

*Régimen subsidiado de salud frente al seguro regular, en la continuidad de cobertura en periodo de carencia*

*Subsidized Health System Compared to Regular Insurance, in the Continuity of Coverage During the Grace Period*

Nicolaz Gutarra Perochena\* <https://orcid.org/0000-0002-2120-2600>  
<http://dx.doi.org/10.21503/lex.v18i25.2102>

\* Abogado por la Universidad Alas Peruanas, especialista en Derecho Administrativo por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y especialista en Derecho de la Seguridad Social. Maestría en Gestión de Políticas Públicas por la Universidad Nacional Federico Villarreal. Participante como ponente invitado en eventos institucionales y académicos, en materia de Simplificación Administrativa, Gestión Pública y Análisis Calidad Regulatoria. Actualmente encargado de la asesoría técnico-legal en la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas Corporativa - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de Essalud. Consultor externo en materia contencioso administrativo. Correo electrónico: [nicolaz.gutarra@gmail.com](mailto:nicolaz.gutarra@gmail.com)

Lex



© Los autores. Artículo publicado por la Revista Lex de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Alas Peruanas. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada.



Asamblea Comunal. Óleo sobre lienzo 89 x 116 cm.  
Sonia Estrada Melgarejo (pintora peruana, Ancash)

## RESUMEN

La presente investigación se sustenta en una problemática relacionada a los regímenes de financiamiento en salud de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, básicamente en la prohibición que dicha norma respecto a la duplicidad de afiliación a más de un regímenes de financiamiento, en el presente caso es el Régimen Subsidiado (SIS) frente al Régimen contributivo, a través del seguro regular (Essalud), situación que se torna compleja cuando el afiliado a este último seguro se encuentra en periodo de carencia y se vio interrumpida su atención médica y/o programación quirúrgica. Esta investigación fue realizada 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, Régimen subsidiado de salud, periodo de carencia, principio de universalidad y principio de unidad*

## ABSTRACT

This research is based on a problem related to the health financing regimes of the Framework Law on Universal Health Insurance, basically in the prohibition that said rule regarding the duplication of affiliation to more than one financing regime, in the present case is the Subsidized Regime (SIS) compared to the contributory regime, through regular insurance (Essalud), a situation that becomes complex when the member of the latter insurance is in a grace period and his medical care and / or treatment was interrupted surgical programming. This research was carried out within a qualitative approach, its type of research is basic, non-experimental design, inductive method, it has as sample 5 specialists in social security in health, it uses as an instrument the interviews made to the specialists. Within the development, other investigations from the country of Colombia were collected as international antecedents due to the similarity of their health regimes with our Peruvian system. It was concluded that the modification of Articles 78 and 80 of the Regulation of the Framework Law of Universal Health Insurance is required.

**Keywords:** *Regular health insurance, subsidized health system, grace period, principle of universality and principle of unity.*

## I. INTRODUCCIÓN

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 de 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 contenida en el 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.<sup>1</sup>

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 necesitan, en razón al principio de universalidad, solidaridad y el principio de “fiscus semper solvens” considerando que manejan tesoro público.

### **Objetivo general**

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

### **Objetivos específicos**

1. 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.
2. 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.
3. 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. Pronunciamento del Tribunal Constitucional a través de STC N° 3208-2004-AA/TC, acceso el 03 de agosto de 2015, desde <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/03208-2004-AA.pdf>

### 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

### Bases teóricas

#### Fundamento teórico 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.

Sobre ello, Duran Valverde, 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.<sup>2</sup>

---

2. Fabio Duran, *Cobertura contributiva de la seguridad social en el Perú* (Lima: OIT, 2009) ,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.

La Ley N° 26790, Ley de modernización de la seguridad social en salud<sup>3</sup>, en su Artículo 3 indica que “son asegurados del Seguro Social de Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes”. 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.

Frente a ello, el reglamento de la 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.<sup>4</sup>

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.

---

3. La Ley de modernización de la seguridad social en salud, Ley N° 26790, desarrolla los tipos de asegurados considerados dentro del régimen contributivo de la seguridad social en salud.

4. Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la seguridad social en salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.



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

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.

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, 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 4° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.

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, que aprueba 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.

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 seguro social, la norma a la que nos referimos es la Ley N° 29135<sup>5</sup>, que 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”.

Con el tiempo también se incorporó a un grupo importante de la población costeña, mediante el Decreto Supremo N° 013-2004-TR, 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”. De lo antes señalado, se infiere 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.

Asimismo, la Ley N° 28193, 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 (...)”. Al respecto, 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.

En ese orden de ideas, el Decreto Legislativo N° 1086, 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”. En dicha 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 afiliarse 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.

---

5. La Ley N° 29135, es la 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, publicada en el diario oficial El Peruano el 18 de noviembre del 2007.

Un paso importante también fue la emisión de la Ley N° 29849, 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.

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, 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.

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.

### Fundamento teórico 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, 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.

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 cubrir. 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.

A efectos de precisar los antecedentes del régimen subsidiado de salud, es importante revisar lo señalado por el Seguro Integral de Salud, a través de su portal institucional, el cual 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 Organismo Público Ejecutor mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM.<sup>6</sup>

El SIS nace como programa social orientado a financiar las atenciones médicas de las personas de bajos recursos. Se origina mediante 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, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, que en su Artículo 9 señala:

---

6. Porta institucional de Seguro Integral de Salud, que en su enlace de antecedentes explica el origen del SIS, como programa de gobierno y su conformación posterior como entidad (unidad ejecutora) adscrita al Ministerio de Salud, acceso el 04 de julio de 2016, desde [http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/antecedentes.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html)

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) solicitará el reembolso por las prestaciones financiadas a la IAFAS correspondiente.

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.

### Operacionalización de categorías

Categorías	Sub categorías	Indicadores
Seguro Regular de salud	Trabajadores activos	Régimen público
		Régimen privado
	Pensionistas	Jubilación
		Sobrevivencia
		Invalidez
		Cónyuge

<b>Régimen subsidiado de salud</b>	Derechohabientes	Concubino
		Hijo menor de edad
		Hijo mayor de edad incapacitado de forma total o permanente para el trabajo
	Personas de bajos recursos económicos	Pobres
		Extremos pobres
	Personas sin seguro médico	Seguro del régimen contributivo
		Seguro del régimen semicontributivo
	Personas residentes en Perú	Peruanos
		Extranjeros nacionalizados

### 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<sup>7</sup>, 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.

7. Artículo 30.- Son afiliados regulares del Seguros Social de Salud:

- Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativa de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral 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 inició 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.

### **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.

### **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<sup>8</sup>, 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.

### **Conceptos importantes**

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

*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.

---

8. Artículo 80.- Afiliados al régimen subsidiado

Son afiliados al régimen subsidiado toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro de salud contributivo o semicontributivo. Como beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho al conjunto de prestaciones incluidas en el PEAS, con un subsidio del 100%



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

*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.

*Principio de universalidad.* La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud establece que 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 (...).

*Principio de unidad.* Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamientos y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la ley.

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

## II. MATERIAL Y MÉTODO

### **Tipo de investigación**

El tipo de investigación es básica. Se enfoca en el fortalecimiento del andamiaje cognitivo, incrementar el conocimiento sobre el tema estudiado para obtener resultado a largo plazo.

### **Nivel de investigación**

El nivel de investigación es descriptivo de carácter “interpretativo” debido a que 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.

### **Método de investigación**

El método de investigación es inductivo puesto que se analiza 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.

### **Diseño de investigación**

El diseño de la investigación es no experimental puesto que se realiza después de sucedido o acontecido el hecho, ya que responde a un fenómeno real que merece ser estudiado de forma retrospectiva.

### **Población**

En la presente investigación se tiene como población a funcionarios del Seguro Social de Salud y del Seguro Integral de Salud. La población representa al grupo de expertos en el tema investigado que sirve como referente para las entrevistas.

### **Muestra**

En la presente investigación se tomó como muestra a 5 especialistas en seguridad social en salud. La muestra es no probabilística debido a la selección de los expertos que ayudaran a enriquecer la investigación con la calidad de respuestas y análisis que brinden los especialistas entrevistados.

### **Técnica de entrevista e instrumento**

Como técnica de recolección de datos tenemos a la entrevista la cual es fundamental para recopilar información indispensable para nuestra investigación. Tenemos como instrumento de recolección de datos a la ficha de entrevista semi estructurada.

### **Justificación de la investigación**

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;

### **Importancia de la investigación**

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

### **Limitación de la investigación**

Respecto a ello debemos precisar que no se cuenta con antecedentes respecto al tema de investigación puesto que es una nueva propuesta. 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.

## **III. RESULTADOS**

Después de analizar los resultados individuales de los especialistas, interpretar los resultados y contrastarlos con el sustento teórico (Tablas N° 1 y 2 de la Tesis) se obtiene la categorización de resultados por objetivos lo cual conduce a nuevas propuestas y confirma los objetivos planteados al inicio de presente investigación.

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 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.</p>		
<p>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.</p>		

<p>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.</p>	<p>PENSIONISTAS</p>	<p>Se reafirma la importancia de establecer micro redes y determinar la adscripción del asegurado acorde al domicilio señalado en su DNI.</p> <p>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.</p>
<p>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.</p>		<p>DERECHOHABIENTES</p> <p>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 edad.</p> <p>Se propone generar mecanismos entre instituciones de salud (IAFAS e IPRESS) para no discontinuar la atención del usuario en situaciones de riesgo.</p>
<p>Es importante que PADOMI contemple también como su grupo de protección poblacional a los asegurados postrados o inválidos que no necesariamente son adultos mayores.</p>		
<p>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.</p>		
<p>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.</p>		
<p>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.</p>		
<p>Se debe respetar la figura del derechohabiente establecido por Ley, de esa forma de 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.</p>		
<p>Es necesario que Essalud continúe evaluando los casos de hijos mayores incapacitados para el trabajo puesto que es Essalud la</p>		

<p>entidad que prestará los servicios y así se llevaría el control de dichas afiliaciones.</p>		
<p>El subsidio es una realidad en nuestro país, sin embargo, se debe potenciar mucho más el sistema de filtro para los programas sociales.</p>	<p>PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS</p>	<p>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.</p> <p>Se propone repotenciar los sistemas de filtro y selección de personas para los programas sociales, para evitar un aprovechamiento indebido.</p>
<p>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.</p>		
<p>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.</p>		
<p>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.</p>	<p>PERSONAS SIN SEGURO MÉDICO</p>	<p>Se reafirma la importancia de que todo seguro que maneja fondos preventivos de pagos y/o aportaciones de empleadores o asegurados debe tener un periodo de carencia para amortiguar las futuras prestaciones del asegurado.</p> <p>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.</p>
<p>El SCTR y los otros seguros complementarios no son impedimentos para una calificación a un seguro subsidiado.</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>Se requiere hacer estudios y evaluar la posibilidad de celebrar más convenios con otros países respecto a seguros de salud.</p>	<p>PERSONAS RESIDENTES EN PERÚ</p>	<p>Se reafirma que el régimen subsidiado es para los peruanos y extranjeros nacionalizados, en base a un orden de prioridad e intereses nacionales.</p> <p>Se propone hacer un estudio mucho más profundo para evaluar la posibilidad y viabilidad de celebrar convenios respecto a salud con otros países.</p>

## IV. DISCUSIÓN

### 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<sup>9</sup>, 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<sup>10</sup>, 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

---

9. Augusta Alfageme, “Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú”. *Revista Moneda, Protección Social*. (2011), 37-41. Acceso el 05 de septiembre de 2016, desde <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista-Moneda/moneda-151/moneda-151-08.pdf>

10. Ídem

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<sup>11</sup> 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 mayoría 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<sup>12</sup>, “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 perdida 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

---

11. Ídem

12. I. Vargas, “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia” (tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 2009).  
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>

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<sup>13</sup>, 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 – PADO-MI de Essalud que es destinado a las personas adultos - mayores, pero es conveniente que también se logre el acceso de las personas que no son adultos - 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<sup>14</sup>, 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

---

13. A. Chávez, L. Navarro, y E. Prada, “Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud” (tesis de postgrado. Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2007).  
[http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2222/1/Analisis\\_funcionamiento\\_del\\_regimen\\_contributivo\\_sistema\\_general\\_seguridad.pdf](http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2222/1/Analisis_funcionamiento_del_regimen_contributivo_sistema_general_seguridad.pdf)

14. I. Vargas, “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia”, op. cit.



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<sup>15</sup> a 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<sup>16</sup>, “Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de se-

---

15. Marco Barboza, “El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos”. *Revista Perú Med.* (2009), pp. 243-247. Acceso el 10 de noviembre de 2016, desde <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a18v26n2>

16. A. Chávez, L. Navarro y E. Prada, “Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud” (tesis de postgrado. Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2007). [http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2222/1/Analisis\\_funcionamiento\\_del\\_regimen\\_contributivo\\_sistema\\_general\\_seguridad.pdf](http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2222/1/Analisis_funcionamiento_del_regimen_contributivo_sistema_general_seguridad.pdf)

guridad 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<sup>17</sup>, sustentaron la tesis, “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.

**Décimo:**

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<sup>18</sup>, “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.

---

17. A. Almeida, M. Montañez, L. Arguello y S. Rangel, “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” (tesis de grado. Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2009). <http://m.smshungama.in/handle/10946/1277>

18. S. Atehortua, “Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín – Colombia” (tesis de maestría. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México – CONACYT, 2010).

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 Atehortua<sup>19</sup>, “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<sup>20</sup>, “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 llego 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,

---

19. S. Atehortua, “Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín – Colombia”, op. cit.

20. I. Vargas, ob., “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia”, op. cit.

Arguello y Rangel<sup>21</sup>, “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<sup>22</sup>, 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<sup>23</sup>, “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.

---

21. A. Almeida, M. Montañez, L. Arguello y S. Rangel, “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”, op. cit.

22. A. Almeida, M. Montañez, L. Arguello y S. Rangel, “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”, op. cit.

23. I. Vargas, ob., “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia”, op. cit.

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.

## V. 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 cuento 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.

**Décimo:**

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 del 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.

## REFERENCIAS

- Alfageme, Augusta. "Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú". *Revista Moneda, Protección Social*, (2011): 37-41. Acceso el 05 de septiembre de 2016, desde:  
<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista-Moneda/moneda-151/moneda-151-08.pdf>

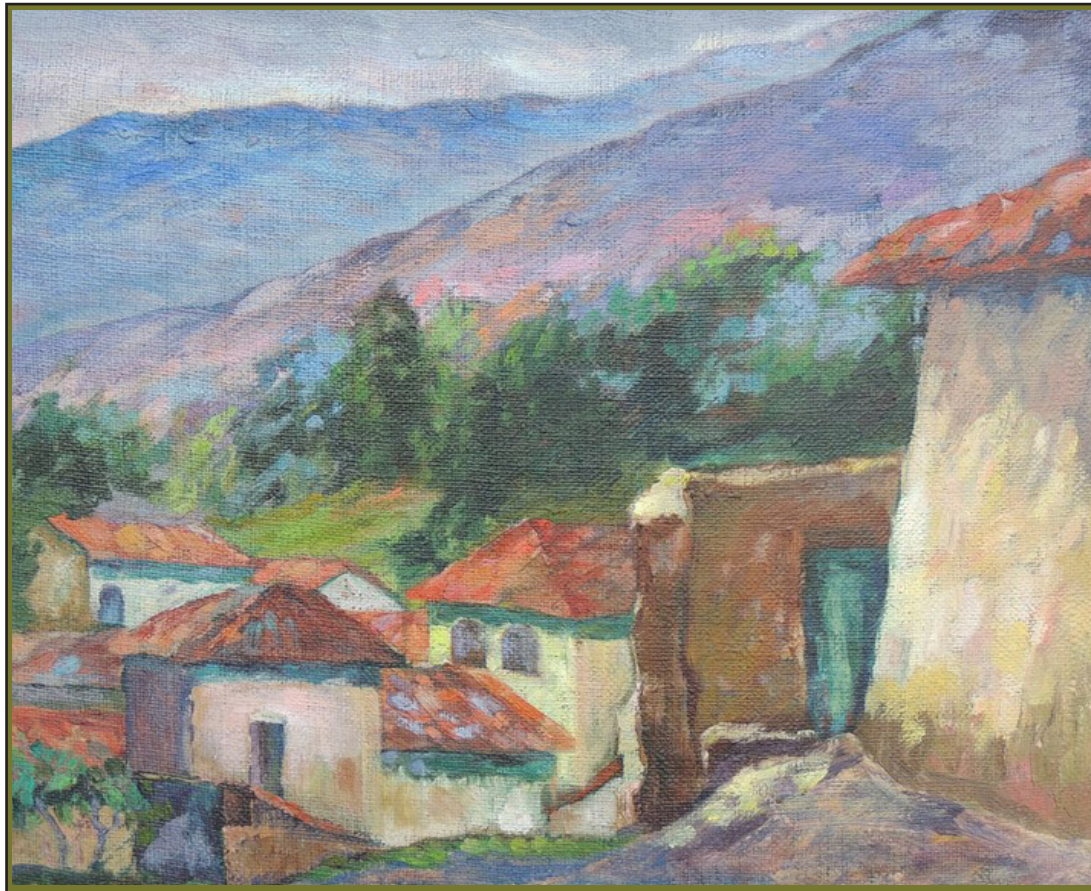
- Almeida, A., Montañez, M., Arguello, L. y Rangel, S. “Diagnóstico del cumplimiento de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander en su componente territorial - aseguradora en el año 2008”. Tesis para optar Título. Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2009.  
<http://m.sshungama.in/handle/10946/1277>
- Atehortua, S. “Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín – Colombia”. Tesis de Maestría. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México – CONACYT, 2010.
- Barboza, Marco. “El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos”. *Revista Perú Med.*, (2009): 243-247. Acceso el 10 de noviembre de 2016, desde: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a18v26n2>
- Castro, Julio. “Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú”. *Revista Perú Med.*, (2009): 232- 235. Acceso el 8 de octubre de 2016, desde: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2009.v26.n2.a16.pdf>
- Chávez, A. Navarro, L. y Prada, E. “Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud”. Tesis de postgrado. Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2007.  
[http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2222/1/Analisis\\_funcionamiento\\_del\\_regimen\\_contributivo\\_sistema\\_general\\_seguridad.pdf](http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2222/1/Analisis_funcionamiento_del_regimen_contributivo_sistema_general_seguridad.pdf)
- Duran, Fabio. *Cobertura contributiva de la seguridad social en el Perú*. Lima: OIT, 2009.
- Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud. Diario el Peruano 9 abril de 2009.  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley\\_N\\_29344.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley_N_29344.pdf)
- Ley N° 29135, que establece el porcentaje que deben pagar ESSALUD y la Oficina de Normalización Previsional a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria – SUNAT, publicada en el diario oficial El Peruano el 18 de noviembre del 2007.
- Pronunciamiento del Tribunal Constitucional a través de STC N° 3208-2004-AA/TC, acceso el 03 de agosto de 2015, desde <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/03208-2004-AA.pdf>
- Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la seguridad social en salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.  
[http://www.essalud.gob.pe/normativa\\_prestaciones\\_economicas/pdf/DS-009-97-SA.pdf](http://www.essalud.gob.pe/normativa_prestaciones_economicas/pdf/DS-009-97-SA.pdf)



- SIS. Página institucional (s.f.). “Nuestra Institución”. Acceso el 04 de julio de 2016, desde [http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/antecedentes.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html)
- Vargas, I. “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia”. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2009. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>
- Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud. Diario el Peruano 9 abril de 2009. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley\\_N\\_29344.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley_N_29344.pdf)

RECIBIDO: 20/01/2020

APROBADO: 5/5/2020



**Paisaje de Tomayquichua.**  
**Sonia Estrada Melgarejo (pintora peruana, Ancash)**