y para el próximo año vamos a tener muchos más problemas de presupuesto, este tema si debería ser visto desde otros ámbitos no, más</p>	<p>Yo considero que todas las contribuciones a la seguridad social en salud deberían ser uniformes, si está estableciendo el 9% de la remuneración y como mínimo el RMV debe ser para todos los regímenes laborales o de contratación de servicios como el CAS. Claro, hay CAS que ganan 5 mil, 8 mil, 10 mil soles y están pagando al 30% de la UIT como base imponible.</p>	<p>Me parece que sí, viendo la situación actual de Essalud, bueno no solo Essalud sino todas las IAFAS en nuestro país tienen limitados recursos, en profesionales, asistenciales, infraestructura, considero que es limitar a Essalud un ingreso que le favorecería en brindar más beneficios a su afiliados o asegurados, considero que se debería hacer un incremento a los trabajadores CAS.</p>	<p>Yo pienso que se debe cambiar la contributividad del CAS, porque es un trabajador y debe estar sujeto a las reglas generales de la seguridad social, del régimen contributivo. Aquí, ya un estudio actuarial ha identificado que hay una inequidad que está desfinanciando al régimen contributivo. Se debe homologar.</p>	<p>ESPECIALISTA 1: No hay razón para que los CAS tengan una base imponible máxima respecto a la contribución a Essalud, el principio de solidaridad en la seguridad social es para todos.</p> <p>ESPECIALISTA 2: No debería haber un límite en la contribución de los CAS porque esto afecta al presupuesto de la institución.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Todas las contribuciones a la seguridad social en salud deben ser uniformes sin base imponible máxima.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Limitar esas aportaciones perjudica a Essalud,</p>
---	--	--	---	--	---	--

	debería ser la misma, yo no encuentro ninguna razón para que los empleadores de los CAS aporten menos a Essalud, porque el principio de solidaridad es para todos.	que todo en el congreso, las normativas que se dan, etc. No tomar medidas populistas sino ver la realidad de la institución ya que estamos en rojo.			debería hacerse un incremento	ESPECIALISTA 5: Se debe homologar la contribución a la seguridad social respecto al trabajador CAS.
3. ¿Considera que la cobertura especial por desempleo debe ser total y no dividirse en capa simple y capa compleja?	en realidad yo creo que la latencia es un tema que debe evaluarse porque a la luz de la ley de aseguramiento universal y al haber regímenes diferenciados, definitivamente debe evaluarse de manera integral, de que sucede con las personas que no tienen empleo, antes estas personas están descubiertas y entre conseguían un empleo no tenían acceso y obviamente Essalud y el legislador buscaron la forma de cubrirla, pero ahora no, los que no tienen empleo o recursos ya están cubiertos por una entidad como es el ministerio de salud a través del SIS, entonces debería evaluarse, seguramente se haga más adelante sobre el tema de la latencia y hasta donde debe ir, por que definitivamente esta atención que Essalud da más allá del vínculo laboral pues nos genera costos muy altos, bueno hay estudios actuariales que están dando resultados respecto a eso.	¿Porque me haces esa pregunta? Jajaja... Uhum, claro, totalmente de acuerdo, aparte que este es un beneficio que se dio en una etapa diferente a la cual estamos ahora, más que todo nació cuando no existía el SIS, en cambio ahora con el SIS, la persona que no tiene vínculo laboral de cierta manera ya está amparada con el SIS, justamente nosotros estábamos pensando eliminar la latencia porque ya no tiene sentido, porque tienen ya un régimen que te ampara cosa que antes no existía y están desprotegidos.	yo considero que debe considerarse como se ha establecido en la normatividad, ¿no?, si ponemos el 100% del periodo de latencia con capa simple y capa compleja, ahora con varios temas que están afectando económicamente, por ejemplo la reducción permanente de las gratificaciones de julio y diciembre, entonces, personalmente considero que se debe mantener como está ahorita en la norma.	Sí, yo considero que debería ser total, porque generalmente las enfermedades que uno lleva en tratamientos prolongados no son necesariamente de las que se encuentran en la capa compleja, entonces considero que deberían de darlo en un 100%. en este caso habría que evaluar la posibilidad de que pueda renunciar a este tipo de latencia y afiliarse al SIS, y en caso no se pueda, considero que si deberían de ampliar la cobertura	A ver, quizás habría pensar en configurar un seguro de desempleo distinto al seguro regular; no conocemos estudios financieros actuariales de cómo se implementó esa protección y estamos entendiendo que el 9% es una protección dentro de la actividad laboral y también más allá de la actividad laboral, entonces, si por definición el seguro regular protege a los trabajadores en actividad, acá como que hay un seguro especial donde no se distingue. No se trata de dividir 9% en 7% en actividades y el 2% que vaya a un fondo, quizás habría que pensar de un seguro de desempleo de otro modo, distinto, porque estaría generando algunas disfunciones con la cobertura del SIS. Efectivamente, eh... la Ley 26790, es una norma de transición porque hay algunas reglas de la Ley N° 22482 que ha continuado con la 26790, hay algunas normas que innovaron la 22482, una de ellas es esta. Antes no existía	ESPECIALISTA 1: De por si esta cobertura adicional sin respaldo de ningún aporte, le genera alto costo a la institución, así que aún se debe evaluar hasta qué punto de cubrir. cuando salió la latencia no existía SIS, ahora que existe pues, el Estado debería cubrir dichas necesidades del usuario. ESPECIALISTA 2: Al existir un régimen subsidiados que cubra las atenciones, no hay sentido que continúe la cobertura por latencia. ESPECIALISTA 3: No es bueno para Essalud ampliar la cobertura de la latencia, considerando su situación actual. ESPECIALISTA 4: Debería incrementarse la cobertura por latencia en un 100% para proteger al usuario en su totalidad. ESPECIALISTA 5: La cobertura especial por desempleo nace en un tiempo donde no existía el SIS, Essalud brinda una cobertura principalmente a los que tienen relación de dependencia, en su

el SIS, antes había una contribución especial del 1% que recibía el IPSS, del tesoro público, de las planillas a nivel nacional y el destino de ese porcentaje justamente lo decía la Ley era la protección de lo denominado como "ayuda social". Hasta ahora, vemos algunas peticiones de ciudadanos que solicitan esta ayuda social pensando que aún tienen ese tipo de protección. En efecto, se dio cuando aún no había ese marco de protección a través del Seguro Integral de Salud.

defecto se debería ver otro modo de cobertura.

4. ¿Qué opina respecto a la opción de renuncia a la cobertura especial por desempleo?

Claro, es parte de toda esta evaluación integral que se dan a nivel de Estado y el cruce de estos regímenes, definitivamente esto ha sido una necesidad, el tema de dar la viabilidad de poder renunciar a la latencia para que estas personas tengan sus atenciones en el SIS con una proyección a futuro, porque en Essalud podía ser que si la tengan porque en la capa compleja pueden recibir una gran atención también pero era algo corto, máximo 6 meses que se les da, entonces para dar continuidad a un tratamiento o de repente una operación que se necesite, pues empezar con Essalud significaba que la persona tenía que regresar a fojas cero, entonces la quejas

Es justamente por el SIS que nació esa propuesta de renuncia, porque hay muchas personas que quieren atención integral y como está dividido por periodos, prefieren atenderse por el SIS, entonces ante esa realidad es que se abrió la opción de renuncia... sino hubiese sido cerrado... y ante estos hechos se ha pensado en la propuesta de eliminarla, no.

Yo considero que es una alternativa que está dando soluciones a los casos puntuales de acceso de personas que no quieren atenderse en Essalud o están con una enfermedad complicada y este... saben que ese periodo de latencia se les termina de aquí a dos, cuatro meses, y suponiendo que tiene un cáncer Essalud no lo va a poder manejar en ese periodo, entonces renuncia a la carta de latencia y se va al SIS, y ahí llevara su tratamiento prolongado, ojo que es a solicitud del usuario, si lo solicita nosotros estamos en la obligación de darlo.

Me parece una muy buena opción que se les brinda a aquellas personas que requieren un tratamiento o cirugía y tienen seguro regular y renunciando a esa cobertura pueden continuar con atenciones.

Yo creo que los derechos sociales son irrenunciables, al margen de si están mal o bien configurados. Si somos coherentes con el modelo el empleador paga el 9% por la cobertura del trabajador activo y también estaría financiando esa cobertura por desempleo, ¿Que nos lleva a pensar? Que si es renunciable, hago renuncias adelantadas para que se legitime algún tipo de petición para no pagar el 9%, sino, suponiendo la cantidad del 7%, y esto definitivamente desequilibra todo el sistema.

ESPECIALISTA 1: Ha sido una necesidad, para dar viabilidad de poder renunciar a una cobertura que no le es favorable o no cubre las necesidades del usuario en una situación particular.

ESPECIALISTA 2: La preferencia de ir a un régimen subsidiado dio pie a dar la opción a renuncia a la latencia.

ESPECIALISTA 3: Es una medida que ha dado soluciones a quienes querían acceder al SIS y cuyo tratamiento no era garantizado por Essalud de forma permanente

ESPECIALISTA 4: Es una buena opción para las personas que requerían tratamiento y su seguro por latencia no les cubría.

	<p>y las solicitudes nos llegaron y la problemática inclusive escalo a la Defensoría del Pueblo, no se ha decidido eliminar la latencia, lo que se ha decidido es darle al asegurado la posibilidad de que elija, tu sabes que cada caso tiene una particularidad diferente.</p> <p>Exacto, eso es muy importante señalar.</p>		<p>ESPECIALISTA 5: Los derechos a la seguridad social son irrenunciables. El sistema no fue diseñado para ello, podría generar situaciones que ilegítimamente y desequilibre el sistema.</p>			
<p>5. ¿Se debería reforzar más el trabajo que realiza ESSALUD respecto a la verificación de condición de empleadores y trabajadores del hogar amparado en la Ley N° 29135?</p>	<p>En este aspecto hay que ver primero el marco normativo, ya desde el año 99 y antes con los convenios, después ya la ley, se le dio a SUNAT la administración de las aportaciones a la seguridad social, aquí también se le dio la facultad de verificación y luego paradójicamente se le otorgo la facultad también a Essalud, cuando realmente deberíamos ser inherentes porque nosotros administramos el régimen contributivo, finalmente nos debilitaron al trasladarnos esa facultad. Hubo cosas positivas sí, pero por otro lado no, porque SUNAT sigue siendo el filtro para el registro de las TH, y no hace una buena focalización. A nivel de Essalud a partir de la Ley 29135, que se consiguió también poder sacarla porque fue todo un trabajo, se formaron áreas y establecieron funciones para</p>	<p>Se debería reforzar... bueno esta ley se dio principalmente por que la SUNAT no hacia el trabajo de fiscalizar, entonces ante esta falencia Essalud lucho para que le den la facultad de verificación, se ha logrado y desde que salió esta norma se creó la Sub Gerencia de verificaciones en aquel entonces, pero como área nueva, desde esa época se ha venido trabajando poco a poco, no se le ha dado el valor que en realidad tiene esas actividades, ahora con la nueva visión del Dr. Chu (Gerente Central de seguros) se está reforzando esa función como tal y también a esa gerencia y con la nueva propuesta del reglamento que va a salir también se va reforzar esas actividades, así que ya van a tener sorpresas al respecto.</p> <p>a claro, uno de los criterios para seleccionar muestras son las atenciones de alto</p>	<p>Definitivamente, la Ley 29135 es una herramienta para que Essalud controle los gastos, sobre todo en pacientes de alto costo, considero que Essalud debe invertir más en reforzar la implementación y aplicación de esta ley, ¿no?, con temas... sobre todo con personal, contratar personal que permita cumplir con esta actividad y así sincerar la base de datos para que realmente lo que son asegurados accedan a los servicios de Essalud.</p> <p>Si, las noticias han sido un poco dimensionada, pero si, considero que hay miles de asegurados así y como las leyes son permisibles, tu ahora en menos de una hora creas una empresa y desde la comodidad de tu casa, tranquilamente puede incluir o sacar trabajadores, no solo como trabajadores del hogar sino también en otras modalidades.</p>	<p>Si, se debería reforzar el trabajo de Essalud respecto a estas afiliaciones, pero también creo que falta más cultura de aseguramiento universal en salud, porque existe la opción del SIS, sea gratuito o un SIS emprendedor que tiene una cobertura mayor.</p>	<p>En la medida que haya la falla de mercado de selección adversa y riesgo moral, y en la medida que el SIS no crezca y no amplíe su cobertura como debe ser; Essalud, como seguro contributivo debe fortalecer pero no de un modo restrictivo sino articulándose con respuesta adecuadas al ciudadano porque después de todo, esta especie de perversión del sistema o trasgresión al sistema no necesariamente es de un ánimo lucrativo, sino, lamentablemente son personas y familias que no tienen otro recurso y llegan a ese tipo de situaciones. Bueno no serán asegurados contributivos de Essalud pero siguen siendo ciudadanos peruanos, entonces el Estado debe darles una protección especial también, sin perjuicio de desincentivar estas conductas, ¿Cómo</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Se debe trabajar de forma conjunta con el ministerio de trabajo y SUNAT para fiscalizar y verificar que exista realmente un vínculo laboral y no sea una afiliación ficticia, también, más que reforzar la labor de Essalud, se debe trabajar más en filtro a estas afiliaciones.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Se está planteando reforzar esta actividad, sobre todo dar prioridad y verificar aquellos casos donde se están recibiendo atenciones de alto costo</p> <p>ESPECIALISTA 3: Existen miles de asegurados de este tipo y posiblemente una cantidad considerable sea ficticia, si se debe reforzar para la verificación a nivel general.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Si se debe reforzar, pero también indicar a la población que Essalud no es la única alternativa.</p>

este proceso de fiscalización, definitivamente el tema con Essalud para administrar más de 10 millones de asegurados, de los cuales muchos de ellos buscan una afiliación creando relaciones laborales ficticias, tendríamos que tener un ejército de personas revisando cada relación laboral, hemos buscado aliarnos con el MINTRA, a través de las inspecciones para que también se recoja la información de lo que se puede evidenciar cuando visitan a las empresas, entonces si, se ha trabajado y se viene trabajando en razón de verificación y fiscalización de manera permanente pero paralelamente se están buscando también otras medidas que sean masivas, o de repente que abarquen no tanto la parte posterior al registro sino que trate de ver algunas medidas que eviten el propio registro, osea evitar eso, porque cuando ya se registraron, empiezan hacer eso, ya viene el problema no solo de ubicarlas, comprobar el vínculo, tener los medios probatorios para sustentar que no son trabajadores, darles de baja, sino también el recupero para que los fondos de la seguridad social se puedan resarcir, muchas veces eso no es viable porque

costo, y dentro de ellas están los tipos de seguros... el agrario, el TH, concubinas, etc. y que hayan recibido atenciones de alto costo, se está trabajando en la automatización de esos procesos que ayudaran bastante.

desincentivarlas?
Canalizando el acceso al Seguro Integral, y explicando a la población peruana y mostrar que hay una alianza entre el Seguro regular y el SIS, aquí la focalización debe ser pronta para evitar mayor riesgo en la salud del ciudadano. Por otro lado también debe haber un fortalecimiento, quizás un poco más profesionalizado de lo que se denomina la verificación de la condición del asegurado, ya que esto nace en un momento donde el seguro social no tenía las facultades de avocarse a esta relación jurídica puesto que se entendía que con la relación tributaria se agota ahí, pero no se agota ahí, porque existe la protección de seguridad y es donde Essalud debía estar legitimado para intervenir como asegurador, sin embargo había temas procesales muy importantes como por ejemplo la nulidad de la afiliación como consecuencia negativa de esta detección, pero la nulidad tenía el plazo de un año solamente, en cambio con los cambios normativos se fortalece esta situación porque la ley especial señala que la nulidad de retrotrae hasta el momento de la afiliación, es una especie de

ESPECIALISTA 5: Si es necesario fortalecer la verificación de la condición del asegurado, desde un enfoque técnico y profesional, puesto que las afiliaciones indebidas tienen una respuesta negativa que no solo es por un tema lucrativo, también por la necesidad de tener un seguro, entonces una forma de desincentivar estas conductas o situaciones es canalizándolas al SIS.

las personas que utilizan el sistema no tienen los medios para que Essalud pueda cobrar, entonces todo esto se vuelve un tema general, poblacional, al no tener alternativas para atenderse, al tener una necesidad de salud fuerte, simulan estas relaciones laborales para satisfacer esa necesidad, entonces frente a esta cobertura de dicha necesidad de personas que no tienen recursos pues el estado debe ser quien cubra dicha necesidad, pero Essalud si está haciendo actividades de fiscalización focalizando riesgos, donde están las poblaciones con mayor riesgo, sobre todo aquellos que tienen mayor uso y dichas atenciones son de más alto.

nulidad sin tiempo pero específicamente para la seguridad social.

<p>6. ¿Considera justo o pertinente que por pretender permanecer en el régimen subsidiado el empleado opte por renunciar a su trabajo cuando se encuentra en período de carencia?</p>	<p>En realidad como conversamos a un inicio, hay algunas cosas que todavía faltan afinar, a la luz de la ley de aseguramiento universal se debería trabajar de forma conjunta todas las instituciones de seguridad social para solucionar estos vacíos, pero definitivamente creo también lo que falta es difundir más la cultura de seguridad social, ya que a los peruanos no nos han enseñado que es seguridad social, eh una persona que</p>	<p>No he visto eso... no, no he visto. Aparte que los trabajos que las personas obtienen en un determinado momento no es permanente, entonces ellos dicen... si pierdo el trabajo de acá dos meses ya no voy a tener atención en Essalud, entonces mejor me quedo en el SIS, es que así son las normas no... son muy injustas a veces.</p>	<p>No lo considero justo porque es un derecho del ciudadano de mejorar sus ingresos como persona para que contribuya a los gastos de la casa, no debería darse casos en que personas que por continuar en el SIS deben de renunciar a Essalud o al empleador, deberíamos buscar mecanismos para que continúen con su tratamiento.</p>	<p>No es justo, y personalmente no lo haría, pero por otro lado hay que evaluar que en este período de carencia efectivamente no cubre el tema de diagnóstico o enfermedades de alto costo y si uno recién está empezando a trabajar y no tiene medio para solventar este tipo de tratamientos creo que, le da la importancia a renunciar a un trabajo para que puede coberturar un beneficio de salud para su familiar que requiere atención</p>	<p>No jamás, eso no es posible, por ello debe haber una complementariedad entre los sistemas, que se reconozca de alguna manera a través de tarifarios que deben ser materia de un consenso o un estudio especial para que los ciudadanos no estén en estas situaciones o preocupaciones administrativa legales frente a su salud. Entonces, esa no es la solución, las renuncias a los derechos sociales nunca son la solución, más bien es Estado les debe respuestas</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Se debe afianzar más sobre la importancia de la prevención y el de contar con un seguro de salud y no esperar a estar enfermo para buscarlo, el seguro regular es el más completo a nivel nacional y no es dable que renuncie a él solo por pretender cubrir una necesidad en el momento. ESPECIALISTA 2: Se puede justificar esa decisión por la necesidad del usuario, lamentablemente las normas a veces son injustas.</p>
---	--	--	---	---	---	---

trabaja o ingresa al campo laboral definitivamente va a ser posible de obtener muchos derechos en su condición de trabajador, obviamente nadie tiene comprado el trabajo, la situación de trabajo es también volátil o la propia persona va cambiando de trabajo por mejoría, ese es el objetivo puesto que el trabajo te dignifica como dice la Constitución, para dignificarte tienes que estar contento, feliz haciendo tu trabajo, entonces debemos hacer que las persona entiendan que ingresar al mundo laboral significa que el empleado y sus derechohabientes van a estar coberturados. El seguro regular verdaderamente no tiene comparación, osea no hay otro seguro que pueda ser mejor al seguro regular a nivel del país e inclusive a nivel de otros países, porque es un seguro que no tiene límites, no tiene copagos, sus exclusiones son mínimas, no tiene topes, te puedes atender con una consulta médica o te puedes trasplantar el corazón para salvar tu vida, definitivamente no hay igual. Por más que se tenga el SIS, sinceramente no hay igual al seguro regular. La persona que ingresa a laborar tiene que ser consiente que tendrá 3 meses que no podrá llevar

articulándose y complementándose de algún modo, y ese es un tema netamente legal sobre colaboración interinstitucional, en fin, ahora existe otro tipo de herramientas que debe alentar su desarrollo. Siempre el tema tecnológico es... mira, en la seguridad social contributiva y no contributiva, se hacen millones de transacciones entonces necesitan un soporte tecnológico que les dé un respaldo y una seguridad jurídica y social a la entidad y al ciudadano. Entiendo que si Essalud está haciendo todos los esfuerzos para que esa base de datos "única" que debe manejar SUSALUD, creo que por ahí va la solución, se dé para fines de este año.

ESPECIALISTA 3: No es justo renunciar a la posibilidad de desarrollarse por un tema de salud, se deben ver otros mecanismos.

ESPECIALISTA 4: No es justo, pero hay que ver también la situación de solvencia y necesidad del usuario.

ESPECIALISTA 5: Se debe complementar el sistema. La renuncia a los derechos sociales jamás será la solución, por ello el Estado debe tomar medidas legales para lograr una eficaz colaboración interinstitucional.

atención pero después de ello tendrá cobertura al 100%, ahora también debe ser consiente que esta necesidad la tenemos latente y permanente, no es necesario llegar a estar enfermo para afiliarnos, es cuando estando sanos debemos estar protegidos, porque aparte las prestaciones no solo son de recuperación, sino también de promoción y prevención, por eso se debería difundir mas eso.

7. Considerando la condición de adulto mayor del jubilado(a), ¿No cree que sería oportuno que ESSALUD de a "elegir" el lugar de adscripción medica de estos asegurados?

Lo que sucede es que detrás de esta propuesta del derecho a elección que va para adultos mayores o para las demás personas también, porque no, así como se da en los seguros privados de acuerdo a sus planes, aquí en Essalud los asegurados acuden en situación de emergencia a cualquier centro, ósea eso ya está cubierto; ahora el tema de las atenciones está más sustentado en la administración de recursos, no estamos hablando de clínicas privadas donde cada una maneja sus propios recursos sino Essalud se maneja como una gran IPRESS, que administra a más de 400 centros asistenciales, se ha planteado esto sí, pero aun considero que no estamos preparados y

Lo que pasa es que aquí hay mucho conflicto no, la oferta y demanda de los centros asistenciales se basa en perfiles de la población asegurada... ponte que los "viejitos" jeje, digan o quieran ir a Rebagliati, entonces viene a ese hospital y su población asegurada sería muy mayor "viejita" jeje, es muy siniestro, por eso no es solo ver la parte social, sino hay que ver la oferta demanda, la población, etc... son varios criterios que se deben analizar, no solo es cuestión de guiarse o ser... buena gente y eso, no... Hay que evaluar, viéndolo así pues se aceptaría, pero no, hay que evaluar muchas variables.

Es un poco difícil esta pregunta, porque el adulto mayor tiene bastantes dificultades, ¿no?, tanto como económicas como capacidad de traslado, pero la normatividad está regida para todos los asegurados y por un ordenamiento de la adscripción de los asegurados considero que se debe de respetar la normatividad relaciones al tema de adscripción, de repente cada red asistencial debería crear un centro de atención específico para adultos mayores, podría ser esa una alternativa. claro, ese es un tema que Essalud ha dejado de lado, si bien es cierto tenemos a la oficina de imagen institucional y la misma gerencia central de aseguramiento, pero falta el tema de llegar al

Tengo entendido que ellos lo pueden hacer... aunque ahora les piden el DNI actualizado, bueno en este caso no necesariamente debería realizarse, uno por que actualizar el DNI tiene un costo, dos por la mesa de sufragio, pero básicamente el jubilado es una persona de edad, entonces debería darse la posibilidad de que ellos elijan el centro de atención. Tengo entendido que la atención es el nivel básico, en caso que el diagnostico lo requiera se deriva al hospital de mayor nivel, siempre respetando los centros de menor nivel.

Eh... la adscripción de alguna manera responde a evitar cierto tipo de desviación en la elección del prestador, porque hay fallas, muchas fallas en ese tema, debe responder a temas epidemiológicos, a población, características, a la respuesta del centro de salud, si tiene o no la oferta disponible. En caso de los adultos mayores, ellos tienen leyes especiales que califican al adulto mayor como un ciudadano especial, que debe tener un conjunto de consideraciones distintas, y también están considerados como población vulnerable, son como niños, entonces si sería una buena idea que los adultos mayores tengan una adscripción libre. Ahora bien, también hay que pensar que los adultos mayores tienen cronicidades y estas

ESPECIALISTA 1: Aun no estamos preparados para eso, ni la institución ni los asegurados, se debe priorizar la administración de recursos y educar al usuario sobre los nivele de los centro de salud a donde deben acudir en atenciones de menor complejidad y mayor complejidad.

ESPECIALISTA 2: Es muy siniestro, hay varios criterios que analizar puesto que cada centro asistencial basa en perfiles de población asegurada.

ESPECIALISTA 3: Se debe respetar la normativa y la adscripción del asegurado según su dirección, también trabajar en la difusión y comunicación al asegurado sobre el centro de atención primaria y el sistema de referencia.

	<p>nuestros asegurados tampoco, fijate que nuestros asegurados piensan que estando en el Rebagliati van a estas mejor, entonces si vemos el tema de esa manera todos irían a ese hospital puesto que tiene casi todos los servicios, pero esa no es la idea ni el modelo, lo correcto que los asegurados acudan primero a sus centros de atención primaria donde puedan recibir atenciones preventivo promocionales o atenciones por enfermedades más recurrentes y de baja complejidad, yo creo que aún no estamos en ese momento, abrir un tema así es para estudiarlo y ver la forma de adecuar nuestro establecimiento a esa realidad y de todas maneras instruir a nuestros asegurados a saber elegir.</p>		<p>asegurado, explicar los beneficios y las características y dentro de ello cómo funciona el tema de adscripción, también el tema de referencias y todo ello para que ellos, ante una eventualidad puedan saber el camino a seguir para llevar su tratamiento.</p>		<p>necesitan de una atención permanente, es decir, de un médico de familia que de la atención primaria, que tenga un especial cuidado en la salud, un seguimiento, en ese consiste la atención primaria. Se piensa de que si, se debe da respuesta y atención más personalizada. Esta libertad de adscripción da a pensar en tener historias clínicas electrónicas, transmisión de información que Essalud actualmente no maneja al 100%.</p>	<p>ESPECIALISTA 4: Si debería darse a elegir por que la población adulto mayor es muy vulnerable, pero solo darse esta opción para los centros de atención primaria.</p> <p>ESPECIALISTA 5: Los adultos mayores forman parte de la población vulnerable y la ley le da diversas consideraciones, la adscripción a elección de ellos mismo sería una buena opción para cautelar la atención primaria pero esto implica mejoras en el propio sistema de atención e historias electrónicas que aún no se maneja del todo.</p>
<p>8. Teniendo en cuenta la teoría de hechos cumplidos y derechos adquiridos, ¿Que sucede con la cobertura de los derechohabientes del titular que obtuvo su carta de latencia y al poco tiempo fallece?</p>	<p>El tema de la latencia, como hace un rato tú mismo lo dijiste, es un tema de prestaciones adicionales que Essalud otorga sin que exista un sustento económico de por medio, no hay aporte, entonces definitivamente esta excepcionalidad de extender la atención a personas que no tienen calidad de trabajadores dependientes, este... definitivamente tendría que basarse más en un tema relacionado con el propio</p>	<p>Es que esto no es solamente por la latencia no... a ver, la acreditación del derecho tú las das en virtud al derecho que te otorga el titular del seguro y si estas con vínculo laboral, fallece el titular, inmediatamente se les corta el derecho a los derechohabientes, en una latencia con mayor razón, si ya el titular dejo de existir, pues ya no tiene la titularidad del derecho, en ese sentido lo veo así más, no lo veo como</p>	<p>La normatividad en Essalud, ha establecido a la cobertura por desempleo para el titular que pierde el vínculo laboral, en ese sentido la institución está otorgando ese derecho, se han hecho consultas a nivel central, este, que pasa cuando lo cesan, pero le motivo de cese es el fallecimiento, entonces el pronunciamiento ha sido que ese caso no corresponde la emisión de la carta de latencia.</p>	<p>Bueno, habría que evaluar porque si la latencia tiene la capa simple y compleja y no le conviene, pues sería bueno que se les anule este beneficio, y por otro lado si no cuentan con otro seguro pues si deberían de continuar atendiendo al usuario ya que es un derecho adquirido.</p>	<p>Pensando en términos de Derecho Civil, hay una expectativa de derecho transmisible, no me arriesgaría en señalar que habría un derecho expectativa transmisible porque son, transmisibles los derechos patrimoniales y no patrimoniales, sin embargo, aún no se ha configurado el nacimiento de este derecho, que es el derecho de cobertura por desempleo, y a modo de ahondar en la idea</p>	<p>ESPECIALISTA 1: El derecho de latencia responde al derecho que genera el propio titular en su condición de trabajador y se debe manejar en ese sentido, la situación de indefensión de la familia supérstite debe ser cubierta por el Estado.</p> <p>ESPECIALISTA 2: El titular genera el derecho y al fallecer el titular se pierde el derecho, no es un derecho adquirido puesto que no es de por vida.</p>

trabajador, no podríamos abrirlo para cada derechohabiente, entonces ahí... como conversamos... tendría que entrar otra entidad a cubrir a estas personas que estén en situación de indefensión, debería haber respuesta del Estado, sí, de acuerdo, pero como vuelvo a repetir no tiene que ser necesariamente Essalud quien de esa respuesta.

un derecho adquirido... no es que se acredite para toda la vida.
¿Facultad en el sentido de que el asegurado puede venir a solicitarlo? No...

Ahora la pregunta ocho que me dices, en el sentido, de que ya en el tiempo que se ha emitido la carta de latencia, en ese ínterin hubo un cese se le dio la carta y luego fallece...

Bueno ahí sí lo veo como un derecho adquirido, entonces yo creo que si deberíamos de continuar con las atenciones hasta que finalice su cobertura.

que me parece muy interesante, es si estamos frente a un derecho consolidado o una expectativa de derecho.

Así es, entonces si pensamos de ese modo, quizás la respuesta no vaya desde el ámbito Civil, y solo como ejemplo en el libro de familia se establecen deberes para los padres sobre sus hijos, deberes alimentarios y también el cuidado de la salud, y hace algunos años se modificó el código Civil en ese sentido, entonces, existen diversas situaciones, es mas en derecho sucesorio se ve que los herederos se hacen cargo de los gastos de sepelio, es decir, habrán momentos donde se confirma la legitimidad de la seguridad social, en cuanto en todo lo que el Derecho Civil no da respuesta lo hace la Seguridad Social, porque si exigimos todos los deberes que están en el Código Civil podría ser irrealizable en esta materia, pero para eso está la seguridad social, es decir, en momentos los derechos civiles se convierten en derechos sociales. Entonces, buscar una categorización Civil un tema social eh... la protección de salud nació como un tema de tipo contractual y extracontractual pero la dinámica social

ESPECIALISTA 3: Se ve como un derecho adquirido por ello se debería considerar la cobertura a los familiares del difunto hasta que finalice.

ESPECIALISTA 4: Si la cobertura de la latencia no favorece al usuario pues debería de anular ese beneficio, de lo contrario debería continuar.

ESPECIALISTA 5: La respuesta y en análisis no debería ser enfocado desde el derecho civil sino desde la seguridad social, puesto que en el derecho civil existen situaciones de derecho alimentista, sucesiones, cargas y deudas, otros, sin embargo no se adecua a la situación actual y real de la seguridad social, se dieron propuestas para asemejar el derecho a seguridad social al derecho civil, como ejemplo la afiliación de los padres, pero no prosperó.

transformo ese derecho en social, más bien yo creo que se debe dar otro tipo de respuesta porque hemos tratado a lo largo del tiempo en dar respuesta desde el punto de vista de los derechos adquiridos o hechos cumplidos y vemos que esas categorías no se adecuan a situación actual. Efectivamente, hubieron propuestas legislativas para afiliar a los padres, existen en la región muchos ordenamientos que protegen a los padres cuando no son pensionistas o no tienen un seguro. La propuesta era para aquellos titulares que no tenga hijos afilie al padre, desde un enfoque de seguridad y protección a la familia, en la Ley 26790 se ve la típica familia nuclear, padres e hijos, y el concubinato; pero estamos hablando de una institución que debe revisar minuciosamente todo respecto a la protección familiar.

<p>9. Considerando que ESSALUD cuenta en el Programa de Atención Domiciliaria - PADOMI, ¿Cree usted que se debería dar facilidad a los asegurados inválidos para acceder a este programa</p>	<p>Me parece que en los contratos con algunas IPRESS, se ha contemplado algo de esto no, visitas domiciliarias a los asegurados, ahora si específicamente es por un tema de incapacidad, verdaderamente hay que</p>	<p>¿Inválidos? Uhm ah sí, en parte que PADOMI nació en ese sentido para la atención a personas que ya no pueden movilizarse o muy ancianos, creo que se está viendo ese tema ya, el problemas es que no hay médicos jeje.</p>	<p>Inválidos... uhm en PADOMI también atienden pacientes parapléjicos o que no se pueden movilizar, es más he conocido casos de pacientes que tienen esa contingencia y PADOMI va, un ejemplo clarísimo es que en Iquitos... a mi cuñado le dio un derrame</p>	<p>Por supuesto que sí, porque se les estaría privando de un beneficio de atención, hay que darles la facilidad a las personas que no pueden movilizarse indistintamente de la edad que tengan</p>	<p>Absolutamente, no solo debe ser a los adultos mayores, el adulto mayor puede tener todas sus facultades de locomoción activas e incluso algunos no ven la necesidad de recurrir al seguro, hay otros que se acercan al seguro por un tema</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Es cuestión de evaluar, explorar y costear, porque si, estas personas requieren ayuda. ESPECIALISTA 2: PADOMI nace con el sentido de brindar servicios de salud a los asegurados postrados.</p>
--	---	---	--	--	--	---

<p>indistintamente de su edad?</p>	<p>pensar un poco más, pero bueno... en principio sí, estas personas necesitan algún tipo de ayuda, pero vuelvo a señalar, osea hay que ver si nuestro presupuesto sustenta un tema como ese, implementar o ampliar el ámbito de PADOMI, que hay en otras aseguradoras privadas... que yo sepa, no hay, ahora hay un tema de visitas médicas de las propias clínicas utilizan, sería cuestión que Essalud pueda explorar también eso, ósea no necesariamente tipo PADOMI, sino a cualquier integrante de la familia van y lo atienden en casa. Claro, pero es cuestión de evaluarlo como te digo, explorar y costear también.</p>	<p>y los médicos de PADOMI van a su casa y le hacen sus sesione, y no es adulto mayor. Bueno ahí si tendríamos que investigar un poquito más, ir a PADOMI, y ver si hay una normatividad que permite que ese usuario no mayor de edad tenga acceso a ese beneficio, pero si... en términos generales, paciente que no puede movilizarse, está impedido de salir de su casa, o depende de terceras personas, o no puede recoger medicamentos, etc, etc, pueden ser incluido en PADOMI sería un excelente idea que se estandarice si es que no lo han hecho.</p>	<p>comunicacional, ya es un tema de cultura, pero si es necesario que este servicio se extienda a otros grupos de asegurados.</p>	<p>ESPECIALISTA 3: Sería una excelente idea incluir a este grupo poblacional de asegurados a PADOMI. ESPECIALISTA 4: Si se debe brindar este beneficio a todo asegurado indistintamente de su edad. ESPECIALISTA 5: Absolutamente, es necesario que este servicio se extienda a otros grupos de asegurados.</p>		
<p>10. ¿Considera pertinente que a un afiliado del régimen subsidiado se le anule el seguro al verificar que su cónyuge tiene un vínculo reciente con el seguro regular por haber ingresado a un trabajo?</p>	<p>Volvemos a lo mismo, siempre... me parece que el tema de los tres meses es un problema, efectivamente pero es un problema limitado a esos tres meses, eh... yo creo que si ya un régimen, como es régimen contributivo le da, alberga o cobertura no solo al titular sino a derechohabientes, definitivamente por una cuestión de economía y de la necesidad de abarcar con presupuestos a nivel de Estado hacia todas las personas, no es cierto... es progresivo, en definitiva una</p>	<p>No ahí si no me parece, porque se deja desprotegido al usuario... En ese aspecto si estoy de acuerdo contigo, que se le permita estar en uno de los regimenes, no...no tiene sentido dejarlo desprotegido.</p>	<p>Estamos considerando que es hijo menor de edad, hijo mayor de edad, cónyuge o concubino, y tiene condición de derechohabiente, inclusive considero que el SIS, no están haciendo una investigación más detallista, le preguntan ¿Quién es su esposo? Tal persona... okey, tiene seguro, no procede... entonces se debe mejorar esto. Legalmente, si es que hay una relación familiar y está enmarcado dentro de los tipos de derechohabiente que tiene Essalud debería orientarse que regularice su</p>	<p>En este caso, aun no se visualiza este tipo de afiliación en SUSALUD, que es la única fuente del SIS para verificar la información si tiene o no un seguro, ese el único motivo por el cual se le negaría la afiliación. Es una norma. Claro, cuando es un vínculo reciente con el seguro regular, eh... tiene tres meses de carencia, si en caso el paciente o este nuevo afiliado tiene una enfermedad que requiere atención y ya está siendo brindado en otro seguro, no considero conveniente anularlo, porque</p>	<p>Bueno, ahí es una situación de articulación puesto que el seguro regular es un seguro contributivo y tiene sus reglas propias en cualquier parte del mundo, y si bien es cierto, si estamos frente a un ciudadano afiliado a Essalud y no sus familiares, pues estos no pueden hacer uso inmediato del seguro por falta de ese tema formal, entonces solo podrán acceder en caso de accidentes, sin embargo tiene como una especie de póliza que está sujeta a una condición temporal, entonces prácticamente no pueden</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Se sabe que en esos tres meses está en situación de indefensión, pero no se puede permitir que pertenezca a más de un régimen, porque si tiene un seguro regular y también tiene un seguro del SIS, le estaría quitando la oportunidad a otro que la necesita. ESPECIALISTA 2: No tienen sentido dejar desprotegido al usuario, se debería dejar que continúe en el régimen ESPECIALISTA 3: No se considera oportuno que se le anule el seguro, pero para evitar todo ello es</p>

<p>persona que esta como derechohabiente de un asegurado titular ya no tendría el problema de desprotección que sí tendría alguien que no tiene esa ventaja, estaríamos viendo dos regímenes que finalmente estarían siendo utilizados por una misma persona... dejando de lado esto de los tres meses... yo entiendo que en esa parte hay una situación de indefensión, pero en realidad si tu perteneces al SIS y estas afiliado al régimen contributivo mediante tu esposo o esposa estas consumiendo de un régimen que no te corresponde, porque tu per se, por ser esposo o esposa ya tienes el derecho en régimen contributivo sin ningún aporte adicional, por lo tanto este espacio que estas cubriendo acá deberías dejarlo a otra persona que no tiene la misma condición, por eso no debe haber cruces de seguros, hay que maximizar este tema para que se alcance a mayor cantidad de peruanos.</p>	<p>inscripción y se acceda, pero previa confirmación y verificación porque hay casuísticas en las cuales va a Essalud, se ha un análisis profundo del caso y estamos ante una conviviente, la segunda pareja o el hijo que aun paso evaluación médica, entonces se tiene que ser un poco más finos al momento de...</p> <p>Yo no considero oportuno</p>	<p>es privarle del derecho a la continuidad de atención en otro tipo de seguro, de repente no brindarle la atención sería vulnerar su derecho.</p>	<p>ejercer sus derechos, los tienen pero no pueden ejercerlo o los tiene bajo una condición suspensiva; pero en ese periodo tienen necesidades entonces, lo que protege la seguridad social son necesidades vitales, y si lo vemos como seguro contributivo pues se debería ver la forma de flexibilizar las reglas del aseguramiento universal. Teniendo en cuenta que también la Ley N° 30183 brinda la flexibilidad para el acceso a la seguridad social donde ya no se requiere la firma del titular para la afiliación de los derechohabientes.</p>	<p>necesario difundir la importancia del registro de nuestros derechohabientes para canalizarlos por el seguro que les corresponde.</p> <p>ESPECIALISTA 4: No se considera conveniente anularlo, pero depende mucho su situación y afiliación, y para esto se deben utilizar todos los medios electrónicos establecidos por norma</p> <p>ESPECIALISTA 5: Tener un derecho y no poder ejercerlo es como no tenerlo, por ello se debe flexibilizar las reglas del aseguramiento universal.</p>	
<p>11. Teniendo en cuenta que el Decreto Legislativo N° 1163, señala que la única fuente de verificación sobre seguros será la página de SUSALUD y considerado que</p>	<p>A ver, por esta medida Essalud no lo ha sacado de un día para otro, la medida se ha tomado teniendo como sustento lo que otras entidades ya están también ejecutando, no somos la única</p>	<p>Pero ahorita, salió la norma pero se les está dando plazo para que puedan afiliarse a la concubina(o) en adelante... se estará haciendo solo con ese requisito, lo que pasa es que</p>	<p>El tema de concubinos es una puerta abierta para afiliaciones indebidas, justamente por los flexibilidad de la normatividad para el acceso a este tipo de derechohabientes en Essalud,</p>	<p>Si no cuentan con otro seguro, podrían acceder al SIS... Porque no tiene otro seguro, y así se le brinda protección, hasta que se verifique que tiene otro seguro en la página</p>	<p>El tema de la unión de hecho está relacionado a la protección de la familia, y esos es recurrente en varios temas de protección social en salud, eh... no tiene sino, una forma de manifestarse distinta</p> <p>ESPECIALISTA 1: Es necesario hacer toda una campaña de difusión para que a última hora los usuarios no se vean perjudicados, pero es importante dotar de protección jurídica a los concubinos con unos documentos solemne, tal</p>

<p>ahora ESSALUD afiliara a los concubinos con el reconocimiento de unión de hecho (vía notaria o judicial). ¿Que pasara con aquellos concubinos que no han sido oportunamente afiliados a ESSALUD?</p>	<p>entidad que está tomando estos documentos formales como parte de su proceso, ya lo hace la ONP, las AFP, porque necesitamos darle seguridad jurídica, propiciar a que se "formalice" esta protección al concubinato, y para eso entonces se pide un reconocimiento que le de solemnidad y estabilidad legal a esta unión...</p> <p>Exacto, lo que se está haciendo para ello es dar el plazo para que las personas puedan conocer, obviamente las que ya están registradas no se van a perjudicar, esto es para lo que requieran afiliación posteriormente, sabemos que en tema a nivel de la seguridad social se le reconoce desde que se registra.</p> <p>Así es, por eso nos corresponde hacer una buena difusión respecto a la medida. Claro, por lo pronto están los 3 meses, no sabemos si habrá alguna prorrogga, esperamos en octubre se empiece con la campaña de difusión fuerte para que las personas inicien su trámite en las notarías que es lo más rápido no.</p>	<p>también hay que ver el lado de Essalud, como la mayor cantidad de afiliaciones indebidas es por concubinato, entonces con esta norma lo que se trata es de parar un poco estas afiliaciones y también... porque no incentivar el matrimonio, ahora es mucho más barato casarse en un masivo que incluso son gratuitos y por ahí salvas el problemas, creo que la ley de notariado debe dar facilidades para ello.</p> <p>claro, aparte que para la sociedad de gananciales entre concubinos se pide el reconocimiento de unión de hecho, de cierta manera no estamos saliendo de la norma, al contrario estamos fortaleciendo ello.</p>	<p>entonces se ha determinado en el tiempo, no te digo decenas ni cientos sino miles de concubinos que al momento de su afiliación han ocultado información o falseado información, Essalud ahora, financieramente no está bien, entonces lo que está haciendo con estas normas es que se sincere la base de datos de Essalud, para que ingresos realmente los concubinos que cumplen la condición, es más la norma ha salido pero no se ha dicho publíquese inmediatamente al día siguiente de su publicación, Essalud lo ha configurado para que se aplique a tres meses, pero ojo no se va a tocar a los que ya han sido afiliados antes de ello, pero también considero que toda familia que está formalizando una relación de concubinos, no solo este documento les sirve para acceder a la seguridad social, también hay que hacerles ver y comprender que les sirve para otros temas... sociedad de gananciales, herencia, compra y venta de inmuebles, etc. Entonces podemos hacer una campaña u orientar a nuestros usuarios que este documento... si bien es cierto que más fácil es casarse, pero si quieren mantenerse así, deberían iniciar sus trámites ahora que se ha</p>	<p>web de SUSALUD.</p>	<p>a la del matrimonio, es decir, frente a tercero hay que comportarse como pareja estable durante un tiempo determinado que lo señala la Constitución y lo define el Código Civil, entonces la única manera de materializar esta unión frente a terceros es con documentos ciertos, por ejemplo, hemos visto algunas casaciones donde se discute derechos sucesorios y alimentarios, y muchas veces en las casaciones Essalud no es demandado pero la prueba a la que acuden las personas involucradas en estos procesos es la declaración jurada en Essalud. Entonces si vemos los bienes jurídicos comprometidos en el proceso judicial, ya sea sucesiones, herencia, parentesco, donde se pide como prueba principal la declaración jurada de concubinato nosotros pensamos que la fortaleza en efecto, es la declaración jurada. Antes, en el Código de 1912, existía el juramento decisorio, en el código de procedimientos civiles que fue derogado, ya no existe el juramento decisorio pero si tenemos una Ley general donde se privilegia la declaración jurada, entonces esta es una reflexión, no una conclusión, pero hemos cambiado del ámbito judicial que era el juramento decisorio</p>	<p>como lo hacen otras instituciones.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Es una buena medida porque así también se frena las afiliaciones indebidas de supuestos concubinos, además también es válido para la sociedad de gananciales.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Una gran cantidad de afiliaciones indebidas se dio a la figura de afiliarse al concubino con una declaración jurada simple, entonces para evitar esto es necesario solicitar el reconocimiento de unión de hecho.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Se puede afiliarse al SIS no se encuentra inscrita en la página de SUSALUD.</p> <p>ESPECIALISTA 5: La seguridad social en su conjunto busca proteger a la familia y parte de ello es la Unión de Hecho y antiguamente existía un juramento decisorio. A nivel administrativo la voluntad de las partes si debe materializarse en un documento formal o cierto, la Corte Suprema ha tomado como referente y prueba la declaración jurada de concubinato ante Essalud, sin embargo también se han visto muchos casos de uniones de complacencia y eso aumenta el riesgo moral.</p>
---	---	--	--	------------------------	--	---

flexibilizado el tema, antes eras más complejo, todo era por el poder judicial, ahora lo pueden hacer en una notaría. Si pues, como te decía, el papel aguanta todo, el amigo que conoce a la amiga que está enferma la afilia como concubina y de eso hay varios casos

al ámbito administrativo que es la declaración jurada, entonces, también tendríamos que pensar y valdría la pena evaluar las disfunciones que originaron el juramento decisorio en el código de procedimientos civiles y si tenemos un resultado desde que se instauró la presunción de veracidad en las declaraciones juradas y en lo que se dio en toda esa década, que resultados ha tenido respecto a la fiscalización posterior, que porcentaje de declaraciones juradas han sido sometidas a fiscalización posterior y cuantas de ellas han sido rebatidas de acuerdo a la realidad, es una reflexión repito; por eso en ese tema me retrotraigo al concepto de la unión de hecho bajo la figura de generar certeza, si pensamos que la unión de hecho, hoy en nuestro país, al igual que el matrimonio se entiende que es la unión entre personas de distinto género y si nos situamos en un posible cambio legislativo, como muchos países de nuestra región lo tienen, habría que pensar si mantenemos una declaración jurada o más bien solicitar cierto tiempo de temporalidad y estabilidad porque la sociedad necesita relaciones estables y no esporádicas. Hay un efecto en

el control social en este tema. Efectivamente, el tercero aquí sería Essalud, hemos visto datos de registro en Essalud bastante atípicas, ejemplo personas de 80 años afiliados como concubinos de otro de 20 años, o en fase terminal con aquellos que están gozando de plena salud, y se evidencia el oportunismo de las personas, y nuevamente aquí viene las ideas civilistas. Hace poco una sentencia de casación donde los hijos estaban reclamando la nulidad de un matrimonio del padre que era adulto mayor con una persona mucho más joven, ¿Qué paso? La corte suprema señaló que no se puede presumir la mala fe en estos actos, pero para temas de tipo social vemos que este tipo de uniones persiguen fines pensionarios, son intereses distintos a los intereses de formar una familia, podría ser muy loable puesto que la pensión no forma parte de la herencia, entonces la única manera que la persona tenga protección es cansándose.

Si, es una especie de compra de seguros, existen muchas formas de riesgos morales y selección adversa en lo seguros de salud que tiene muchas expresiones y una de ellas son las simulaciones laborales hasta las uniones o

matrimonios de complacencia, por ejemplo en España se combate muchísimo los matrimonios de complacencia para evitar la ciudadanía, entonces se está buscando la forma de revertir estas uniones, ahora en ese país también se tiene legitimada a la seguridad social para determinar dicha unión o evidenciarla.

<p>12. ¿Considera que se debería prorrogar la cobertura a los hijos que cumplen mayoría de edad que siguen estudios superiores?</p>	<p>El objetivo de dar cobertura es primero al asegurado titular y luego a sus dependientes, yo sé que los que estudian también de alguna manera tiene cierta dependencia pero a nivel de la seguridad social ya una persona cumple 18 años, puede solventarse por su propios medio puesto que ya puede trabajar. Entonces, una persona que no tiene cobertura ahí, el Estado puede ver la forma de coberturarlos mediante otros regímenes, hasta que pueda insertarse en el mundo laboral y así tener una cobertura regular.</p>	<p>Pero tiene que haber un límite... no puede haber estudios superiores de personas de 30 años, 35 años, etc. En eso si estoy de acuerdo, pero siempre y cuando este bien acreditado y sean estudios con compromiso.</p>	<p>Bueno, si vemos de un ámbito proteccionista, la familia y todo, podría ser, pero viendo la situación de Essalud, no sería una buena medida, este... ahora en el país, casi todas las familias quieren que sus hijos sea profesionales y hacen todo el esfuerzo necesario para ello, entonces no estamos hablando de mil o dos mil sino millones de personas que están en esa situación de estudiantes, universitarios o técnicos y durante 5 años tendríamos que protegerlos si se da una medida de estas, entonces yo creo que no sería saludable para Essalud aplicar una medida como estas.</p>	<p>No necesariamente por el seguro regular, sino también por el SIS, de acuerdo a su condición socio económica y generalmente no tienen ingresos económicos pueden acceder a un seguro subsidiado que tiene una cobertura amplia. si si, si hay continuidad porque el sis gratuito no tiene periodo de carencia, Tengo entendido que pueden hacer una transferencia si no está en riesgo la vida del paciente, con todos los medios adecuados para que SIS brinde la continuidad. Entonces no creo que se debería ampliar esta cobertura a ellos porque con anticipación ya deberían y viendo a que seguro pertenecer.</p>	<p>Yo pienso que sí, previo estudio actuarial, por muchas razones, principalmente dos: uno por que la mayoría de países de nuestra región tienen ese tipo de protección y tienen características similares de población que nuestro país, y dos por el mismo sujeto del cual se trata, si extrapolamos algunos conceptos civilistas a esta situación vemos que el hijo mayor sigue estudios todavía tiene algún tipo de protección en este campo, derechos alimentarios si sigue estudios con éxito, entonces con mayor razón si tienen derechos civiles porque no tener derechos similares en la seguridad social, son personas que están en la búsqueda de una formación, de no ser así podríamos estar alentando a relaciones laborales atípicas, precarias, encubiertas de personas que aún están formándose. Una</p>	<p>ESPECIALISTA 1: No es viable puesto que al adquirir la mayoría de edad ya puede laborar, entonces si no lo hace y por ende no tiene un seguro, el Estado se lo brinda mediante un régimen subsidiado.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Se está de acuerdo, pero con un límite de edad y con estudios exitosos</p> <p>ESPECIALISTA 3: No sería una buena medida porque es un grupo considerable que estaríamos agregando a la carga de Essalud.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Para ello se cuenta con el SIS, que evaluara la condición socioeconómica del joven y con ello lo puede afiliar. No es viable prorrogarlo.</p> <p>ESPECIALISTA 5: Si debería ampliarse la cobertura a los hijos que adquieren la mayoría de edad, previo estudio actuarial. Son personas que aún están en formación y de no darles protección</p>
---	--	--	---	--	---	---

persona muy joven puede salir de la escuela secundaria a los 15 o 16 años y en efecto no están en su madurez perfecta como persona y por eso si considero que si merece una protección hasta que culmine los estudios. Previo estudio actuarial, ya que dicho estudio va a prever muchas cosas, porque socialmente puede ser una aspiración totalmente legítima, a ver, en el derecho previsional tiene protección, y ya vimos que, en derecho civil también, pero en la seguridad social no, entonces ¿cuál es la diferencia entre este espacio y los demás? Si la necesidad sigue siendo la misma. Entonces considero que, si se debe dar este tipo de cobertura, previo estudio actuarial, conversación social y mejora en la contributividad, porque evidentemente es una situación que beneficiaría a la población en general.

<p>13. ¿Se podría excluir del seguro regular a un derechohabiente a fin de que continúe afiliado al régimen subsidiado si el titular está en período de carencia?</p>	<p>¿Cuál sería su objetivo? ya, si el objetivo es que continúe llevando la atención y no se corte, es una de las cosas que hay que coordinar entre los regímenes, son situaciones que deberíamos evaluar desde el punto de vista prestaciones, existe una necesidad efectivamente, si cambio de régimen y me vengo atendiendo, el hecho</p>	<p>He tenido muchos casos de eso, yo considero que si pero lamentablemente la norma no lo permite, pero... cada persona debe tener la facultad de elegir a que servicio acudir, lamentablemente con el servicio de Essalud, sobre todo en provincia, faltan médicos, no hay atención adecuada, y en el MINSA se tiene más cobertura, por ese</p>	<p>Yo creo que dentro del enfoque de Essalud, no habría ningún problema... ojo que en lo que tú me dices es que no está inscrito a Essalud, entonces si no viene el titular o la entidad empleadora, pues Essalud no tiene responsabilidad en atenderlo, legalmente, porque no están cumpliendo con registrarlo, ahora, diferente</p>	<p>Considero que... evaluando la condición de este hijo que de repente tiene una enfermedad grave o de alto costo y ya mantienen una atención, eh si considero conveniente que no lo registre en Essalud, viene que el período de carencia no le va cubrir la atención, hasta que venza esta carencia. justifico por un tema de salud, de una enfermedad grave o</p>	<p>Yo pienso que un sistema de protección debe tratar de mantener unas reglas claras de su propia protección, si lo vemos desde la familia, un matrimonio, por ley el cónyuge o titular protege a la derechohabiente, y eso tiene una explicación social ¿Cuál es la razón por que la seguridad social además del titular protege al</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Es cuestión de coordinar con los regímenes para ver sistemas de continuidad, pero reafirmamos que más importante que eso es atacar el problema de raíz, que es comprender que el seguro regular es mucho más completo que cualquier otro seguro. ESPECIALISTA 2: Cada persona debe tener la facultad de elegir a</p>
---	---	--	---	--	--	--

de empezar de cero en otro régimen es un gran problema, pero creo que deberíamos atacar ese problema más que ir a la raíz de que si soy de este régimen u otro, porque yo puedo renunciar acá y tengo esta cobertura limitada y de repente necesito una cobertura que el SIS no me la da pero Essalud sí. Lógico, porque la cobertura del seguro regular es mucho mayor a la del SIS, entonces, ya yo renuncio al seguro regular para tener la cobertura porque me voy a operar, pero luego me detectan otra cosa más y el SIS no me cubre, sin embargo Essalud sí, entonces voy a regresar al seguro regular? ¿Y si estaré de un lado a otro?, yo creo que no es esa la solución, la solución está en que las entidades que prestan servicios deberíamos coordinar y ver soluciones. de alguna manera ver no, tal vez la solución en el futuro sea el intercambio prestacional que todavía esta pues tratando de asentarse... pero... pueda ser algo como esto, de esta manera se soluciona el problema y no se desnaturaliza el propio régimen. ¿Unificar?...uhm claro sería... ah, eso si hay que evaluarlo, ha habido muchas propuesta de que sea una sola entidad que administre todo

lado creo que la ley deber más flexible.

sería el caso que estando registrado y este internado por un tema de enfermedad grave o accidente y su seguro de Essalud está en carencia, pues ahí sí, si la normativa nos permite, creo que sí debería flexibilizarse esa renuncia para que este usuario en esos tres meses pueda acceder a su tratamiento que requiera. Claro pero tendría que ser a solicitud, es decir Essalud no lo puede hacer de oficio, y siempre y cuando exista una normatividad que lo permita, y eso tiene que estar en coordinación con el SIS, sobre todo ello, porque ellos son los que en un 99.9% atenderían estos casos.

de alto costo

derechohabiente? Porque de alguna manera la seguridad social ante la necesidad, vela por mantener a la familia unida y no afectar el peculio y más aún si el titular es cabeza de familia, pues si no les da protección pues afectaría a toda la familia. Si hay un interés de mantenerse en un seguro subsidiado allí las reglas del código civil estarían siendo relajadas porque hay deberes de cohabitación, ayuda mutua y un conjunto de deberes, por lo cual no sería consistente que se mantenga en el seguro subsidiado que es para personas de pobreza o pobreza extrema cuando en realidad debería ser afiliado al seguro regular. Ahí, si el Estado cambia las reglas de ese tipo, estaríamos desviando un recurso para un ciudadano que podría estar plenamente protegido en ese sistema y quitando esa protección para quien realmente lo necesitara

que régimen pertenecer, pero la norma no lo establece así.

ESPECIALISTA 3: Se debería flexibilizar esa renuncia por esos tres meses, pero se debe estudiar la normativa.

ESPECIALISTA 4: Se considera conveniente teniendo en cuenta la condición del derechohabiente y su necesidad hasta que venza la carencia

ESPECIALISTA 5: La seguridad social vela por tener a la familia unida, desde un enfoque de protección. Las reglas son claras, y el derecho del titular se extiende a sus derechohabientes, esto no se puede desviar.

eso, pero hay que evaluarlo más, no me atrevería a dar una respuesta, porque como tu bien dices hay que estudiar mucho el derecho comparado y también estudiar la realidad nacional para ver si efectivamente el tema se soluciona por ahí, de que haya un gran administrador en salud y que sea el encargado de dar salud a todos los peruanos ya sea a través de los diversos regímenes.

<p>14. ¿Cree usted que debería considerarse solo el carnet de CONADIS o informe médico del MINSA para la afiliación del hijo mayor incapacitado, sin necesidad que exista otra evaluación de ESSALUD?</p>	<p>Claro, es distinto, si es necesario que Essalud evalúe eso, yo puedo tener una incapacidad y obviamente estoy en CONADIS, pero el tema aquí es si esa incapacidad que tengo me incapacita total o permanentemente para el trabajo, es otra evaluación distinta, el objetivo de uno y otro es distinto por eso es que nuestra evaluación está enfocada a eso, tu puedes ser mayor de edad, puedes trabajar y ser titular en el seguro pero si tienes una incapacidad y por ello no puedes trabajar se le puede afiliar como derechohabiente, pero no por la incapacidad solamente, sino porque efectivamente producto de ello no puedes trabajar. Ahora no se si el informe del MINSA tenga ese mismo criterio,</p>	<p>No, en eso si no estoy de acuerdo, siempre tiene que haber un área de Essalud que defina si esta persona tiene o no la incapacidad, hemos tenido muchos casos de personas que han obtenido la pensión por invalidez, te comento un caso emblemático... una señora que supuestamente era ciega, fueron a verificar y... ve mejor que nosotros jejeje y ¿con que lo validaron?... con una resolución del MINSA, ósea, de verdad que hay mucha mafia, corrupción en este tipo de casos, por eso es necesario que este Essalud, así se podrá cautelar esta situación, hacer verificaciones, sancionar a su personal, etc.</p>	<p>Lo que pasa es que a CONADIS van discapacitados e incapacitados, entonces un ciego, un cojo, un manco, está en CONADIS y tiene su carnet, pero el hijo mayor de edad que se puede afiliar en Essalud es aquel que está en forma total o permanente imposibilitado para el trabajo, entonces ya todas la redes asistenciales en Essalud tiene comisiones especializadas para ver si ese paciente está o no en condiciones para laboral, entonces si debe de continuar esa figura, todo aquel hijo mayo que quiera afiliarse debe pasar por esa comisión, y si el informe del Minsa podría ser referencial, aunque no creo que contribuyan mucho, porque no creo que puedan determinar esa condición, pero como todo seguro siempre hay</p>	<p>Bueno si Essalud lo requiere, considero que sí, debe ser evaluado por ellos, y así salvaguardar sus recursos, es necesario que se haga este filtro.</p>	<p>No, debe haber una evaluación de la seguridad social, debe haber una regla de valoración al asegurado porque la protección que va a recibir no va a ser ni del MINSA ni del CONADIS, sino del mismo seguro social, por ello Essalud está legitimado para exigir que el examen sea del mismo Essalud. Efectivamente, lo que da el seguro es la incapacidad total para el trabajo, no es para el ciudadano que tiene discapacidad para otras competencias, aquellas personas que tiene discapacidad pero pueden laborar son asegurados regulares, por ello, la evaluación tiene como resultado determina la incapacidad total o permanente para el trabajo, no son descansos médicos en</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Essalud debe cautelar sus recursos teniendo certeza de que se brinda atención a quien corresponde, y si es necesario que Essalud evalúe los casos de hijos mayores incapacitados para laborar, puesto que en CONADIS ni en MINSA se manejan esos criterios.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Existe mucha corrupción en ello, se falsifican muchos certificados entonces si es necesario que Essalud se encargue de la evaluación</p> <p>ESPECIALISTA 3: Los informes del MINSA pueden ser referenciales pero no determinantes, Essalud debe evaluar eso a través de sus comisiones médicas.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Essalud debe continuar siendo el filtro en ese tipo de evaluaciones.</p>
---	---	--	--	--	--	---

	tengo entendido que no... eh, esa es la línea entonces que Essalud, todo en base a la labor.		evaluaciones médicas, entonces Essalud también ve eso, la norma general dice hijo hasta 18 años o a menos que no pueda laborar, entonces Essalud emitirá un dictamen médico para determinar eso. a esos ciudadanos se... en el tiempo que hemos estado viendo esos temas y se les denomina "discapacitados", puede ser un ciego pero puede tranquilamente puede trabajar en una central telefónica, u oficina, y contribuye, como también puede haber una persona que esté totalmente bien físicamente pero mentalmente no, no puede trabajar porque puede agarrar un cuchillo y dañar a cualquiera.	general, ya que los últimos pueden ser para cualquier contingencia o grado, pero aquí vemos la incapacidad para el trabajo. Si no fuera incapacidad total, entonces puede tener una laboralidad distinta, y la única alternativa es el seguro social.	ESPECIALISTA 5: siempre debe existir una regla de valoración al asegurado, y debe ser de Essalud ya que ni el MINSA ni el CONADIS será los financiadores ni prestadores.	
15. ¿Considera que el termino subsidio no debería perder esa naturaleza de gracia para las personas de bajos recursos?	Bueno, te refieres al término, ¿no? Claro, pero fíjate también que lo que se busca desde la perspectiva del Estado es proteger a la persona pero también que esa persona salga de esa situación de pobreza o pobreza extrema, personas que pertenezcan a la PEA – población económicamente activa, que tengan un trabajo y puedan sustentarse por ellos mismos, definitivamente no es un derecho adquirido, sino una protección para que la persona pueda cambiar de	Yo no creo que deba ser solo para personas de bajos recursos, conozco casos que ganan muy bien y están el SIS, personas que han venido del extranjero, son pensionistas allá, les va muy bien... uno de esos casos son mis tíos jejeje y están en el SIS, y prefieren atenderse mediante el SIS que ir a un particular. Según ellos hay buena atención, yo de verdad no he ido... ¿por qué limitarlos ¿no?	Lo que pasa es que en el país nos estamos acostumbrando al pobre a darle, darle, darle y darle, entonces mientras no cambiemos esa política, siempre, por generaciones, le han dado al abuelo, al hijo, al nieto, los hijos de los nietos... entonces lo que el Estado tiene que hacer es enseñarles a generar sus recursos y se les enseña, estas personas van a tener un trabajo formal, ya van a desempeñarse en la vida, de repente van a ganar poquito pero ya va insertándose a la población económicamente activa,	Ya, por el tema se subsidio para el Estado se ha evaluado este tipo de seguro gratuito o subsidiado en el SIS, pero le corresponde al SISFOH, del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, de que existen ciertas inconsistencia de la realidad y condición socioeconómica de la persona, si, se ha dado, falta poco o mucho para determinar con certeza eso, pero sí creo que se ha avanzado bastante.	Bueno, efectivamente hay un concepto en el ordenamiento jurídico que está definido de esa manera, tenemos extrapolaciones entre ambos regímenes de financiamiento y efectivamente el régimen de financiamiento subsidiado es una expresión que está en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y allí el subsidio que se da para la población pobre y extrema pobre es una ayuda social, es una categoría diferente a la beneficencia porque si nos ponemos a pensar en el término de beneficencia pues	ESPECIALISTA 1: El subsidio es una realidad en nuestro país, pero el Estado busca es que no siempre sea así, sino que las personas e algún momento se puedan valer por sí solas. ESPECIALISTA 2: Los subsidios deben ser solo para los de bajos recursos, hay casos que son brindados a aquellos que no merecen. ESPECIALISTA 3: Con el paso del tiempo el tema del subsidio de debe disminuir, por ahora se debe trabajar más en el tamizaje de las personas que pueden o no ingresar

	<p>estatus o mientras lo hace tenga protección. Yo creo que el subsidio si es una realidad, ósea las personas que están en esa situación reciben una ayuda u apoyo, a diferencia de los del régimen contributivo que si tienen una capacidad adquisitiva de poder incluso afiliarse a un seguro particular.</p>	<p>entonces el tema de subsidio en el tiempo yo considero que debe disminuir. Se debe de hacer, el tema de comunicación, preventivo promocional de la salud pero también se debe hacer como lo hacen en la ciudad, focalizar más el tema del acceso a los programas sociales subsidiados. Por ejemplo, sin ir muy lejos, en Pachacutec, yo conozco a una familia que tiene grandes ferreterías y tienen buenos ingresos pero todos se atienden por el SIS, entonces ahí nos falta un poco de trabajo.</p>	<p>se arraiga a caridad y no es caridad sino un derecho, programático pero exigible después de todo, entonces si se debería ver los alcances de ese concepto.</p>	<p>a los programas sociales.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Se debe potenciar más aún el filtro de personas que pueden ingresar al programa social. El estado ha pensado en el subsidio como medio de protección.</p> <p>ESPECIALISTA 5: Si bien la norma le da esta denominación, la palabra subsidio tiende a entenderse como caridad y no lo es, es un derecho.</p>
<p>16. No cree usted que estaríamos vulnerando el derecho de libre acceso a los servicios de salud, principio de universalidad y el derecho a ser protegido por el Estado en situaciones de vulnerabilidad cuando la persona deja de tener el seguro subsidiado por entrar a planilla y su seguro regular aun no puede ser utilizado?</p>	<p>Claro, estos principios deben ser revisados, como te digo todo es mejorable y todo responde a un proceso no, definitivamente la dación de la ley de aseguramiento universal en salud ha sido un paso hacia el acceso a la salud, es progresivo también, pero se necesita coordinar entre los organismos para solucionar ese problema de espacios donde la persona queda sin cobertura no, esa situación que va por el tema de las coordinaciones que debemos hacer para que esos espacios no se den... no desnaturaliza el hecho mismo de los principios de universalidad que si están recogidos en la seguridad</p>	<p>Ah eso es lo que vimos a un inicio, ¿no? No, no, yo ahí considero que debería tener derecho a elegir entre el SIS y Essalud.</p>	<p>Claro, ahí... recordemos que la Ley 26790 data del año 97, la Ley de aseguramiento universal sale doce años después, en el 2009, entonces yo pienso que en la ley de aseguramiento universal se debió de respetar y ver esta casuística que para mí, lo han dejado en el aire, desprotegido a esta población que están en esta situación, entonces ahora se tiene que ver un mecanismo de que estas personas que ya ingresan a ser asegurados regulares ya sea como titulares o derechohabientes y están en periodo de carencia, ver un mecanismo de que estas personas sigan siendo protegidas hasta que termine</p>	<p>Considero que si se está vulnerando el derecho y el libre acceso, sobre todo del derecho de atención inmediata, evaluando que está ingresando a un trabajo y probablemente aun no esté en condiciones de financiar una atención de alto costo, y el hecho de contar con un seguro debería con coberturar todo.</p> <p>Efectivamente, uhm yo más bien traería a colación en esta idea, es el tipo de contrato que tenemos los peruanos en el ámbito laboral, tenemos en nuestro ordenamiento los contratos temporales o modales, es decir la modalidades formativas laborales, entonces sería importante ver las estadísticas del ministerio de trabajo, la cantidad de peruanos y los plazos sobre todo, a partir de ahí vamos a ver que muchos peruanos tienen contratos temporales y con ello se recortan la continuidad de muchos derecho, y en seguridad social para tener el derecho debes tener un periodo consecutivo o no</p> <p>ESPECIALISTA 1: Se debe revisar a fondo estos principios y mejorar, para prevenir este tipo de "vacíos" o "espacios" y darle prioridad al principio de universalidad sin desnaturalizar los regímenes.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Se debe dar el derecho a elegir entre el SIS y Essalud.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Al implementar la ley de aseguramiento universal se debió analizar esta casuística, ver un mecanismo para que se le brinde protección al asegurado que está en periodo de carencia y que tenía ya un seguro subsidiado.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Se vulnera el derecho a atención inmediata y viendo que no está en condiciones</p>

social y que también de alguna manera en el aseguramiento universal que es abarcar a la mayor cantidad de personas para su acceso a la salud. Entonces, más lo pondría como en positivo, en necesario que las entidades que administramos y brindamos atención en salud podamos coordinar para ir cubriendo estos espacios, sin desnaturalizar que una persona pertenezca a un régimen u otro acorde a su situación socio económico.

su carencia, una especie de continuidad o también que una de las dos instituciones, en este caso el SIS debería seguir atendiendo, porque la ley 26790 ya está reglamentada hace años y se prevé el periodo de carencia, no es como en el SIS, si te afiliás e inmediatamente ya puedes usarlo, hay que considerar que hay varias IAFAS.

en este caso me haces acordar el caso de las hijas gestantes, para una interpretación la cual yo no comparto, pero bueno así lo han hecho, por ejemplo las hijas gestantes en la 26790 no están comprendidas, la propia ley dice que al hijo se le protege desde la concepción, la hijo pero no al nieto, pero hay una interpretación que establece que estas hijas, teniendo un seguro regular y estando embarazadas pueden atenderse en Essalud, y estas hijas hasta hace más de 1 año, no las podía atender ni el SIS ni Essalud, entonces ya hubo un tema de coordinación entre ambas entidades y se quedó que Essalud las iba a atender.

claro, pero las madres gestantes extramatrimoniales este... no son derechohabientes, en ninguna parte de la norma lo establece

consecutivo para consolidar dicho derecho. Mejor dicho, el hecho de tener un contrato de trabajo y que seas un afiliado regular no te hace tener la protección ni en ese momento y ni un tiempo no tan mediato porque posiblemente estamos frente a un contrato temporal. Si pensamos en esa situación pues definitivamente hay una vulneración en los derechos.

de costear sus atenciones, su seguro debería cubrirlos.

ESPECIALISTA 5: nuestro ordenamiento jurídico contempla los contratos temporales y las modalidades formativas, el hecho de tener un contrato de esa naturaleza no garantiza una protección en salud. En ese sentido si se vulneran estos derechos.

pero es el medio por el cual nos permite a nosotros como institución garantizar la vida y la salud del concebido, inclusive la atiende hasta 42 días después del parto, en caso de que exista alguna complicación nosotros podemos seguirla atendiendo.

<p>17. ¿Considera oportuna la medida del gobierno en afiliar automáticamente al seguro subsidiado, de forma masiva a los sectores de muy bajos recursos?</p>	<p>Definitivamente hay un tema de filtración que se debe manejar con pinzas, efectivamente el SIS está destinado a personas de pobreza y pobreza extrema, sin embargo hay personas que no deberían estar ahí, como no hay una cultura de aseguramiento, no han tenido la previsión de tomar un seguro, y tienen medios para hacerlo, ... eso también hay que verlo, no todo debe ser subsidiado ni todo pagado por las empresas, hay independientes que tienen ingresos como tal y deberían de pensar en tomar un seguro para estar coberturados y protegidos, pero como no hay esa cultura no contratan, entonces a la hora de la hora ya están enfermos y cuando se enferman ya no necesitan un seguro, necesitan alguien que les cubra las prestaciones de salud que se van generando que ya es otra cosa... una cosa es que tu estés enfermo y necesitas ya la atención en salud, y lo otro</p>	<p>Y ¿cuánto pagan en el SIS? Y tienen el PEAS... ¿Y porque no hacen un buen análisis?.. uhm yo creo el SIS debería tener un seguro más caro, en todo caso, para que la personas pueda elegir si va al SIS o Essalud, así como se está evaluando en nuestro seguro independiente que ha sido suspendido por 8 meses para evaluar la nueva prima, en ese sentido creo que a Essalud no va a venir mucha gente porque la prima se va a incrementar bastante, entonces esas personas... para que puedan acceder a un seguro más "barato" yo creo que el SIS podría de cierta manera implementar o incrementar el monto de su prima porque ellos no la harán a la tarifa de Essalud no, mucho menos pero dan la posibilidad que personas que no estén en un sector pobre, pobre accedan a sus servicios, porque de verdad Essalud va a sacar un seguro bien caro. Claro así es.</p>	<p>Si está bien identificado los sectores, la comunidad, el distrito, yo creo que si es justo, sobre todo para la población alejada o rurales. yo pienso que ahí debe haber cruce de información no es necesario que haya un trabajo de campo, se puede hacer un trabajo así o también un control posterior, o una verificación, pero ahí tenemos que trabajar con SUNAT, y otros, para ver que declara, que vende, que compra, etc.</p>	<p>Considero que sí, porque hay zonas que el SISFOH ha evaluado que son de extrema pobreza y que por ley o por norma son afiliados directamente al SIS subsidiado. Tengo entendido que hacen periódicas evaluaciones para verificar la condición socioeconómica, no se cada cuanto tiempo pero si es periódico.</p>	<p>Hemos visto casos como uno de los chicos "reality" elegible al SIS, y se vieron otros casos también, efectivamente tiene que haber una focalización mucho más ordenada, con reglas más claras, así como Essalud tiene su propia regla de verificación de la condición del asegurado, porque hay reglas que debe respetarse, esta es una condición y no un requisito, ser pobre o extremo pobre no es requisito sino una condición social que también debe ser verificada, pero también ahí vemos las posibilidades materiales distinta a la masiva, quizás si se deba hacer una afiliación masiva pero se debe desarrollar mayores y mejores controles del aseguramiento con respuestas claras y respuestas negativas para aquellos que no cumplen la condición. Yo creo que la experiencia de Essalud es aleccionadora, porque cuando Essalud no tenía las facultades de esta afiliación, pues la áreas</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Se debe manejar mejor el tema de filtración, puesto que hay personas que están en el SIS y nos les corresponde, pero también es importante fomentar la cultura de aseguramiento para el futuro de la persona y dejar los programas de gobierno para quienes realmente lo necesitan</p> <p>ESPECIALISTA 2: Se debe hacer un mejor análisis y ver que las personas que están en situación de extrema pobres si accedan al servicio.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Es oportuno, siempre y cuando este bien identificado el sector.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Es oportuno porque el SISFOH evalúa de forma periódica para ver la condición socio económica.</p> <p>ESPECIALISTA 5: Se debe mejorar el sistema de control y la verificación de la condición del asegurado, no solo en Essalud, también debe darse en el SIS. El sentido del régimen subsidiado es</p>
--	---	---	--	---	---	---

es que estés sano y necesitas un seguro para cubrir una eventualidad a futuro. exactamente, entonces aquí el tema es que a los de pobreza o pobreza extrema pues hay que afiliarlos no porque son personas que no tienen, ahora ¿cómo seleccionar? O ¿cómo tamizas a los que no tienen esa condición? Ese es el gran problema que no solo tienen ellos sino también nosotros. Claro, claro... entonces, no permiten que se focalice el esfuerzo a quienes realmente lo necesitan, al final todas las personas creen que tienen derecho a no coger de su bolsillo para pagar. Pero es que efectivamente, si tú ves cuanto puede costar una operación, es un montón, entonces tu quizás tienes los medios para pagar un seguro pero no para la operación porque te desfinancias, pero como no tuviste la previsión de contratar un seguro para tener cobertura, se genera tu necesidad y al final te gastas todos tus ahorros para pagar tu operación, todo tu dinero, vendes tu casa, etc., para pagar la operación, pero ¿por qué se genera eso? Porque no tomaste la previsión de tomar un seguro, si lo hacías... pagarías el 10% de la operación, ahí está la diferencia, entonces las

operativas detectaban estas afiliaciones indebidas y básicamente para pacientes de salud renal, entonces el tiempo ha dado la razón en el sentido que Essalud tiene un mejor control, tiene un área dedicada a esta función, hay un periodo de baja, una inhabilitación que debería pensarse en mantenerse o debe reconducirse a otro tipo de mecanismo, pero si existe actividad del seguro social en este aspecto. Habría que pensar más bien si se ha desviado hacia otra figura, distinta a la del trabajador del hogar, porque, nuevamente mientras persista esta falla del mercado estas situaciones siempre se van dar y buscaran como filtrarse porque la salud de la población tampoco ha mejorado, sigue siendo precaria. Si lo vemos desde la óptica del derecho penal sería una excusa absolutoria para aquellos que están en dicha situación por su propio estado de necesidad. Ese mismo razonamiento, Essalud tuvo que discutir las funciones y ese retorno de funciones a Essalud se dio con la rebaja en el porcentaje por la recaudación que pagaba el seguro social a SUNAT, coincidió la misma ley en este retorno de facultades, con la rebaja por el trabajo de

brindar cobertura a personas de escasos recursos.

personas cuando se encuentran en esa realidad las personas perjudican su economía y no es porque el sistema no esté bien, sino porque no se formó esa cultura de seguridad para protegerte a ti y a los tuyos contratando un seguro no, siempre terminas necesitando la atención cuando ya te enfermaste.

recaudación. No es suficiente, definitivamente no, Essalud debe tener mejor control, pero lo que estamos viendo en este caso es la acreditación del derecho y la acreditación de ese derecho no es la relación jurídica tributaria, esa la relación de protección que es netamente del seguro social, entonces, en términos simples la naturaleza de las cosas hacen que se den las herramientas idóneas, pero aún falta. Lo mismo sucede en el SIS se debe afinar sus mecanismos de control.

<p>18. Teniendo en cuenta el criterio de aseguramiento universal progresivo y protección por parte del Estado. ¿Considera viable que el SIS brinde cobertura a la persona que estuvo afiliada al régimen subsidiado y adquirió el seguro regular en período de carencia?</p>	<p>Se puede plantear una continuidad de atención teniendo en cuenta que hubo un aporte de por medio, pero para ellos las instituciones tienen que sentarse y hablar de números, porque no por tratarse el Estado no se tiene que ver el tema de la sostenibilidad financiera de los regímenes, entonces, si hay una necesidad que debe ser cubierta, ¿de qué manera puede ser cubierta? Es lo que nos falta trabajar... yo creo que va por ahí el tema, todos tenemos claro que hay un período en el cual la persona esta desprotegida, en incluso en Essalud eso también de se daba por eso que sacamos la figura de la continuidad, ¿recuerdas? Puedes migrar de un seguro a otro y no</p>	<p>Yo digo... ¿Porque se ponen estas restricciones?.. ¿En qué le afecta?, no le encuentro sentido, si pongo en la balanza... en el régimen subsidiado no estoy cobrando nada, son tres meses más que le puedo dar atención a ese paciente, en realidad no veo la afectación que pueda tener el SIS como tal, a no ser que exista un estudio de por medio que demuestre la pérdida, ¿no?... por eso es subsidiado. Yo si lo veo viable.</p>	<p>Yo creo que si porque viendo el tema que el Estado tiene los recursos y considerando que esta población podría beneficiarse con este criterio, y no estamos hablando de millones de usuarios, deben ser unos cuantos miles al años, y sí, yo creo que es viable que el SIS asuma esta responsabilidad.</p>	<p>No lo considero viable porque debería el seguro regular brindar un beneficio completo de sus atenciones porque el costo que se está brindando al seguro regular, es el mismo que se hará el próximos meses, por lo tanto considero que sus beneficios también deberían ser completos. No debería de existir el período de carencia o quizás disminuir su tiempo. Bueno entonces, viéndolo de ese modo, si es necesario salvaguardar los recursos de las entidades, pero viendo desde el aseguramiento universal en salud, estas personas no están desprotegidas, entonces viendo el "derecho de pro usuario" se debe defender los derechos del asegurado,</p>	<p>Sí, yo pienso que sí, porque de otro modo no podría cubrir el seguro social porque, una vez más, estos períodos responden y tienen una explicación actuarial, también se basan en las reglas del Convenio 102 de la OIT, para evitar el abuso, oportunismo y el desfinanciamiento del régimen contributivo. Si efectivamente es tener un derecho y a su vez no tener nada porque no puede ejercerlo, y si tiene necesidad en ese período, pues de nada le sirve, sin embargo ese ciudadano sigue contribuyendo al Estado a través de la imposición fiscal.</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Se puede plantear una continuidad entre regímenes, pero también se debe estudiar la sostenibilidad financiera.</p> <p>ESPECIALISTA 2: No habría inconveniente para el SIS, debería proteger a este usuario por esos tres meses.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Es viable que el SIS asuma esa responsabilidad bajo su criterio de protección.</p> <p>ESPECIALISTA 4: No se considera viable porque el seguro al cual está afiliado debe ser completo. Si en SUSALUD no registra el SIS si puede coberturar.</p> <p>ESPECIALISTA 5: El SIS debe cubrir las atenciones de su ex afiliado que se encuentra en el seguro regular pero en período de</p>
--	--	--	---	--	---	--

	<p>pasas por el período de carencia, una cosa así que nace en chico también se podría plantear entre los dos regímenes, situación más grande.</p> <p>Claro, podría ser una salida, o también la continuidad de atención, pero todo tiene que ser evaluado a nivel central sino traería un perjuicio al patrimonio de la seguridad social, y ver soluciones frente a esta realidad problemática.</p>		<p>entonces probablemente SUSALUD no los registra como personas con cobertura en el seguro de salud, en período de carencia por esos tres meses. De repente se podría evaluar los casos y tratamientos de alto costo que excepcionalmente puedan continuar con el seguro anterior hasta que superen su período de carencia en Essalud, para vulnerar su derecho de atención en salud.</p>	<p>carencia, de otro modo Essalud no puede cubrirlo porque la carencia tiene una explicación actuarial para evitar el abuso, oportunismo y desfinanciamiento del régimen contributivo.</p>		
<p>19. ¿Si se contribuye al seguro complementario de trabajo de riesgo SCTR o un seguro de vida, puede ser elegible al seguro subsidiado?</p>	<p>Lo que pasa es que el SCTR a nivel salud, es para empresas y personas independientes, para empresas podría darse, sabemos que hay empresas que pueden elegir ir al SIS, tal es el caso de la Micro empresas, por lo tanto el SCTR también está presente ahí porque esas empresas tendrían que contratarlos si su actividad es de riesgo. Ósea, puede tener SIS y SCTR, porque son diferentes, en caso de independientes imagino que se da de la misma forma, porque es optativo. En caso de Seguro de vida, menos todavía, y si vemos desde el seguro + vida, que es un seguro de vida en caso de accidentes, está ahorita enfocado a asegurados en Essalud, pero excepcionalmente se da otra grupo poblacional como los</p>	<p>Ah no, para nada, son temas totalmente diferentes, el SCTR está dirigido a otro criterio asegurador.</p>	<p>A ver. el SCTR... la normatividad establece que es a libre elección del ciudadano y la entidad empleadora, no es impedimento, ahora, el seguro contra accidentes + vida, es un seguro de Essalud y hay una normativa... no es una normativa, pero es el beneficio que Essalud les da, y si tienen un seguro con nosotros pueden contratar este + vida como un beneficio adicional, podría ser quizás, más adelante, analizando que se pueda ampliar a otras entidades, este seguro es el seguro de vida de mayor cobertura y el más barato de esta gama de seguro contra accidentes a nivel nacional, para mí es el mejor, inclusive a nivel latinoamericano, no creo que haya otro igual.</p>	<p>Claro que sí, el SCTR no es impedimento, porque no califican para el plan mínimo PEAS, por ello califican sin problema al seguro subsidiado</p>	<p>A ver, ya su propio nombre de seguro complementario de "trabajo" de riesgo, hace ver que la persona se encuentra laborando y por ende obtiene ingresos, se encuentran bajo relación de dependencia y eso ya genera incompatibilidad con el régimen de financiamiento subsidiado, ya que este es para personas que están en condición de pobres o extremo pobres, es decir no tienen ingresos, o teniéndolos no tienen esa transición del seguro subsidiado al seguro regular en período de carencia. En este caso si podrían haber incompatibilidad, si es dependiente es asegurado regular y si es independientes podría acceder a un seguro potestativo, es más la empresa debería afiliarlos de forma independiente si</p>	<p>ESPECIALISTA 1: No es impedimento, porque el SCTR es un seguro complementario al igual que el seguro de vida.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Son temas diferentes, otros criterios.</p> <p>ESPECIALISTA 3: El SCTR y el seguro de vida son a libre elección, no es impedimento.</p> <p>ESPECIALISTA 4: No es impedimento estar afiliado al SCTR para calificar al SIS.</p> <p>ESPECIALISTA 5: El término "trabajo" da a entender que existe relación laboral y por ende ingresos, se configuraría un impedimento para ingresar al SIS.</p>

	<p>bomberos, pescadores artesanales, pero aún no se ha contemplado en el seguro +vida que se afilien otros grupos de personas que no sean asegurados en Essalud, se ha pensado, sí, pero aún no hay dicho, e incluso la posibilidad de afiliarse a los que pertenecen a un régimen semi subsidiado porque ellos cierto nivel de ingreso y pueden fácilmente pagar S/. 5 Soles, yo creo que sí debería de abrirse, realmente el seguro +vida es un seguro muy beneficioso, cubre con pocos requisitos, pocas exclusiones, y que cubre a la persona en la situación a la que más indefensión pueda tener cuando muere quien da el sustento de la familia de un momento a otro, sin ninguna previsión ni nada porque es un hecho fortuito... definitivamente para el costo que tiene vale la pena.</p>				<p>realizan trabajos como terceros porque de lo contrario serían responsables frente a algún daño.</p> <p>Uhm, la protección contributiva no solo se da por un tributo, el seguro complementario de trabajo de riesgo es un contrato forzoso frente a los riesgos laborales, y hay consecuencias negativas para el incumplimiento de esta contratación, muy graves, no solo administrativas, incluso puede ser visto en materia penal si se afecta la salud y otro tipo de consecuencias. Si pensamos que esta persona está afiliada a una aseguradora privada pues vemos que tiene una manifestación patrimonial entonces no puede ser parte del régimen subsidiado. No estoy de acuerdo con ese pronunciamiento.</p>	
<p>20. Teniendo en cuenta que el seguro semicontributivo es para independientes (sis independiente) ¿Cree usted que se debería dejar de aplicar el período de carencia para los independientes teniendo en cuenta que ellos mismo son quienes pagan su seguro?</p>	<p>Uhm ya a ver, no enfoco aun la pregunta.</p> <p>Ah ok, lo que pasa es que respecto al periodo de carencia hay que evaluar más el tema conceptual, no... yo creo que el periodo de carencia es una forma de protección al mismo seguro, la mayoría de seguros también tienen un periodo de carencia, porque en principio el objetivo no afiliarse a personas enfermas, sino a</p>	<p>Uhm ahí habría que analizar un poco que es el periodo de carencia, ¿has analizado eso? , ¿Qué es el periodo de carencia?</p> <p>y ¿porque se da eso?</p> <p>Yo también opino lo mismo... en el SIS les dan tres meses cierto?, yo pienso entonces que debería haber periodos de espera por tipo de diagnóstico, como se sacó para diálisis no.</p> <p>Yo creo que si porque el SIS</p>	<p>Claro ahí debe haber un principio legal, no recuerdo muy bien, donde se refiere a la uniformidad, en el seguro social todos tienen periodo de carencia, salvo el tema de continuidades, que ya con el seguro anterior ya cumplió un periodo de carencia, entonces bajo ese mismo principio considero que todos los seguros que están vigentes o se implementen en un futuro en SIS, debería tener los</p>	<p>A ver, voy a entenderlo mejor... tanto el SIS independiente como el SIS micro empresas tienen periodo de carencia, el independiente tiene un mes de carencia y el microempresas 3 meses... bueno considero que a ese independiente no deben quitarle ese mes de carencia, un mes es tiempo prudente.</p> <p>Lo que pasa es que en nuestro país falta la cultura de</p>	<p>Ahí, el seguro que no tiene periodo de carencia es el seguro subsidiado del SIS, justamente porque las personas a las que protegen son muy pobres, es decir, ahora, en un seguro semicontributivo al igual que un seguro contributivo existen riesgos, entonces sí debería existir un periodo de carencia para ellos. En ese caso el seguro semicontributivo lo paga el mismo asegurado o el</p>	<p>ESPECIALISTA 1: El periodo de carencia es una forma de protección al mismo seguro, porque el objetivo del seguro es afiliarse a gente sana y no enferma, de lo contrario debe transcurrir la carencia a modo de garantía.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Aparte de la carencia, se debería contemplar el periodo de espera para los que tienen diagnósticos pre existente.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Por un principio</p>

	<p>personas sanas y que en transcurrir del tiempo pues van enfermándose y en marco de la solidaridad, los sanos ayudan a los enfermos, pero un seguro donde empiezan a inscribirse personas enfermas pues económicamente ese seguro no se va a sustentar por más que se tenga la buena disposición de atenderlos, es un seguro que va a tener una siniestralidad elevada no, un sobre uso y todo lo que genera eso, hemos tenido seguro así, como el ex seguro independiente o el personal – familiar, no te restringían nada, entonces la carencia está enfocado a eso no, evitar que la persona que necesita operación se afilie en el seguro e inmediatamente se opera, entonces desnaturaliza el hecho mismo de ser un seguro, ya no es la necesidad de cubrir tu posibilidad de que te enfermes sino cubrir solo la contingencia, y ese no es el sentido.</p>	<p>me imagino que también deba ver su presupuesto destinado por el ejecutivo no.</p>	<p>mismos criterio, es decir, o a todos los pones periodo de carencia o a nadie.</p>	<p>prevención, lo ideal es que obtengan el seguro antes de que suceda la enfermedad, entonces creo que un mes es pertinente, salvo que requiera atención por emergencia. Como acabas de explicar, el sis independiente tiene periodo de carencia porque se requiere contar con un presupuesto para que se le brinde las atenciones al asegurado. Si, si es necesario el periodo de carencia.</p>	<p>empleador MYPE, si fuese el caso; y en subsidiado no lo paga nadie.</p>	<p>de uniformidad la carencia debe ser para todos los seguros o para nadie.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Es necesario el periodo de carencia porque sirve como soporte ante los gastos que se efectuarían a futuro.</p> <p>ESPECIALISTA 5: en los seguros contributivos y semicontributivos si debe existir el periodo de carencia por los riesgos.</p>
<p>21. ¿Debería existir convenios para proteger con un seguro de salud a los peruanos que se encuentran en el extranjero?</p>	<p>En realidad yo sé que este tema se trabaja a nivel de los consulados y a nivel del ministerio de relaciones exteriores, eh... se hacen coordinaciones con los diversos países pares para ver el tema de salud y el tema pensionario, entonces por ejemplo, si estas personas</p>	<p>Ya no ya, pobre Essalud... Ah ok, pero ¿con que se cubre? Similar al convenio Perú – España en Essalud, quizás. Pero si vas de forma legal o a trabajar, y a tienes un seguro, hasta donde sé, eso se da en la mayoría de casos, hasta para viajar se necesita un</p>	<p>Lo que pasa es que para hacer convenios con entidades extranjeras es un poco complicadito, no es un tema tan sencillo hacerte un convenio con Chile, Argentina, tenemos un convenio entre Essalud y España, pero es para situaciones de emergencia</p>	<p>Unas de las exclusiones de todos los tipos de seguro del sis es no brindar atención fuera, solo en el territorio nacional, pero si considero que debería haber convenios, pero ojo, si fueron de viaje es porque tienen cierta solvencia, entonces se debe verificar también todo ello</p>	<p>Los convenios en este momento... hay un interés muy particular del Estado peruano a través del Ministerio de Relaciones Exteriores para la ampliación de cobertura en el seguro social de "pensiones", justamente porque ahí existe la figura de transportabilidad</p>	<p>ESPECIALISTA 1: Esto se trabaja a nivel de consulados, la articulación de aportes no solo en salud, sino también en pensión, si deben existir convenios para proteger a la ciudadanía</p> <p>ESPECIALISTA 2: Se requiere un estudio más riguroso, para ver los fondos.</p>

han aportado acá en Perú seguro. porque han trabajo eh.. Poder juntar los aportes a pensiones realizados aquí en Perú con los aportes que han podido generar en el país donde se encuentran y sumarlos no, y así poder completar la cantidad de aportes que requieren para tener acceso a un seguro de salud, entonces a ese nivel es que se trabaja este tema de convenios. Es un tema duro, en el tema de salud hay convenios con España por ejemplo, Essalud y España, un convenio que esa vigente desde hace tiempo, es restrictivo ahora, antes era menos restrictivo ahora es más por un tema de nacionalidad que se está pidiendo, pero también hay personas que viene a Perú por estancias temporales, y si están en la seguridad social española pueden atenderse aquí también. Definitivamente eso a nivel de país se está trabajando, otorgando este beneficio de salud a estas personas que está allá, y muchos de ellas están como ilegales también, y ahí hay un problema... ahora cuando estén legales también tienen acceso al seguro, ehh en EE.UU. por ejemplo pero ahí se paga la seguridad social, no es como acá, aquí es gratis... bueno no gratis, pero es un monto mínimo que paga

después no tenemos, salvo que sean convenios entre instituciones de salud, Rebagliati, o el hospital de Niño, pero así a nivel macro, lo veo un poco difícil, pero si podemos enfocarlo en que el peruano que está en el extranjero y necesita venir al país debería de tener... ofrecerles un seguro de salud que le valga en territorio peruano, ahí podría ser el SIS independiente ¿no? O potenciarlo de ese lado, o Essalud también ofrecer el seguro independiente.

de los recurso, existen cálculos matemáticos actuales para que los fondos vayan de país a país y haya un reconocimiento en el lugar donde se encuentra ciudadano y se piensa jubilar. En el tema de salud, sobre un extranjero en nuestro país, no hay más problemas porque la Ley de Aseguramiento Universal habla de ciudadano residente en el país, igual, el ciudadano que va a trabajar y son parte de la masa de empleados y en su propio país también tiene derechos y protección, ahí se aplican principios de Derecho internacional laboral la "Lex Loci" por ello creo que debería verse más en tema de pensiones que en salud.

ESPECIALISTA 3: Si debería haber convenios para proteger al asegurado en el país que se encuentre, pero se necesita todo un estudio para ello.

ESPECIALISTA 4: El SIS solo atiende a los ciudadanos dentro del territorio nacional, pero se considera que también deberían haber convenios

ESPECIALISTA 5: Actualmente el Estado se está enfocando más en la ampliación de cobertura en el seguro social de pensiones en reconocimiento a la Lex Loci, se está dando mayor prioridad que al seguro de salud.

el empleador, no hay comparación.

22. ¿Se debería considerar el pasaporte como requisito para la afiliación al régimen subsidiado y no solo DNI y/o carnet de extranjería?

Yo creo que ahí hay un tema de progresividad, se ha tenido que elegir al momento de hacer la ley de aseguramiento y entiendo que también han analizado esta situación y han podido ver que hay que priorizar, sería excelente cubrir a las personas no residentes, las que están de paso, pero tiene que priorizarse en las personas que están en el país, yo creo que va por ese lado, no por un tema de discriminación, sino también por la propia formalidad, hay personas que están trabajando y no tramitan su carnet de extranjería y eso no se debe de dar.

Y ¿porque?

Ahí sí creo que es un exceso, aparte con la simplificación administrativa y todo eso se debería dar la facilidad del caso. No en este caso sí, no sabía que era así eh, muy exigentes.

O en el TUPA no...

¿Por qué?

¿Tienen alguna regulación especial?, no creo.

Pero un TUPA te regula requisitos, de reconocimiento al ciudadano, eso deberías poner como pregunta... jejejeje.

Hay que verle por qué este ciudadano sigue con pasaporte y cuánto tiempo esta, yo creo que deberíamos de ponerle un tope, decirle: podemos inscribirte al SIS 6 meses... no sé, hay que analizar los tiempos en migraciones... cuento tiempo un extranjero puede estar en el país con pasaporte y de ahí en adelante ya debería de tener su carnet de extranjería.

Uhm, no, yo considero que está bien, porque el pasaporte es un documento temporal, ahora para el sis subsidiado si hay afiliaciones temporales, sin ningún documento de identidad cuando de verifica que esta persona tiene algún certificado médico que señale una enfermedad grave.

Si esta persona ya tuvo un carnet de extranjería entonces, si tiene el derecho de afiliarse.

Es que justamente la Ley de Aseguramiento Universal habla de residencia, entonces esa condición que está configurada en la Ley debe tener un trato administrativo, entonces ¿Qué documento es el idóneo para que se de concreción a tal condición? Es el carnet de extranjería o el pasaporte, entonces respecto al SIS si debe tener un documento válido puesto que el extranjero evidentemente no es peruano y si la norma cita a los residentes, pues significa que son aquello que no están de tránsito, entonces no puede ser el pasaporte un requisito.

ESPECIALISTA 1: Aquí se ve un tema de progresividad y prioridad a las personas que están en el país, mas no las que están de tránsito.

ESPECIALISTA 2: Es un exceso que no se considere otro documento que no sea DNI o carnet de extranjería.

ESPECIALISTA 3: Se debe ver porque el ciudadano continua con pasaporte y porque no tramito su carnet de extranjería. Se puede usar pasaporte pero poniendo un tope en su afiliación a fin de que regularice

ESPECIALISTA 4: No debe incluirse el pasaporte porque es un documento temporal, pero también se puede afiliar excepcionalmente a las personas indocumentadas cuando están en peligro.

ESPECIALISTA 5: La Ley de AUS se refiere a la residencia, mas no a las personas que están de tránsito.

Tabla N° 2:

Interpretación de resultados

RESULTADOS INDIVIDUALES	INTERPRETACIÓN	SUSTENTO TEÓRICO
<p>ESPECIALISTA 1: Essalud no puede cubrir la contingencia o las enfermedades graves en el periodo de carencia puesto que se afectaría el presupuesto de la institución, considerando que sus únicos ingresos provienen de las aportaciones de los empleadores y los pensionistas, más no del tesoro público. Aquí debe prevalecer el principio de solidaridad es decir garantizar la cobertura en contingencias futuras porque en teoría ningún seguro es para personas ya enfermas.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Si debería atenderse, el aseguramiento universal persigue la cobertura médica inmediata, entonces se debe proteger al asegurado</p> <p>ESPECIALISTA 3: Dependiendo de la circunstancia y gravedad del paciente, pero en definitiva el paciente necesita estar protegido por un seguro en ese periodo</p> <p>ESPECIALISTA 4: El seguro actual de la persona debería brindar la protección y cobertura médica al usuario para no vulnerar su derecho a protección en situación de vulnerabilidad.</p> <p>ESPECIALISTA 5: El periodo de carencia dentro de un seguro privado o contributivo también es reconocido a nivel internacional para evitar el abuso y fraude frente a las propias fallas de mercado denominadas "riesgo moral". El derecho a la salud está protegido por la Constitución, pero también se debe evitar desfinanciar a las entidades que forman parte del modelo asegurador contributivo. El Tribunal Constitucional se ha pronunciado al respecto y no considera que existe violación a los derechos constitucionales con el periodo de carencia, pero si recomendó hacer estudios actuariales para mejorar la cobertura para proteger a las familias, no solo en periodo de carencia, sino a nivel general.</p>	<p>Essalud administra el régimen contributivo de la seguridad social en salud, por ello debe ser muy cuidadoso en administrar dichos recursos y respetar la intangibilidad de los mismos, es decir, no coberturar situaciones que no están previstas en la ley para evitar problemas financieros de la institución; sin embargo, se deben establecer mecanismos para brindar protección al usuario que se encuentra en periodo de carencia, pero dicha medida no puede venir de Essalud. El periodo de carencia se encuentra internacionalmente reconocido.</p>	<p>La intangibilidad de los recursos de la seguridad social – Art. 12, de la Constitución Política del Perú, que se refiere a los fondos de la seguridad social y el uso exclusivo de los mismos en lo que se encuentra previsto en la Ley.</p>
<p>ESPECIALISTA 1: No hay razón para que los CAS tengan una base imponible máxima respecto a la contribución a Essalud, el principio de solidaridad en la seguridad social es para todos.</p>	<p>No debe existir el límite o base imponible máxima para la contribución social de los trabajadores del régimen CAS,</p>	<p>Principio de Solidaridad – Art. 4, numeral 2 del TUO Ley marco de aseguramiento universal en salud, que se</p>

<p>ESPECIALISTA 2: no debería haber un límite en la contribución de los CAS porque esto afecta al presupuesto de la institución.</p> <p>ESPECIALISTA 3: todas las contribuciones a la seguridad social en salud deben ser uniformes sin base imponible máxima.</p> <p>ESPECIALISTA 4: limitar esas aportaciones perjudica a Essalud, debería hacerse un incremento</p> <p>ESPECIALISTA 5: Se debe homologar la contribución a la seguridad social respecto al trabajador CAS.</p>	<p>porque se atenta contra los recursos del seguro social y el principio de solidaridad.</p>	<p>refiere a la administración de las contribuciones y cobertura a todos los asegurados que requieran prestaciones oportunas, indistintamente del tiempo y monto de aporte.</p>
<p>ESPECIALISTA 1: De por sí esta cobertura adicional sin respaldo de ningún aporte, le genera alto costo a la institución, así que aún se debe evaluar hasta qué punto de cubrir. Cuando salió la latencia no existía SIS, ahora que existe pues, el Estado debería cubrir dichas necesidades del usuario.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Al existir un régimen subsidiados que cubra las atenciones, no hay sentido que continúe la cobertura por latencia.</p> <p>ESPECIALISTA 3: No es bueno para Essalud ampliar la cobertura de la latencia, considerando su situación actual.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Debería incrementarse la cobertura por latencia en un 100% para proteger al usuario en su totalidad.</p> <p>ESPECIALISTA 5: La cobertura especial por desempleo nace en un tiempo donde no existía el SIS, Essalud brinda una cobertura principalmente a los que tienen relación de dependencia, en su defecto se debería ver otro modo de cobertura.</p>	<p>La cobertura especial por desempleo se da en razón a los aportes que se realizó cuando existían vínculo laboral, en la vigencia de la latencia no se efectúa ningún aporte, por ende no es conveniente para Essalud ampliar dicha cobertura que de por sí ya trae altos costos para la institución.</p>	<p>Derecho de Latencia, D.S. 004-2000-TR, modifica el Art. 37 del Reglamento de la Ley de Modernización de la seguridad social en salud.</p> <p>Se refiere a la cobertura especial por desempleo a la cual son acreedores los asegurados que se encuentran en situación de cese laboral o suspensión perfecta de labores.</p>
<p>ESPECIALISTA 1: Ha sido una necesidad, para dar viabilidad de poder renunciar a una cobertura que no le es favorable o no cubre las necesidades del usuario en una situación particular.</p> <p>ESPECIALISTA 2: La preferencia de ir a un régimen subsidiado dio pie a dar la opción a renuncia a la latencia.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Es una medida que ha dado soluciones a quienes querían acceder al SIS y cuyo tratamiento no era garantizado por Essalud de</p>	<p>La facultad de poder renunciar a la cobertura especial por desempleo fue una decisión acertada del seguro social, la cual ayudo a muchos usuarios que necesitaban acceder al régimen subsidiado en salud y no podían hacerlo por tener esta cobertura adicional en el seguro regular. Algunos especialistas consideran que no se debe renunciar, sin embargo prima el interés mayor y los</p>	<p>Derecho a la salud, medio familiar – Art. 7 de la Constitución Política del Perú, señala el derecho al acceso a los servicios de salud y la protección del mismo por parte del Estado.</p>

forma permanente

resultados que en la práctica se han dado.

ESPECIALISTA 4: Es una buena opción para las personas que requerían tratamiento y su seguro por latencia no les cubría.

ESPECIALISTA 5: Los derechos a la seguridad social son irrenunciables. El sistema no fue diseñado para ello, podría generar situaciones que ilegítimamente y desequilibre el sistema.

ESPECIALISTA 1: Se debe trabajar de forma conjunta con el ministerio de trabajo y SUNAT para fiscalizar y verificar que exista realmente un vínculo laboral y no sea una afiliación ficticia, también, más que reforzar la labor de Essalud, se debe trabajar más en filtro a estas afiliaciones.

ESPECIALISTA 2: Se está planteando reforzar esta actividad, sobre todo dar prioridad y verificar aquellos casos donde se están recibiendo atenciones de alto costo

ESPECIALISTA 3: Existen miles de asegurados de este tipo y posiblemente una cantidad considerable sea ficticia, si se debe reforzar para la verificación a nivel general.

ESPECIALISTA 4: Si se debe reforzar, pero también indicar a la población que Essalud no es la única alternativa.

ESPECIALISTA 5: Si es necesario fortalecer la verificación de la condición del asegurado, desde un enfoque técnico y profesional, puesto que las afiliaciones indebidas tienen una respuesta negativa que no solo es por un tema lucrativo, también por la necesidad de tener un seguro, entonces una forma de desincentivar estas conductas o situaciones es canalizándolas al SIS.

Se debe trabajar articuladamente entre Essalud, SUNAT y el MTPE, para fiscalizar la existencia de relaciones laborales reales. Essalud debe repotenciar de forma técnica su labor en la verificación de la condición de entidades empleadora y trabajadores para detectar las afiliaciones indebidas que perjudican al seguro social.

Funciones, facultades y deberes en la verificación – Art. 1, Ley N° 29135, que señala que ESSALUD está facultado a realizar la verificación de la condición de los empleadores y trabajadores en su relación con el seguro social, asimismo de la condición de la relación laboral de los trabajadores del hogar.

ESPECIALISTA 1: Se debe afianzar más sobre la importancia de la prevención y el de contar con un seguro de salud y no esperar a estar enfermo para buscarlo, el seguro regular es el más completo a nivel nacional y no es dable que renuncie a él solo por pretender cubrir una necesidad en el momento.

ESPECIALISTA 2: Se puede justificar esa decisión por la necesidad el usuario, lamentablemente las normas a veces son injustas

ESPECIALISTA 3: No es justo renunciar a la posibilidad de desarrollarse por

Se debe desarrollar la cultura de prevención y enseñar a comprender la importancia de contar con un seguro en salud, ya que no es correcto que por cubrir una necesidad en el momento se tomen decisiones desesperadas como renunciar al trabajo para perder a propósito el seguro regular.

Derecho a la salud, medio familiar – Art. 7 de la Constitución Política del Perú, señala el derecho al acceso a los servicios de salud y la protección del mismo por parte del Estado.

un tema de salud, se deben ver otros mecanismos.

ESPECIALISTA 4: No es justo, pero hay que ver también la situación de solvencia y necesidad del usuario.

ESPECIALISTA 5: Se debe complementar el sistema. La renuncia a los derechos sociales jamás será la solución, por ello el Estado debe tomar medidas legales para lograr una eficaz colaboración interinstitucional.

ESPECIALISTA 1: Aun no estamos preparados para eso, ni la institución ni los asegurados, se debe priorizar la administración de recursos y educar al usuario sobre los niveles de los centros de salud a donde deben acudir en atenciones de menor complejidad y mayor complejidad.

ESPECIALISTA 2: Es muy siniestro, hay varios criterios que analizar puesto que cada centro asistencial basa en perfiles de población asegurada.

ESPECIALISTA 3: Se debe respetar la normativa y la adscripción del asegurado según su dirección, también trabajar en la difusión y comunicación al asegurado sobre el centro de atención primaria y el sistema de referencia.

ESPECIALISTA 4: Si debería darse a elegir por que la población adulto mayor es muy vulnerable, pero solo darse esta opción para los centros de atención primaria.

ESPECIALISTA 5: Los adultos mayores forman parte de la población vulnerable y la ley le da diversas consideraciones, la adscripción a elección de ellos mismo sería una buena opción para cautelar la atención primaria, pero esto implica mejoras en el propio sistema de atención e historias electrónicas que aún no se maneja del todo.

ESPECIALISTA 1: El derecho de latencia responde al derecho que genera el propio titular en su condición de trabajador y se debe manejar en ese sentido, la situación de indefensión de la familia supérstite debe ser cubierta por el Estado.

ESPECIALISTA 2: El titular genera el derecho y al fallecer el titular se pierde el derecho, no es un derecho adquirido puesto que no es de por vida.

El seguro social debe cuidar sus recursos y una forma de hacerlo es con la correcta distribución de la población asegurada a nivel nacional a través de la adscripción para efectos de un control en las prestaciones asistenciales. La adscripción de los usuarios, sin distinción alguna, se basa en la dirección que estos tengan en su DNI y se debe acudir a los centros de atención primaria. se podría dar a elegir el centro asistencial a los adultos mayores, pero es un asunto a largo plazo.

El derecho a la seguridad social en salud lo genera el titular del seguro. El titular, al perder dicho derecho también lo pierde su familia. Nuestra legislación no aborda la transmisibilidad de derechos previsionales en salud ante el fallecimiento del titular.

Los recursos de Essalud – Art. 4 del Reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social en salud, el cual señala que los recursos provienen de las contribuciones de los empleadores e ingresos propios que la institución recaude.

Las prestaciones – Art. 10 del Reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social en salud, donde señala que las prestaciones que otorga Essalud son de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones de bienestar y promoción social y prestaciones económicas.

Derecho de Latencia, D.S. 004-2000-TR, modifica el Art. 37 – Reglamento de la Ley de Modernización de la seguridad social en salud.

Se refiere a la cobertura especial por desempleo a la cual son acreedores los asegurados que se encuentran en situación de cese laboral o suspensión perfecta de

ESPECIALISTA 3: Se ve como un derecho adquirido por ello se le debería considerar la cobertura a los familiares del difunto hasta que finalice.

labores.

ESPECIALISTA 4: Si la cobertura de la latencia no favorece al usuario pues debería de anular ese beneficio, de lo contrario debería continuar.

ESPECIALISTA 5: La respuesta y en análisis no debería ser enfocado desde el derecho civil sino desde la seguridad social, puesto que en el derecho civil existen situaciones de derecho alimentista, sucesiones, cargas y deudas, otros, sin embargo, no se adecua a la situación actual y real de la seguridad social, se dieron propuestas para asemejar el derecho a seguridad social al derecho civil, como ejemplo la afiliación de los padres, pero no prosperó

ESPECIALISTA 1: Es cuestión de evaluar, explorar y costear, porque si, estas personas requieren ayuda.

Es importante que PADOMI contemple también como su grupo de protección poblacional a los asegurados postrados o inválidos que no necesariamente son adultos mayores.

Derecho a la salud, medio familiar – Art. 7, de la Constitución Política del Perú, señala el derecho al acceso a los servicios de salud y la protección del mismo por parte del Estado.

ESPECIALISTA 2: PADOMI nace con el sentido de brindar servicios de salud a los asegurados postrados.

ESPECIALISTA 3: Sería una excelente idea incluir a este grupo poblacional de asegurados a PADOMI.

ESPECIALISTA 4: Si se debe brindar este beneficio a todo asegurado indistintamente de su edad.

ESPECIALISTA 5: Absolutamente, es necesario que este servicio se extienda a otros grupos de asegurados.

ESPECIALISTA 1: Se sabe que en esos tres meses está en situación de indefensión, pero no se puede permitir que pertenezca a más de un régimen, porque si tiene un seguro regular y también tiene un seguro del SIS, le estaría quitando la oportunidad a otro que la necesita.

No es pertinente que se le anule inmediatamente el seguro subsidiado si se encuentra vinculado a un seguro regular, se debe analizar la situación del paciente y también proteger la naturaleza de los regímenes de financiamiento.

Principio de Unidad – Art. 4, inciso 3, del TUO Ley marco de aseguramiento universal en salud. el cual nos indica sobre el trabajo articulado entre regímenes para el cumplimiento de regímenes.

ESPECIALISTA 2: No tienen sentido dejar desprotegido al usuario, se debería dejar que continúe en el régimen

ESPECIALISTA 3: No se considera oportuno que se le anule el seguro, pero para evitar todo ello es necesario difundir la importancia del registro de nuestros derechohabientes para canalizarlos por el seguro que les corresponde.

ESPECIALISTA 4: No se considera conveniente anularlo, pero depende

mucho su situación y afiliación, y para esto se deben utilizar todos los medios electrónicos establecidos por norma

ESPECIALISTA 5: Tener un derecho y no poder ejercerlo es como no tenerlo, por ello se debe flexibilizar las reglas del aseguramiento universal.

ESPECIALISTA 1: Es necesario hacer toda una campaña de difusión para que a última hora los usuarios no se vean perjudicados, pero es importante dotar de protección jurídica a los concubinos con unos documentos solemne, tal como lo hacen otras instituciones.

ESPECIALISTA 2: Es una buena medida porque así también se frena las afiliaciones indebidas de supuestos concubinos, además también es válido para la sociedad de gananciales.

ESPECIALISTA 3: Una gran cantidad de afiliaciones indebidas se dio a la figura de afiliación al concubino con una declaración jurada simple, entonces para evitar esto es necesario solicitar el reconocimiento de unión de hecho.

ESPECIALISTA 4: Se puede afiliarse al SIS no se encuentra inscrita en la página de SUSALUD.

ESPECIALISTA 5: La seguridad social en su conjunto busca proteger a la familia y parte de ello es la Unión de Hecho y antiguamente existía un juramento decisorio. A nivel administrativo la voluntad de las partes si debe materializarse en un documento formal o cierto, la Corte Suprema ha tomado como referente y prueba la declaración jurada de concubinato ante Essalud, sin embargo también se han visto muchos casos de uniones de complacencia y eso aumenta el riesgo moral.

Es necesario cuidar los recursos de Essalud y el correcto otorgamiento de prestaciones a los que tiene condición de asegurados legítimos. Lamentablemente en la fiscalización posterior se visto una gran cantidad de afiliaciones fraudulentas, por ello es una buena medida solicitar el reconocimiento de unión de hecho para la afiliación de los concubinos.

Los recursos de Essalud – Art. 4, del Reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social en salud, el cual señala que los recursos provienen de las contribuciones de los empleadores e ingresos propios que la institución recaude.

Uniones de hecho – Art. 326 del Código Civil. La unión de hecho, voluntariamente realizada y mantenida por un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, para alcanzar finalidades y cumplir deberes semejantes a los del matrimonio, origina una sociedad de bienes que se sujeta al régimen de sociedad de gananciales, en cuanto le fuere aplicable, siempre que dicha unión haya durado por lo menos dos años continuos.

ESPECIALISTA 1: No es viable puesto que al adquirir la mayoría de edad ya puede laborar, entonces si no lo hace y por ende no tiene un seguro, el Estado se lo brinda mediante un régimen subsidiado.

ESPECIALISTA 2: Se está de acuerdo, pero con un límite de edad y con estudios exitosos

ESPECIALISTA 3: No sería una buena medida porque es un grupo considerable que estaríamos agregando a la carga de Essalud.

ESPECIALISTA 4: Para ello se cuenta con el SIS, que evaluara la condición

No es viable prorrogar la cobertura a los hijos que adquieren mayoría de edad puesto que al adquirir capacidad de ejercicio pueden ingresar a laborar o contratar un seguro privado, es más pueden ingresar al régimen subsidiado.

Capacidad de ejercicio - Art. 42 del Código Civil el cual indica que a partir de la mayoría la persona adquiere capacidad plena y responsabilidad absoluta de su actos.

socioeconómica del joven y con ello lo puede afiliar. No es viable prorrogarlo.

ESPECIALISTA 5: Si debería ampliarse la cobertura a los hijos que adquieren la mayoría de edad, previo estudio actuarial. Son personas que aún están en formación y de no darles protección estaríamos alentando a relación laborales atípicas a fin de adquirir un seguro.

ESPECIALISTA 1: Es cuestión de coordinar con los regímenes para ver sistemas de continuidad, pero reafirmamos que más importante que eso es atacar el problema de raíz, que es comprender que el seguro regular es mucho más completo que cualquier otro seguro.

ESPECIALISTA 2: Cada persona debe tener la facultad de elegir a que régimen pertenecer, pero la norma no lo establece así.

ESPECIALISTA 3: Se debería flexibilizar esa renuncia por esos tres meses, pero se debe estudiar la normativa.

ESPECIALISTA 4: Se considera conveniente teniendo en cuenta la condición del derechohabiente y su necesidad hasta que venza la carencia

ESPECIALISTA 5: La seguridad social vela por tener a la familia unida, desde un enfoque de protección. Las reglas son claras, y el derecho del titular se extiende a sus derechohabientes, esto no se puede desviar.

Se debe respetar la figura del derechohabiente establecido por Ley, de esa forma se garantiza la protección y el acceso a las prestaciones, sin embargo se podría evaluar también la posibilidad de que en situaciones excepcionales se permita excluirlo del seguro regular cuando este no cubre su necesidad.

Asegurados regulares - Art. 30 del Reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social de salud. el cual nos señala sobre los asegurados regulares y quienes lo conforman.

ESPECIALISTA 1: Essalud debe cautelar sus recursos teniendo certeza de que se brinda atención a quien corresponde, y si es necesario que Essalud evalúe los casos de hijos mayores incapacitados para laborar, puesto que en CONADIS ni en MINSa se manejan esos criterios.

ESPECIALISTA 2: Existe mucha corrupción en ello, se falsifican muchos certificados entonces si es necesario que Essalud se encargue de la evaluación

ESPECIALISTA 3: Los informes del MINSa pueden ser referenciales, pero no determinantes, Essalud debe evaluar eso a través de sus comisiones médicas.

ESPECIALISTA 4: Essalud debe continuar siendo el filtro en ese tipo de evaluaciones.

Es necesario que Essalud continúe evaluando los casos de hijos mayores incapacitados para el trabajo puesto que es Essalud la entidad que prestará los servicios y así se llevaría el control de dichas afiliaciones.

Asegurados regulares - Art. 30, Reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social de salud. el cual nos señala sobre los asegurados regulares y quienes lo conforman.

ESPECIALISTA 5: Siempre debe existir una regla de valoración al asegurado, y debe ser de Essalud ya que ni el MINSA ni el CONADIS será los financiadores ni prestadores.

ESPECIALISTA 1: El subsidio es una realidad en nuestro país, pero el Estado busca es que no siempre sea así, sino que las personas e algún momento se puedan valer por sí solas.

ESPECIALISTA 2: Los subsidios deben ser solo para los de bajos recursos, hay casos que son brindados a aquellos que no merecen.

ESPECIALISTA 3: Con el paso del tiempo el tema del subsidio se debe disminuir, por ahora se debe trabajar más en el tamizaje de las personas que pueden o no ingresar a los programas sociales.

ESPECIALISTA 4: Se debe potenciar más aún el filtro de personas que pueden ingresar al programa social. El estado ha pensado en el subsidio como medio de protección.

ESPECIALISTA 5: Si bien la norma le da esta denominación, la palabra subsidio tiende a entenderse como caridad y no lo es, es un derecho.

El subsidio es una realidad en nuestro país, sin embargo se debe potenciar mucho más el sistema de filtro para los programas sociales.

Los Regímenes y criterios de afiliación – Art. 78, Reglamento de la Ley marco de aseguramiento universal en salud. Se refiere a la exclusividad de la afiliación a un régimen determinado y la evaluación de la calificación socio económica a cargo del Sistema de Focalización de Hogares.

ESPECIALISTA 1: Se debe revisar a fondo estos principios y mejorar, para prevenir este tipo de “vacíos” o “espacios” y darle prioridad al principio de universalidad sin desnaturalizar los regímenes.

ESPECIALISTA 2: Se debe dar el derecho a elegir entre el SIS y Essalud.

ESPECIALISTA 3: Al implementar la ley de aseguramiento universal se debió analizar esta casuística, ver un mecanismo para que se le brinde protección al asegurado que está en periodo de carencia y que tenía ya un seguro subsidiado.

ESPECIALISTA 4: Se vulnera el derecho a atención inmediata y viendo que no está en condiciones de costear sus atenciones, su seguro debería cubrirlas.

ESPECIALISTA 5: Nuestro ordenamiento jurídico contempla los contratos temporales y las modalidades formativas, el hecho de tener un contrato de esa naturaleza no de garantiza una protección en salud. En ese sentido si se vulneran estos derechos.

Se debe proteger el derecho del usuario a una cobertura médica en salud mediante un seguro determinado, considerando el principio de universalidad. la continuidad cobertura del régimen subsidiado para los asegurados regulares en periodo de carencia debería ser contemplada bajo el principio de universalidad.

Principio de Universalidad – Art. 4, inciso 1, TUO de Ley marco de aseguramiento universal en salud. Se refiere a la cobertura médica a todo ciudadano por un tipo de seguro determinado sin discriminación alguna.

ESPECIALISTA 1: Se debe manejar mejor el tema de filtración, puesto que hay personas que están en el SIS y nos les corresponde, pero también es importante fomentar la cultura de aseguramiento para el futuro de la persona y dejar los programas de gobierno para quienes realmente lo necesitan

ESPECIALISTA 2: Se debe hacer un mejor análisis y ver que las personas que están en situación de extrema pobres si accedan al servicio.

ESPECIALISTA 3: Es oportuno, siempre y cuando este bien identificado el sector.

ESPECIALISTA 4: Es oportuno porque el SISFOH evalúa de forma periódica para ver la condición socio económica.

ESPECIALISTA 5: Se debe mejorar el sistema de control y la verificación de la condición del asegurado, no solo en Essalud, también debe darse en el SIS. El sentido del régimen subsidiado es brindar cobertura a personas de escasos recursos.

El Estado busca la protección de las personas que menos ingresos tienen, en base a ese criterio es que los sectores considerados pobres o extremo pobres ingresan masivamente al régimen subsidiado, sin embargo, se debe mejorar el sistema de tamizaje y sectorización.

El Estado y su política de salud – Art. 9, en la Constitución Política del Perú. Se refiere al rol del Estado en la política de salud.

ESPECIALISTA 1: Se puede plantear una continuidad entre regímenes, pero también se debe estudiar la sostenibilidad financiera.

ESPECIALISTA 2: No habría inconveniente para el SIS, debería proteger a este usuario por esos tres meses.

ESPECIALISTA 3: Es viable que el SIS asuma esa responsabilidad abajo su criterio de protección.

ESPECIALISTA 4: No se considera viable porque el seguro al cual está afiliado debe ser completo. Si en SUSALUD no registra el SIS si puede coberturar.

ESPECIALISTA 5: El SIS debe cubrir las atenciones de su ex afiliado que se encuentra en el seguro regular pero en periodo de carencia, de otro modo Essalud no puede cubrirlo porque la carencia tiene una explicación actuarial para evitar el abuso, oportunismo y desfinanciamiento del régimen contributivo.

Es viable que el régimen subsidiado brinde cobertura médica mientras dure el periodo de carencia del nuevo afiliado al seguro regular, teniendo en cuenta que la persona ya había calificado para el régimen subsidiado. De no ser así, si existiría desprotección puesto que la carencia del régimen contributivo no puede ser soslayada.

Principio de Universalidad – Art. 4, inciso 1, TULO de Ley marco de aseguramiento universal en salud. Se refiere a la cobertura médica a todo ciudadano por un tipo de seguro determinado sin discriminación alguna.

ESPECIALISTA 1: No es impedimento, porque el SCTR es un seguro complementario al igual que el seguro de vida.

El SCTR y los otros seguros complementarios no son

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Art.

<p>ESPECIALISTA 2: Son temas diferentes, otros criterios.</p> <p>ESPECIALISTA 3: El SCTR y el seguro de vida son a libre elección, no es impedimento.</p> <p>ESPECIALISTA 4: No es impedimento estar afiliado al SCTR, para calificar al SIS.</p> <p>ESPECIALISTA 5: El término "trabajo" da a entender que existe relación laboral y por ende ingresos, se configuraría un impedimento para ingresar al SIS.</p>	<p>impedimentos para una calificación a un seguro subsidiado.</p>	<p>82 del Reglamento de la Ley de modernización de la seguridad social de salud. Se refiere al seguro que cubrirá contingencias producto de un accidente o enfermedad laboral. Es obligatorio cuando la actividad a desempeñar involucra riesgo.</p>
<p>ESPECIALISTA 1: El periodo de carencia es una forma de protección al mismo seguro, porque el objetivo del seguro es afiliar gente sana y no enferma, de lo contrario debe transcurrir la carencia a modo de garantía.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Aparte de la carencia, se debería contemplar el periodo de espera para los que tienen diagnósticos pre existentes.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Por un principio de uniformidad la carencia debe ser para todos los seguros o para nadie.</p> <p>ESPECIALISTA 4: Es necesario el periodo de carencia porque sirve como soporte ante los gastos que se efectuarían a futuro.</p> <p>ESPECIALISTA 5: En los seguros contributivos y semicontributivos si debe existir el periodo de carencia por los riesgos.</p>	<p>El periodo de carencia es necesario para todos los seguros en salud de naturaleza contributiva o semicontributiva porque sirven como garantía o soporte para las futuras atenciones que pueden recibir los asegurados.</p>	<p>Derecho de cobertura, Art. 82 del Reglamento de la Ley N° 29344, establece el periodo de carencia para el régimen contributivo y semicontributivo en salud.</p> <p>Derecho de cobertura, Art. 35 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de modernización de la seguridad social en salud, que indica sobre los tres meses de aportación que debe tener el usuario para gozar de cobertura plena en el seguro regular, salvo que por su antigüedad se pueda aplicar el criterio de acreditación complementaria.</p>
<p>ESPECIALISTA 1: Esto se trabaja a nivel de consulados, la articulación de aportes no solo en salud, sino también en pensión, si deben existir convenios para proteger a la ciudadanía.</p> <p>ESPECIALISTA 2: Se requiere un estudio más riguroso, para ver los fondos.</p> <p>ESPECIALISTA 3: Si debería haber convenios para proteger al asegurado en el país que se encuentre, pero se necesita todo un estudio para ello.</p> <p>ESPECIALISTA 4: El SIS solo atiende a los ciudadanos dentro del territorio nacional, pero se considera que también debería haber convenios</p> <p>ESPECIALISTA 5: Actualmente el Estado se está enfocando más en la</p>	<p>Se requiere hacer estudios y evaluar la posibilidad de celebrar más convenios con otros países respecto a seguros de salud.</p>	<p>El Estado y su política de salud – Art. 9, de la Constitución Política del Perú. Se refiere al rol del Estado en la política de salud.</p>

ampliación de cobertura en el seguro social de pensiones en reconocimiento a la Lex Loci, se está dando mayor prioridad que al seguro de salud.

ESPECIALISTA 1: Aquí se ve un tema de progresividad y prioridad a las personas que están en el país, mas no las que están de tránsito.

ESPECIALISTA 2: Es un exceso que no se considere otro documento que no sea DNI o carnet de extranjería.

ESPECIALISTA 3: Se debe ver porque el ciudadano continua con pasaporte y porque no tramito su carnet de extranjería. se puede usar pasaporte, pero poniendo un tope en su afiliación a fin de que regularice

ESPECIALISTA 4: No debe incluirse el pasaporte porque es un documento temporal, pero también se puede afiliar excepcionalmente a las personas indocumentadas cuando están en peligro.

ESPECIALISTA 5: La Ley de AUS se refiere a la residencia, mas no a las personas que están de tránsito

La prioridad es la afiliación al régimen subsidiado es a los peruanos y residentes nacionalizados, no aquellas personas que están solo de tránsito.

Afiliados al régimen subsidiado – Art. 80, Reglamento de la ley marco de aseguramiento universal en salud. que se refiere a que los afiliados del SIS, serán personas en situación de pobreza o pobreza extrema, peruanos o extranjeros nacionalizados y aquellos que no pertenezcan a los otros regímenes de salud.

Tabla N° 3

Categorización de resultados por objetivos

INTERPRETACIÓN	SUB CATEGORIA	PROPUESTA
<p>Essalud administra el régimen contributivo de la seguridad social en salud, por ello debe ser muy cuidadoso en administrar dichos recursos y respetar la intangibilidad de los mismos, es decir, no coberturar situaciones que no están previstas en la ley para evitar problemas financieros de la institución; sin embargo, se deben establecer mecanismos para brindar protección al usuario que se encuentra en periodo de carencia pero dicha medida no puede venir de Essalud. El periodo de carencia se encuentra internacionalmente reconocido.</p>	<p>TRABAJADORES ACTIVOS</p>	<p>Se reafirma la importancia de cautelar los recursos de la seguridad social respetando la intangibilidad de los mismos y el cumplimiento de coberturar las contingencias previstas en la ley, por ello, es importante respetar el periodo de carencia como respaldo al ente financiador; por ello el Estado debe establecer mecanismos para proteger al asegurado en situaciones de indefensión.</p>
<p>No debe existir el límite o base imponible máxima para la contribución social de los trabajadores del régimen CAS, porque se atenta contra los recursos del seguro social y el principio de solidaridad.</p>		<p>Se propone establecer mecanismos entre el SIS y ESSALUD para que el afiliado al seguro regular que tuvo un seguro gratuito puede tener cobertura médica por el SIS mientras dure su periodo de carencia.</p>
<p>La cobertura especial por desempleo se da en razón a los aportes que se realizó cuando existían vínculo laboral, en la vigencia de la latencia no se efectúa ningún aporte, por ende no es conveniente para Essalud ampliar dicha cobertura que de por sí ya trae altos costos para la institución.</p>		<p>Se propone modificar el art.06, literal k) de la Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del régimen especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga derechos laborales, los cuales señalan que las contribuciones a ESSALUD tienen como base imponible máxima el 30% de la UIT, con la finalidad de homologar dicha contribución al igual que los demás regímenes.</p>
<p>La facultad de poder renunciar a la cobertura especial por desempleo fue una decisión acertada del seguro social, la cual ayudo a muchos usuarios que necesitaban acceder al régimen subsidiado en salud y no podían hacerlo por tener esta cobertura adicional en el seguro regular. Algunos especialistas consideran que no se debe renunciar, sin embargo prima el interés mayor y los resultados que en la práctica se han dado.</p>		<p>Se propone establecer alianzas de trabajo entre ESSALUD, SUNAT y el MTPE para evitar las afiliaciones indebidas, fortaleciendo el filtro y el modo o forma de registro.</p>
<p>Se debe trabajar articuladamente entre Essalud, SUNAT y el MTPE, para fiscalizar la existencia de relaciones laborales reales. Essalud</p>		

debe repotenciar de forma técnica su labor en la verificación de la condición de entidades empleadora y trabajadores para detectar las afiliaciones indebidas que perjudican al seguro social.

Se debe desarrollar la cultura de prevención y enseñar a comprender la importancia de contar con un seguro en salud, ya que no es correcto que por cubrir una necesidad en el momento se tomen decisiones desesperadas como renunciar al trabajo para perder a propósito el seguro regular.

El seguro social debe cuidar sus recursos y una forma de hacerlo es con la correcta distribución de la población asegurada a nivel nacional a través de la adscripción para efectos de un control en las prestaciones asistenciales. La adscripción de los usuarios, sin distinción alguna, se basa en la dirección que estos tengan en su DNI y se debe acudir a los centros de atención primaria. se podría dar a elegir el centro asistencial a los adultos mayores, pero es un asunto a largo plazo.

El derecho a la seguridad social en salud lo genera el titular del seguro. El titular, al perder dicho derecho también lo pierde su familia. Nuestra legislación no aborda la transmisibilidad de derechos previsionales en salud ante el fallecimiento del titular.

Es importante que PADOMI contemple también como su grupo de protección poblacional a los asegurados postrados o inválidos que no necesariamente son adultos mayores.

No es pertinente que se le anule inmediatamente el seguro subsidiado si se encuentra vinculado a un seguro regular, se debe analizar la situación del paciente y también proteger la naturaleza de los regímenes de financiamiento.

Es necesario cuidar los recursos de Essalud y el correcto otorgamiento de prestaciones a los que tiene condición de asegurados legítimos. Lamentablemente en la fiscalización posterior se visto una gran cantidad de afiliaciones fraudulentas, por ello es una buena medida solicitar el reconocimiento de unión de hecho para la afiliación de los

PENSIONISTAS

Se reafirma la importancia de establecer micro redes y determinar la adscripción del asegurado acorde al domicilio señalado en su DNI.

Se propone que Essalud aperture el acceso a los asegurados “no adultos mayores”, sean pensionistas o derechohabientes al PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA – PADOMI, que estén postrados o imposibilitados de acudir a su centro asistencial.

DERECHOHABIENTES

Se reafirma la necesidad de controlar la correcta afiliación a la seguridad social, con los requisitos que demuestren el vínculo familiar o consanguíneo con el titular. El reconocimiento de unión de hecho es indispensable para el caso de concubinos. De igual manera respetar el criterio de los derechohabientes acorde a Ley, para salvaguardar los fondos de la seguridad social en salud. Los hijos sin incapacidad o discapacidad para laborar solo son derechohabientes “hijos” hasta cumplir la mayoría de

concubinos.

No es viable prorrogar la cobertura a los hijos que adquieren mayoría de edad puesto que al adquirir capacidad de ejercicio pueden ingresar a laborar o contratar un seguro privado, es más pueden ingresar al régimen subsidiado.

Se debe respetar la figura del derechohabiente establecido por Ley, de esa forma se garantiza la protección y el acceso a las prestaciones, sin embargo se podría evaluar también la posibilidad de que en situaciones excepcionales se permita excluirlo del seguro regular cuando este no cubre su necesidad.

Es necesario que Essalud continúe evaluando los casos de hijos mayores incapacitados para el trabajo puesto que es Essalud la entidad que prestará los servicios y así se llevaría el control de dichas afiliaciones.

El subsidio es una realidad en nuestro país, sin embargo se debe potenciar mucho más el sistema de filtro para los programas sociales.

Se debe proteger el derecho del usuario a una cobertura médica en salud mediante un seguro determinado, considerando el principio de universalidad. la continuidad cobertura del régimen subsidiado para los asegurados regulares en periodo de carencia debería ser contemplada bajo el principio de universalidad.

El Estado busca la protección de las personas que menos ingresos tienen, en base a ese criterio es que los sectores considerados pobres o extremo pobres ingresan masivamente al régimen subsidiado, sin embargo, se debe mejorar el sistema de tamizaje y sectorización.

Es viable que el régimen subsidiado brinde cobertura médica mientras dure el periodo de carencia del nuevo afiliado al seguro regular, teniendo en cuenta que la persona ya había calificado para el régimen subsidiado. De no ser así, si existiría desprotección puesto que la carencia del régimen contributivo no puede ser soslayada.

edad.

Se propone generar mecanismos entre instituciones de salud (IAFAS e IPRESS) para no discontinuar la atención del usuario en situaciones de riesgo.

PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS

Se reafirma la necesidad de que Estado brinde protección en salud a todos los ciudadanos y garantice el acceso a la salud, considerando el principio de universalidad.

Se propone repotenciar los sistemas de filtro y selección de personas para los programas sociales, para evitar un aprovechamiento indebido.

PERSONAS SIN SEGURO MÉDICO

Se reafirma la importancia de que todo seguro que maneja fondos prevenientes de pagos y/o aportaciones de empleadores o asegurados debe tener un periodo de carencia para amortiguar las futuras prestaciones del asegurado.

El SCTR y los otros seguros complementarios no son impedimentos para una calificación a un seguro subsidiado.

El periodo de carencia es necesario para todos los seguros en salud de naturaleza contributiva o semicontributiva porque sirven como garantía o soporte para las futuras atenciones que pueden recibir los asegurados.

Se requiere hacer estudios y evaluar la posibilidad de celebrar más convenios con otros países respecto a seguros de salud.

La prioridad es la afiliación al régimen subsidiado es a los peruanos y residentes nacionalizados, no aquellas personas que están solo de tránsito.

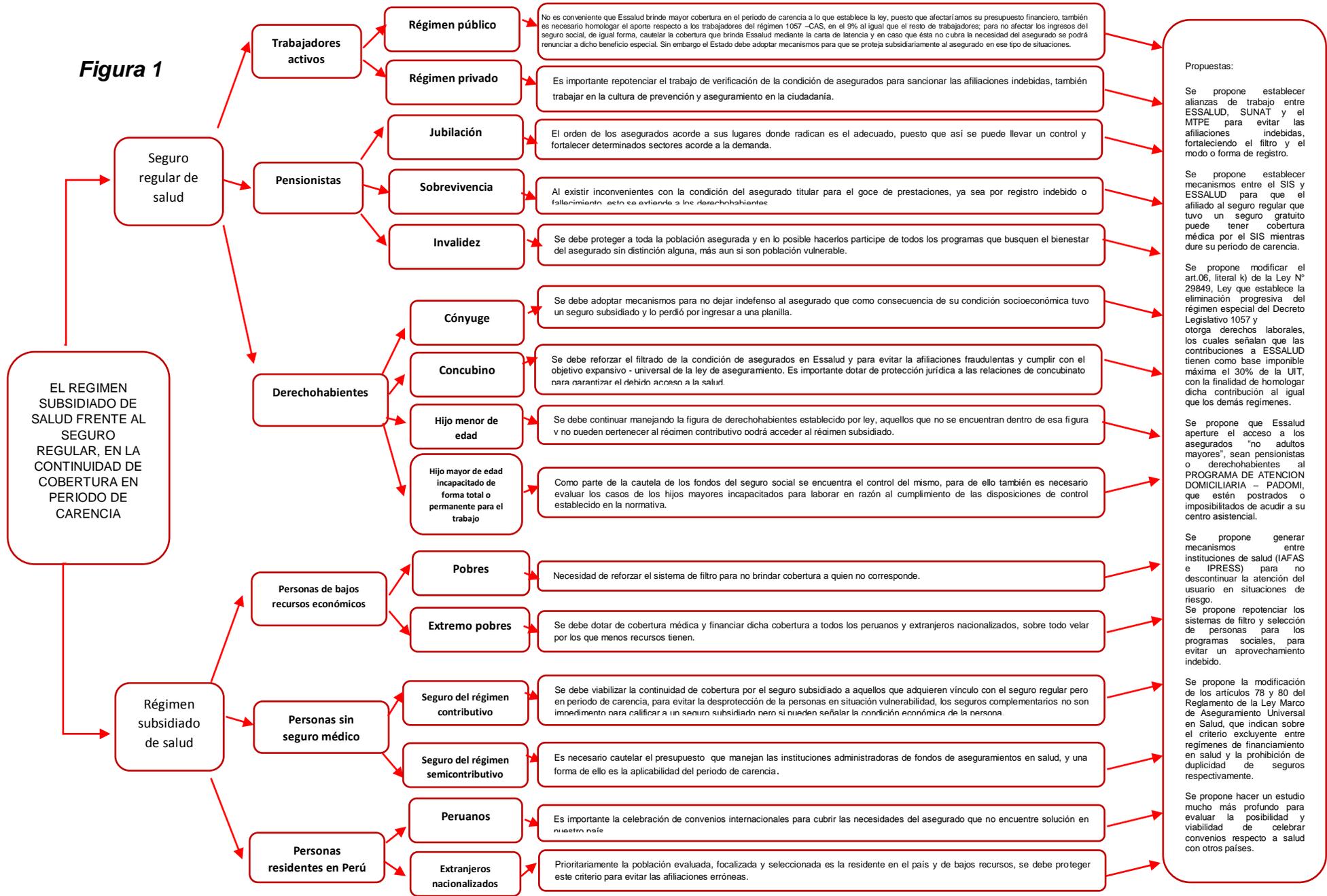
PERSONAS RESIDENTES EN PERÚ

Se propone la modificación de los artículos 78 y 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que indican sobre el criterio excluyente entre regímenes de financiamiento en salud y la prohibición de duplicidad de seguros respectivamente.

Se reafirma que el régimen subsidiado es para los peruanos y extranjeros nacionalizados, en base a un orden de prioridad e intereses nacionales.

Se propone hacer un estudio mucho más profundo para evaluar la posibilidad y viabilidad de celebrar convenios respecto a salud con otros países.

Figura 1



3.2. Discusión de Resultados

Primero:

En la investigación se arribó a que no es conveniente que Essalud brinde mayor cobertura en el periodo de carencia a lo que establece la ley, puesto que afectaríamos su presupuesto financiero, también es necesario homologar el aporte respecto a los trabajadores del régimen 1057 – CAS, en el 9% al igual que el resto de trabajadores; para no afectar los ingresos del seguro social, de igual forma, cautelar la cobertura que brinda Essalud mediante la carta de latencia y en caso que ésta no cubra la necesidad del asegurado se podrá renunciar a dicho beneficio especial. Sin embargo el Estado debe adoptar mecanismos para que se proteja subsidiariamente al asegurado en ese tipo de situaciones; lo cual concuerda con la investigación realizada por Alfageme (2011) quien desarrolló su artículo científico titulado “Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú” y en una de sus conclusiones señala que el desarrollo del nuevo modelo de aseguramiento universal plantea la necesidad de estrategias que ayuden a desarrollar instituciones sólidas y adecuadas al nuevo modelo y mecanismos sostenibles de asignación de recursos financieros.

Por lo tanto, coincidimos que para lograr un adecuado modelo de aseguramiento universal en salud se debe repotenciar a las entidades del sector público que brindan servicios de salud y salvaguardar el correcto manejo, destino y uso del presupuesto destinado para tal fin; por ello Essalud debe ser muy cauteloso en coberturar contingencias que requiere la población asegurada dentro del marco de la cobertura que le corresponda a dicho asegurado, respetando el periodo de carencia. También se debe homologar el aporte que realizan las entidades del estado respecto a los trabajadores del régimen de Contratación Administrativa de Servicios, para que no se vulnere el principio de solidaridad, puesto que este grupo de trabajadores también reciben la misma cobertura en el seguro de salud, pero esta situación requiere el apoyo del poder legislativo. La situación de indefensión del usuario de aseguramiento debe ser prevista y subsidiada por el Estado, siempre y cuando se cumplan con los requisitos previstos por la norma y se encuentre demostrada dicha problemática.

Segundo:

En esta investigación se arribó a que es importante repotenciar el trabajo de verificación de la condición de asegurados para sancionar las afiliaciones indebidas, también trabajar en la cultura de prevención y aseguramiento en la ciudadanía; lo cual concuerda con la investigación realizada por Alfageme (2011) quien desarrolló su artículo científico titulado “Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú” y en una de sus conclusiones señala sobre la importancia de desarrollar una cultura de aseguramiento para incorporarse en mayor número al sistema contributivo.

Por lo tanto; desarrollar una cultura de aseguramiento es también que el ciudadano comprenda la importancia de la prevención y no esperar a estar enfermo o requerir una operación para buscar recién y toda costa afiliarse a un seguro médico, de esta manera también se evitaría las afiliaciones indebidas puesto que dichas afiliaciones se da por la necesidad del usuario y la mala praxis que se da en algunas entidades involucradas, también dicha responsabilidad recae en algunos empleadores que son concedores de esa condición de trabajador “ficticia” y a pesar de ello realizan dicho registro burlando el marco legal.

Tercero:

En la investigación se llegó a determinar que el orden de los asegurados acorde a sus lugares donde radican es el adecuado, puesto que así se puede llevar un control y fortalecer determinados sectores acorde a la demanda; lo cual concuerda con la investigación realizada por Alfageme (2011) quien desarrolló su artículo científico titulado “Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú” y en una de sus conclusiones señala sobre los mecanismos sostenibles de asignación de recursos financieros.

Por lo tanto debemos indicar que Essalud brinda cobertura médica a toda la población asegurada y al grupo poblacional que requiere cobertura médica como el caso de los bomberos, y otros establecidos por ley, sin embargo se debe respetar el criterio de adscripción medica establecido por la institución lo cual es

acorde a la dirección domiciliaria de cada asegurado, con la finalidad de llevar un correcto control de cuáles son los sectores poblaciones que requiere mejoría en cuento a los servicios brindados.

Cuarto:

En la investigación se arribó que al existir inconvenientes con la condición del asegurado titular para el goce de prestaciones, ya sea por registro indebido, o fallecimiento, esto se extiende a los derechohabientes; lo cual concuerda con la tesis de Vargas (2009) titulada “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia”, la cual en uno de los puntos de sus conclusiones señala sobre la pérdida de cobertura en el aseguramiento por problemas de doble afiliación, y entre otras situaciones tanto para el titular y beneficiarios.

Por lo tanto, coincidimos en que la condición del asegurado titular afectará a los derechohabientes, si éste tiene goce integral de prestaciones, es decir, no está sujeto al periodo de carencia lo mismo sucederá para su familia beneficiaria, pero si se tratara de una cobertura que no corresponde o que jamás debió haber sido otorgada la desvinculación con la seguridad social también es para los derechohabientes.

Quinto:

En la investigación se llegó a determinar que se debe proteger a toda la población asegurada y en lo posible hacerlos participe de todos los programas que busquen el bienestar del asegurado sin distinción alguna, más aún si son población vulnerable; que concuerda con la tesis de Chávez, Navarro y Prada (2007) titulada “Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud”, que en su conclusión arribó a que existe discriminación a la población pobre por razones socioeconómicas, geográficas y de otra índole,

Por lo tanto, se debe procurar que toda la población asegurada participe de los diferentes programas que pertenecen a su tipo de seguro, tal es el caso de

Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI de Essalud que es destinado a las personas adulto - mayores, pero es conveniente que también se logre el acceso de las personas que no son adulto - mayores pero están en situación de invalidez o se encuentran postrados, teniendo en cuenta que muchos de ellos viven en lugares distantes a un centro de salud.

Sexto:

En esta investigación se arribó a que se debe adoptar mecanismos para no dejar indefenso al asegurado que como consecuencia de su condición socioeconómica tuvo un seguro subsidiado y lo perdió por ingresar a una planilla; lo cual concuerda con la investigación realizada por Castro (2009) que en su artículo “Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú”, donde arribó a la conclusión que se debía emprender una real reforma financiera del sector salud, que se concrete en un efectivo aseguramiento universal en salud como parte de una política integral de protección social basada en derechos, hacia la seguridad social universal.

Respecto a ello, la verdadera reforma en salud se dará cuando se logre brindar protección a quienes realmente la necesitan, indistintamente al régimen de financiamiento al que pertenezcan puesto que la necesidad frente a las contingencias de salud no discrimina situación socioeconómica. Sin embargo, en los casos donde la persona no cuenta con ingresos suficientes es necesario brindar mayor atención por su propia situación vulnerable. Por lo tanto, coincidimos en que el Estado a través del SIS debe proteger a la persona que se encuentra en situación de indefensión por haber perdido su vínculo con el seguro subsidiado y adquirido un seguro regular en periodo de carencia, con la finalidad de que se cumpla el criterio de protección de las personas en situación de vulnerabilidad y se supere esa situación de indefensión.

Séptimo:

En la investigación se arribó a que se debe reforzar el filtrado de la condición de asegurados en Essalud y para evitar las afiliaciones fraudulentas y cumplir con el objetivo expansivo - universal de la ley de aseguramiento. Es importante dotar de protección jurídica a las relaciones de concubinato para garantizar el debido acceso a la salud; que concuerda con la investigación realizada por Barboza (2009) quien en su artículo titulado “El aseguramiento universal en el Perú: La reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos”, en cuyas conclusiones señala que para la OMS lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud, sin embargo la Ley AUS se caracteriza por la satisfacción del interés económico, financiero y administrativo.

La relación del presente resultado y la conclusión del artículo precitado se generan en la perspectiva y expectativa que todo ciudadano tiene frente a un sistema de salud, esto es “el acceso a las prestaciones” y parte de dicho acceso corresponde a determinar los agentes involucrados para recibir dichas prestaciones, es decir, el titular y sus derechohabientes. Nadie más que ellos para lograr una correcta prestación. Es por ello que Essalud de forma periódica verifica la relación jurídica de los asegurados y sus empleadores, y no como un tema meramente administrativo o por el simple hecho de evitar menoscabo en sus fondos de aseguramiento (interés económico) sino cautelar el sentido de la seguridad social y la protección de aquellos que cumplen con la condición de asegurado y requieren los servicios. Del mismo modo, el régimen subsidiado brinda la cobertura a quienes cumplen las condiciones para ser comprendidos dentro de su población asegurada.

Octavo:

En la investigación se llegó a determinar que se debe continuar manejando la figura de derechohabientes establecido por ley, aquellos que no se encuentran dentro de esa figura y no pueden pertenecer al régimen contributivo

podrá acceder al régimen subsidiado, y esto concuerda con la tesis de Chávez, Navarro y Prada (2007) titulada “análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud”; que menciona en sus conclusiones sobre la no oportunidad de acceso a los servicios de salud ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud a causa de muchos factores, entre ellos el desempleo.

Por lo tanto, podemos señalar que todos aquellos que no pueden pertenecer al régimen contributivo, puesto que este régimen involucra a todos aquellos que están en planilla y los que pagan un seguro privado; podrán acceder al régimen subsidiado. Los titulares del seguro regular generan un vínculo irrenunciable para con su derechohabiente.

Noveno:

En la investigación se arribó a que como parte de la cautela de los fondos del seguro social se encuentra el control del mismo, para de ello también es necesario evaluar los casos de los hijos mayores incapacitados para laborar en razón al cumplimiento de las disposiciones de control establecido en la normativa, y esto concuerda con la tesis de Almeida, Montañez, Arguello y Rangel (2009) sustentaron la tesis titulada “Diagnostico del cumplimiento de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander en su componente ente territorial - aseguradora en el año 2008”; que indica en una de sus conclusiones que es necesario seguir a cabalidad los lineamientos y ejecutar las acciones, requerimientos y demás solicitudes que realizan los diferentes órganos de control establecidos por la ley.

Por lo tanto, se confirma que debe existir siempre el control de los servicios brindados a los asegurados y manejar los criterios de aseguramiento que corresponde, por ello Essalud debe seguir encargándose de la evaluación de los hijos mayores incapacitados de forma total o permanente para el trabajo, porque así sería muy cuidadoso respecto a las posibles afiliaciones fraudulentas que se podrían suscitar.

Decimo:

En la investigación se llegó a determinar que es necesario necesidad de reforzar el sistema de filtro para no brindar cobertura a quien no corresponde, esto concuerda con la tesis de Atehortua (2010) titulada “Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín – Colombia”; que señala que el tema de la focalización deber ser reforzado y se deben hacer esfuerzos para ello.

Por lo tanto, es indispensable fortalecer los mecanismos de tamizaje y selección de asegurados para brindar cobertura médica en el tipo de régimen de financiamiento que corresponde y no se afecte el presupuesto el Estado.

Décimo primero:

En la presente investigación se llegó a qué se debe dotar de cobertura médica y financiar dicha cobertura a todos los peruanos y extranjeros nacionalizados sobre todo velar por los que menos recursos tienen, esto concuerda con la tesis de tesis de Atehortua (2010) titulada “Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín – Colombia”; señala que el seguro subsidiado tiene impacto positivo y el acceso a los servicios de salud registra también indicadores positivos en la población.

Por lo tanto, vemos que es necesario mantener los indicadores de acceso a la salud en positivo, es decir que cada vez llegue a mayores grupos poblacionales y sobre todo proteja a quienes menos recursos tienen para garantizar una vida digna en cuanto a satisfacción de necesidades básicas, como la salud.

Décimo segundo:

En la investigación se arribó a que se debe viabilizar la continuidad de cobertura por el seguro subsidiado a aquellos que adquieren vínculo con el seguro regular pero en periodo de carencia, para evitar la desprotección de la personas en situación vulnerabilidad, los seguros complementarios no son impedimento para calificar a un seguro subsidiado pero si pueden señalar la condición

económica de la persona, y concuerda con la tesis de Vargas (2009) titulada “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia” que en una de sus conclusiones nos dice el aseguramiento en Colombia falla como facilitador del acceso a los servicios de salud no solo por los problemas para extender la afiliación a toda la población, sino por el bajo nivel de cobertura de prestaciones del seguro subsidiado y la discontinuidad en el aseguramiento.

Por ello podemos decir que es necesaria la articulación de regímenes de financiamiento en salud para evitar estas fallas y garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, en todos sus aspectos, dentro del marco de la ley. Al solicitar un trabajo articulado entre regímenes nos referimos a plantear una continuidad de cobertura médica.

Décimo tercero:

La investigación llegó al punto importante de considerar que es necesario cautelar el presupuesto que manejan las instituciones administradoras de fondos de aseguramientos en salud, y una forma de ello es la aplicabilidad del periodo de carencia, lo cual se relaciona con la tesis de Almeida, Montañez, Arguello y Rangel (2009) titulada “Diagnostico del cumplimiento de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander en su componente ente territorial - aseguradora en el año 2008” que a su vez indica en sus conclusiones que se debe realizar mayor seguimiento a la prestación de los servicios de salud a los usuarios, seguimiento al pago de la red prestadora y más temas relacionados con este componente de seguridad social.

Por lo tanto, confirmamos que es sumamente importante la existencia del periodo de carencia para garantizar el equilibrio de fondos de aseguramiento que manejan las entidades involucradas como una especie de garantía para las prestaciones futuras, de igual manera es primordial velar por el cumplimiento de los aportes o contribuciones que deben realizar para que la cobertura sea posible.

Décimo cuarto:

En la presente investigación arribamos a que es importante la celebración de convenios internacionales para cubrir las necesidades del asegurado que no encuentre solución en nuestro país, esto se relaciona con la tesis de Almeida, Montañez, Arguello y Rangel (2009) titulada “Diagnostico del cumplimiento de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander en su componente ente territorial - aseguradora en el año 2008”, que en sus conclusiones indica la importancia del seguimiento a los procesos que enmarcan el desarrollo del régimen subsidiado.

Por lo tanto, entendemos que dicho desarrollo será posible cuando se garantice la cobertura integral a la población asegurada, dentro y fuera del país y para ello es necesario que se realicen estudios actuariales y presupuestales para hacer posible la celebración de convenios internacionales.

Décimo quinto:

Como última discusión, la presente investigación arribó a que prioritariamente la población evaluada, focalizada y seleccionada es la residente en el país y de bajos recursos, se debe proteger este criterio para evitar las afiliaciones erróneas, que concuerda con la tesis de Vargas (2009) titulada “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia”, puesto que nos indica sobre los problemas comunes en seguros públicos no universales subsidiados de tipo focalizados como la selección errónea de los beneficiarios

Por ello indicamos que la prioridad para la selección, focalización y como consecuencia de ello la afiliación al régimen subsidiado son los peruanos y extranjeros nacionalizados residentes en el país, por ello es necesario un correcto desarrollo de filtrado para evitar las afiliaciones erróneas.

3.3. Conclusiones

Primero:

Para lograr un adecuado modelo de aseguramiento universal en salud se debe repotenciar a las entidades del sector público que brindan servicios de salud y salvaguardar el correcto manejo, destino y uso del presupuesto destinado para tal fin; por ello Essalud debe ser muy cauteloso en coberturar contingencias que requiere la población asegurada dentro del marco de la cobertura que le corresponda a dicho asegurado, respetando el periodo de carencia. También se debe homologar el aporte que realizan las entidades del estado respecto a los trabajadores del régimen de Contratación Administrativa de Servicios, para que no se vulnere el principio de solidaridad, puesto que este grupo de trabajadores también reciben la misma cobertura en el seguro de salud, pero esta situación requiere el apoyo del poder legislativo. La situación de indefensión del usuario de aseguramiento debe ser prevista y subsidiada por el Estado, siempre y cuando se cumplan con los requisitos previstos por la norma y se encuentre demostrada dicha problemática.

Segundo:

Desarrollar una cultura de aseguramiento es también que el ciudadano comprenda la importancia de la prevención y no esperar a estar enfermo o requerir una operación para buscar recién y toda costa afiliarse a un seguro médico, de esta manera también se evitaría las afiliaciones indebidas puesto que dichas afiliaciones se da por la necesidad del usuario y la mala praxis que se da en algunas entidades involucradas, también dicha responsabilidad recae en algunos empleadores que son concedores de esa condición de trabajador “ficticia” y a pesar de ello realizan dicho registro burlando el marco legal.

Tercero:

Que Essalud brinda cobertura médica a toda la población asegurada y al grupo poblacional que requiere cobertura médica como el caso de los bomberos, y otros establecidos por ley, sin embargo, se debe respetar el criterio de adscripción

medica establecido por la institución lo cual es acorde a la dirección domiciliaria de cada asegurado, con la finalidad de llevar un correcto control de cuáles son los sectores poblaciones que requiere mejoría en cuanto a los servicios brindados.

Cuarto:

La condición del asegurado titular afectará a los derechohabientes, si éste tiene goce integral de prestaciones, es decir, no está sujeto al periodo de carencia lo mismo sucederá para su familia beneficiaria, pero si se tratara de una cobertura que no corresponde o que jamás debió haber sido otorgada la desvinculación con la seguridad social también es para los derechohabientes.

Quinto:

Se debe procurar que toda la población asegurada participe de los diferentes programas que pertenecen a su tipo de seguro, tal es el caso de Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI de Essalud que es destinado a las personas adulto - mayores, pero es conveniente que también se logre el acceso de las personas que no son adulto - mayores, pero están en situación de invalidez o se encuentran postrados, teniendo en cuenta que muchos de ellos viven en lugares distantes a un centro de salud.

Sexto:

El Estado a través del SIS debe proteger a la persona que se encuentra en situación de indefensión por haber perdido su vínculo con el seguro subsidiado y adquirido un seguro regular en periodo de carencia, con la finalidad de que se cumpla el criterio de protección de las personas en situación de vulnerabilidad y se supere esa situación de indefensión.

Séptimo:

El objetivo expansivo de la Ley de aseguramiento universal en salud también comprende repotenciar el sistema de filtraje para el acceso a los diferentes regímenes de financiamiento, asimismo dotar de protección jurídica a

los derechohabientes concubinos y evitar las afiliaciones fraudulentas. Ejemplo de ello fue que para la afiliación de concubinos se dejó de aceptar las declaraciones juradas de convivencia simple y se pasó a solicitar el reconocimiento de unión de hecho, de esta manera se formaliza dicho vínculo y se protegen los recursos de la seguridad social.

Octavo:

Todos aquellos que no pueden pertenecer al régimen contributivo, puesto que este régimen involucra a todos aquellos que están en planilla y los que pagan un seguro privado; podrán acceder al régimen subsidiado. Los titulares del seguro regular generan un vínculo irrenunciable para con su derechohabiente.

Noveno:

Debe existir siempre el control de los servicios brindados a los asegurados y manejar los criterios de aseguramiento que corresponde, por ello Essalud debe seguir encargándose de la evaluación de los hijos mayores incapacitados de forma total o permanente para el trabajo, porque así sería muy cuidadoso respecto a las posibles afiliaciones fraudulentas que se podrían suscitar.

Decimo:

Es indispensable fortalecer los mecanismos de tamizaje y selección de asegurados para brindar cobertura médica en el tipo de régimen de financiamiento que corresponde y no se afecte el presupuesto el Estado.

Décimo primero:

Es necesario mantener los indicadores de acceso a la salud en positivo, es decir que cada vez llegue a mayores grupos poblacionales y sobre todo proteja a quienes menos recursos tienen para garantizar una vida digna en cuanto a satisfacción de necesidades básicas, como la salud.

Décimo segundo:

Es necesaria la articulación de regímenes de financiamiento en salud para evitar fallas y garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, en todos sus aspectos, dentro del marco de la ley. Al solicitar un trabajo articulado entre regímenes nos referimos a plantear una continuidad de cobertura médica.

Décimo Tercero:

Es sumamente importante la existencia del periodo de carencia para garantizar el equilibrio de fondos de aseguramiento que manejan las entidades involucradas como una especie de garantía para las prestaciones futuras, de igual manera es primordial velar por el cumplimiento de los aportes o contribuciones que deben realizar para que la cobertura sea posible.

Décimo cuarto:

Que el desarrollo del régimen subsidiado será posible cuando se garantice la cobertura integral a la población asegurada, dentro y fuera del país y para ello es necesario que se realicen estudios actuariales y presupuestales para hacer posible la celebración de convenios internacionales.

Décimo quinto:

La prioridad para la selección, focalización y como consecuencia de ello la afiliación al régimen subsidiado son los peruanos y extranjeros nacionalizados residentes en el país, por ello es necesario un correcto desarrollo de filtrado para evitar las afiliaciones erróneas.

3.4. Recomendaciones

Primero:

Se recomienda seguir cautelando la administración de recursos de Essalud para con su población asegurada, respetar el periodo de carencia del Seguro Social de Salud y realizar estudios actuariales para una posible cobertura médica por parte del Seguro Integral de Salud mientras dure dicho periodo, también la homologación de la contribución de los trabajadores del Régimen de Contratación Administrativa de Servicios, mientras éste se encuentre vigente

Segundo:

Fomentar la cultura de aseguramiento y prevención para estar preparados ante las contingencias de salud, también realizar periódicamente y de forma minuciosa la verificación de condición de trabajadores para garantizar los intereses de la institución y por ende de los asegurados.

Tercero:

Se recomienda continuar con el manejo y sectorización que establece Essalud para la atención de los asegurados, establecido en la adscripción medica relacionada a la dirección de su domicilio registrado en su documento nacional de identidad.

Cuarto:

Se debe continuar con la figura de derechohabiente respecto al otorgamiento de beneficios brindados por la seguridad social.

Quinto:

Se recomienda viabilizar el acceso de asegurados postrados e inválidos al programa de atención domiciliaria – PADOMI, sin poner como restricción la edad del paciente.

Sexto:

Recomendamos que el SIS a través del régimen subsidiado brinde cobertura médica a aquellos que dejaron de ser afiliados al SIS por tener un seguro regular y éste se encuentra en periodo de carencia, generando una situación de indefensión en el usuario teniendo en cuenta que pudo acceder al SIS por su calificación en situación de pobreza o pobreza extrema. Dicha continuidad de cobertura se debe extender solo por el tiempo que dure el periodo de carencia.

Séptimo:

Se recomienda continuar con el manejo que Essalud viene realizando respecto a las afiliaciones de los derechohabientes y es oportuno solicitar el reconocimiento de unión de hecho para la afiliación de concubinos.

Octavo:

Se recomienda aplicar correctamente el criterio y figura del derechohabiente regulado por ley para garantizar el acceso de las personas según el régimen de financiamiento que les corresponda.

Noveno:

Essalud debe continuar evaluando la situación de los hijos mayores de edad incapacitados de forma total o permanente para el trabajo, puesto que es una forma fundamental de controlar y evitar las afiliaciones fraudulentas de este grupo poblacional.

Decimo:

Se recomiendo repotenciar el sistema de filtro, para el acceso de la población de escasos recursos al régimen subsidiado, y evitar que aquellos que tienen solvencia económica se ven beneficiados de este tipo de seguro.

Décimo primero:

Se recomienda procurar la afiliación al régimen subsidiado de la población que menos recursos económicos tiene, pero siempre mediante una selección adecuada, y fomentar también la cultura de prevención.

Décimo segundo:

Se recomienda plantear la continuidad de cobertura médica por parte del régimen subsidiado a los asegurados regulares en periodos de carencia, mediante un trabajo articulado entre regímenes de financiamiento, en relación del principio de unidad.

Décimo Tercero:

Se debe continuar verificando que se cumplan las aportaciones respecto a la seguridad social en salud, mediante las verificaciones o controles posteriores realizadas a los empleadores y trabajadores, también continuar cumpliendo con la aplicación del periodo de carencia de los diferentes tipos de seguros, en el caso de esta investigación, continuar con periodo de carencia del seguro regular.

Décimo cuarto:

Se recomienda evaluar la posibilidad de celebrar convenios internacionales para la cobertura médica de afiliados a los diferentes regímenes de financiamiento en salud, acorde a las posibilidades financieras de los mismos.

Décimo quinto:

Se recomienda cautelar el acceso al régimen subsidiado de los peruanos y extranjeros nacionalizados residentes en el país en situación de pobreza o pobreza extrema, puesto que la finalidad y prioridad del aseguramiento universal en salud es brindar protección a ese grupo poblacional.

Por ultimo tenemos que considera que la importancia de la presente investigación es ampliar el conocimiento respecto al tema investigado en razón a

la naturaleza del tipo de investigación básica. Sin embargo, en el todo el desarrollo de la tesis se ha evidenciado que una posible medida de solución es proponer la modificación de los artículos 78 y 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud que indica sobre la prohibición a la duplicidad de seguros.

En ese sentido, parte de los objetivos específicos, es modificar los artículos 78 y 80 de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344, agregando el “salvo aquellos casos donde el afiliado al régimen subsidiado lleve tratamientos médicos o este próximo a ser intervenido quirúrgicamente y adquiere vínculo con el seguro regular y éste se encuentre en periodo de carencia”.

3.4. Fuentes de información

- Alfageme, A. (2011). Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú. *Revista Moneda, Protección Social*. Recuperado el 05 de septiembre de 2016, de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista-Moneda/moneda-151/moneda-151-08.pdf>
- Almeida, A. Montañez, M. Arguello, L. y Rangel, S. (2009). *Diagnóstico del cumplimiento de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander en su componente ente territorial - aseguradora en el año 2008*. Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga.
- Atehortua, S. (2010). *Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín – Colombia*. Colombia: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México – CONACYT.
- Barboza, M. (2009). El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos. *Revista Perú Med*. Recuperado el 10 de noviembre de 2016, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a18v26n2>
- Castro, J. (2009). Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. *Revista Perú Med*. Recuperado el 8 de octubre de 2016, de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2009.v26.n2.a16.pdf>
- Constitución Política del Perú (1993). Explica sobre y el rol y la política del Estado en materia de salud y el derecho a la seguridad social. Recuperado el 08 de junio de 2016.
- Chávez, A. Navarro, L. y Prada, E. (2007). *Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud*. Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga.

- Deza, J. y Muñoz, S. (2012). *Metodología de la investigación científica*. (4a. ed.). Lima: Fondo editorial UAP.
- Duran, P. (2009). *Cobertura contributiva de la seguridad social en el Perú*. [s.n.] nos habla sobre la evolución de la seguridad social en el Perú.
- Decreto Supremo N° 015-2003-TR (2003). El reglamento de la Ley del trabajador del hogar, explica el derecho a la seguridad social del régimen especial del trabajador del hogar y su incorporación al seguro regular. Recuperado el 08 de agosto de 2016.
- Decreto Supremo N° 013-2004-TR (2004). Texto Único Ordenado de la Ley del trabajador portuario, explica la incorporación del trabajador portuario al régimen contributivo de seguridad social en salud. Recuperado el 18 de agosto de 2016.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA (2014). Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud, nos menciona sobre las últimas modificaciones en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Recuperado el 08 de agosto de 2016.
- Decreto Supremo N° 009-97-SA (1997). Reglamento de la Ley 26790, Ley de Modernización de la seguridad social en salud, extiende la explicación legal respecto a la seguridad social en salud. Recuperado el 15 de junio de 2016.
- Decreto Legislativo N° 1086 (2008). Ley de promoción de la competitividad, formalización y desarrollo de la micro y pequeña empresa y acceso al empleo decente, explica los derechos y deberes de los trabajadores del régimen especial de la micro y pequeña empresa, la conformación de las mismas y el derecho a la seguridad social. Recuperado el 15 de junio de 2016.
- Decreto Legislativo N° 1163 (2013). Aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, el cual señala sobre la fuente de

información para registros en el Seguro Integral de Salud. Recuperado el 16 de julio de 2016.

ESSALUD (s. f.). *Seguro Regular*, nos explica sobre la obligatoriedad de la afiliación al seguro regular como derecho a los trabajadores en relación de dependencia y la cobertura del mismo. Recuperado el 05 de julio de 2016, de <http://www.essalud.gob.pe/seguro-regular/>

Hernández, A. Fernández, B. y Baptista, J. (Eds.). (2014). *Metodología de la investigación*.

Ley N° 29344 (2009). Ley marco de aseguramiento universal en salud, nos explica sobre los regímenes de financiamiento en salud y la proyección del aseguramiento universal en salud. Recuperado el 15 de noviembre de 2016.

Ley N° 29135 (2007). Ley que establece el porcentaje que deben pagar ESSALUD y la Oficina de Normalización Previsional a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria – SUNAT, por recaudación de sus aportaciones y medidas para mejorar la administración de tales aportes, no menciona las facultades que tiene ESSALUD ante una afiliación indebida. Recuperado el 15 de noviembre de 2016.

Ley N° 26790 (1997). Ley de modernización de la seguridad social en salud, nos explica sobre el seguro regular en salud y el régimen contributivo de seguridad social en salud. Recuperado el 15 de noviembre de 2016.

Ley N° 27177 (1999). Ley que incorpora al seguro regular a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes desarrolla las características de este régimen laboral y su derecho a la seguridad social. Recuperado el 15 de noviembre de 2016.

Ley N° 28193 (2004). Ley que prorroga el plazo de vigencia del comité especial multisectorial de reestructuración de la caja de beneficios y seguridad social del pescador – CBSSP. Recuperado el 15 de noviembre de 2016.

Ley N° 27056 (1999). Ley de creación del seguro social de salud, explica sobre la creación de Essalud y la responsabilidad de administrar el régimen contributivo de seguridad social en salud. Recuperado el 08 de agosto de 2016.

Ley N° 29849 (2012). Ley que establece la eliminación progresiva del régimen especial del decreto legislativo 1057 y otorga derechos laborales, reafirma el derecho a la seguridad social de los trabajadores del régimen CAS y su vínculo con el seguro regular. Recuperado el 08 de agosto de 2016.

Ley N° 30003 (2013). Ley que regula el régimen especial de seguridad social para los trabajadores y pensionistas pesqueros, reafirma la inclusión de los ex afiliados a la Caja de Beneficios de la Seguridad Social del Pescador y dispone medidas extraordinarias para los trabajadores pesqueros y pensionistas comprendidos en la Resolución SBS 14701-2010 que disuelve a la CBSSP. Recuperado el 03 de abril de 2016.

Martínez, F. (1987). *El método inductivo*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Martínez, E. (2009). *Validez y Confiabilidad en la Metodología Cualitativa*. Nos explica que una investigación con buena confiabilidad es aquella que es estable y segura, al analizar la confiabilidad en los instrumentos.

Moreno, E. (2013). Metodología de investigación, pautas para hacer una tesis. Recuperado el 05 de agosto de 2017, de <http://tesis-investigacion-cientifica.blogspot.pe/2013/08/limitaciones-del-problema-de.html>

MINSALUD (s. f.). *Protección Social*, nos explica sobre los regímenes de financiamiento en salud de Colombia. Recuperado el 04 de julio de 2016, de: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/inicio.aspx>.

Rodríguez, G. Gil, J. García, E. (Eds.). (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Explica los puntos y aspectos generales más destacados de la investigación cualitativa.

Sentencia del Tribunal Constitucional (2004). Expediente N° 3208-2004-AA/TC, en cual explica en otros, la intangibilidad de los recursos del seguro social de salud y la no imposición de pretender que cubra situaciones que no están previstas en la ley de la materia. Recuperado el 08 de agosto de 2016.

SIS (s. f.). *Nuestra Institución*, nos explica sobre los antecedentes de la institución. Recuperado el 04 de julio de 2016, de http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html.

Tam, J. Vera, G. y Oliveros, R. (2008). Tipos, métodos y estrategias de investigación [versión electrónica]. *Revista Pensamiento y Acción*, (5): 146.

Valderrama, S. (2002). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. Desarrolla sobre los conceptos de hipótesis, diseño de investigación no experimental, método de investigación descriptivo, y la muestra no probabilística.

Vargas, I. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Supuestos	Categorías	Metodología
<p>Problema General</p> <p>¿Cómo se da el desarrollo del régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cómo se da el desarrollo del seguro regular de salud y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia?</p> <p>¿Cómo se da el desarrollo del régimen subsidiado de salud y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia?</p> <p>¿Qué medida legislativa se utilizaría para solucionar este problema?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Analizar el desarrollo del régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Analizar el desarrollo del seguro regular de salud y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia.</p> <p>Analizar el desarrollo del régimen subsidiado y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia.</p> <p>Proponer la modificación de los Artículos 78 y 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud que indica sobre la prohibición a la duplicidad de seguros de distinto régimen de financiamiento.</p>	<p>Es importante analizar el desarrollo del régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia.</p> <p>Es importante analizar el desarrollo del seguro regular de salud y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia.</p> <p>Es importante analizar el desarrollo del régimen subsidiado y la posibilidad de continuidad de cobertura médica del régimen subsidiado frente al seguro regular en periodo de carencia.</p> <p>Es importante proponer la modificación de los Artículos 78 y 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud que indica sobre la prohibición a la duplicidad de seguros de distinto régimen de financiamiento.</p>	<p>1.- Seguro regular de salud Sub categoría</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajadores activos ▪ Pensionistas ▪ Derechohabientes <p>2.- Régimen subsidiado de salud Sub categoría</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas de bajos recursos económicos ▪ Personas sin seguro medico ▪ Personas residentes en Perú 	<p>Enfoque: Cualitativo</p> <p>Tipo: Investigación básica</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Método: Inductivo</p> <p>Nivel: Descriptivo/interpretativo</p> <p>Población: Funcionarios de Essalud y SIS</p> <p>Muestra: 5 especialistas en seguridad social en salud</p> <p>Técnica e instrumento: Entrevistas</p> <p>Métodos de análisis de resultados: Se ha trabajado los resultados y la categoría de datos siguiendo el proceso hermenéutico</p>

Anexo 2: Entrevista

FICHA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Este instrumento recoge información de especialistas en seguridad social para contribuir al tema de investigación denominado “*El régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia*” para lo cual formularemos las siguientes preguntas:

1. ¿Se deberían atender enfermedades graves en el servicio de emergencia dentro del periodo de carencia?
2. ¿Considera que las aportaciones a ESSALUD del régimen CAS no deberían tener una base imponible máxima tal como se da actualmente, con el 30% de la UIT?
3. ¿Considera que la cobertura especial por desempleo debe ser total y no dividirse en capa simple y capa compleja?
4. ¿Qué opina respecto a la opción de renuncia a la cobertura especial por desempleo?
5. ¿Se debería reforzar más el trabajo que realiza ESSALUD respecto a la verificación de condición de empleadores y trabajadores del hogar amparado en la Ley N° 29135?
6. ¿Considera justo o pertinente que por pretender permanecer en el régimen subsidiado el empleado opte por renunciar a su trabajo cuando se encuentra en periodo de carencia?
7. Considerando la condición de adulto mayor del jubilado(a), ¿No cree que sería oportuno que ESSALUD de a "elegir" el lugar de adscripción medica de estos asegurados?
8. Teniendo en cuenta la teoría de hechos cumplidos y derechos adquiridos, ¿Que sucede con la cobertura de los derechohabientes del titular que obtuvo su carta de latencia y al poco tiempo fallece?
9. Considerando que ESSALUD cuenta en el Programa de Atención Domiciliaria - PADOMI, ¿Cree usted que se debería dar facilidad a los asegurados inválidos para acceder a este programa indistintamente de su edad?
10. ¿Considera pertinente que a un afiliado del régimen subsidiado se le anule el seguro al verificar que su cónyuge tiene un vínculo reciente con el

seguro regular por haber ingresado a un trabajo?

11. Teniendo en cuenta que el Decreto Legislativo N° 1163, señala que la única fuente de verificación sobre seguros será la página de SUSALUD y considerado que ahora ESSALUD afiliará a los concubinos con el reconocimiento de unión de hecho (vía notaria o judicial). ¿Que pasara con aquellos concubinos que no han sido oportunamente afiliados a ESSALUD?
12. ¿Considera que se debería prorrogar la cobertura a los hijos que cumplen mayoría de edad que siguen estudios superiores?
13. ¿Se podría excluir del seguro regular a un derechohabiente a fin de que continúe afiliado al régimen subsidiado si el titular está en periodo de carencia?
14. ¿Cree usted que debería considerarse solo el carnet de CONADIS o informe médico del MINSA para la afiliación del hijo mayor incapacitado, sin necesidad que exista otra evaluación de ESSALUD?
15. ¿Considera que el termino subsidio no debería perder esa naturaleza de gracia para las personas de bajos recursos?
16. No crees usted que estaríamos vulnerando el derecho de libre acceso a los servicios de salud, principio de universalidad y el derecho a ser protegido por el Estado en situaciones de vulnerabilidad cuando la persona deja de tener el seguro subsidiado por entrar a planilla y su seguro regular aun no puede ser utilizado?
17. ¿Considera oportuna la medida del gobierno en afiliar automáticamente al seguro subsidiado, de forma masiva a los sectores de muy bajos recursos?
18. Teniendo en cuenta el criterio de aseguramiento universal progresivo y protección por parte del Estado. ¿Considera viable que el SIS brinde cobertura a la persona que estuvo afiliada al régimen subsidiado y adquirió el seguro regular en periodo de carencia?
19. ¿Si se contribuye al seguro complementario de trabajo de riesgo SCTR o un seguro de vida, puede ser elegible al seguro subsidiado?
20. Teniendo en cuenta que el seguro semicontributivo es para independientes (sis independiente) ¿Cree usted que se debería dejar de aplicar el periodo de carencia para los independientes teniendo en cuenta

que ellos mismo son quienes pagan su seguro?

21. ¿Debería existir convenios para proteger con un seguro de salud a los peruanos que se encuentran en el extranjero?
22. ¿Se debería considerar el pasaporte como requisito para la afiliación al régimen subsidiado y no solo DNI y/o carnet de extranjería?



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

(Técnica: entrevista ; Instrumento: ficha de entrevista)

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: QUIROS CUBILLAS PABLO DANIEL
 1.2 Institución donde labora: UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3 Título de la Investigación: "EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTO AL SEGURO PUEBLA EN LA CONTINUIDAD DE COSENTUNA EN EL PERIODO DE CANACIA"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA					
		0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100		
1. HONESTIDAD	Está formulado respetando la autoría.																				✓		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con imparcialidad científica.																						✓
3. ACTUALIDAD	Dependiendo de los plenarios y la jurisprudencia, pero, no de los clásicos dogmáticos jurídicos.																					✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico dentro de los lineamientos de la dogmática jurídica.																					✓	
5. SUFICIENCIA	Valora las doctrinas, legislaciones nacionales e internacionales.																					✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																					✓	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																					✓	
8. COHERENCIA	Entre las citas referenciadas.																					✓	
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																					✓	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia del Derecho																						✓

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: VIABLE

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 98 //

LUGAR Y FECHA: LIMA, 31 MAYO 2017 //

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
DNI: 7728403 Teléfono: 999974395

Código Doconto
003909

Dr. Pablo Quiros Cubillas
ABOGADO
CAL. 13174

**UAP****UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA
ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

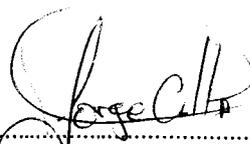
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA(Técnica: entrevista ; Instrumento: ficha de entrevista)**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: JORGE CALLA.
 1.2 Institución donde labora: UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3 Título de la Investigación: ¿EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD FRENTE AL SEGURO REGULAR EN LA CONTINUIDAD DE COBERTURA, EN EL PERÍODO DE CARENCIA?

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		0	6	11	16	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96		
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. HONESTIDAD	Está formulado respetando la autoría.																					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con imparcialidad científica.																				✓	
3. ACTUALIDAD	Dependiendo de los plenarios y la jurisprudencia, pero, no de los clásicos dogmáticos jurídicos.																				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico dentro de los lineamientos de la dogmática jurídica.																					✓
5. SUFICIENCIA	Valora las doctrinas, legislaciones nacionales e internacionales.																				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																				✓	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																				✓	
8. COHERENCIA	Entre las citas referenciadas.																				✓	
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																					✓
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia del Derecho																				✓	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: VIABLEIV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 98 //LUGAR Y FECHA: LIMA, 31 MAYO 2017 //


 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI. 75413248 Teléfono: 950409327