



**INFORME DEFENSORIAL N° 93**

**PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS COMO CONSECUENCIA DEL CIERRE DE  
LOS RÉGIMENES ESPECIALES Y LA CREACIÓN DEL NUEVO SEGURO  
POTESTATIVO EN ESSALUD.**

**LIMA - 2005**

## I. ANTECEDENTES

De conformidad con la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud -LMSSS-, el Seguro Social del Perú -ESSALUD-, otorga prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de la salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales en beneficio de sus afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes.

Al respecto, el artículo 3° de la citada ley señala que son afiliados regulares del sistema los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores; los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia y los trabajadores independientes que sean incorporados a futuro por mandato de una ley especial. El mismo artículo indica además que las personas que no se encuentren incluidas en los grupos antes referidos, se afiliarían en calidad de asegurados potestativos.

En lo que se refiere a los trabajadores y profesionales independientes que con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N° 26790, estuvieron sujetos a regímenes especiales obligatorios, el artículo 24° del Reglamento de la LMSSS, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, establece que éstos deberían afiliarse al Seguro Social bajo la modalidad de potestativos<sup>1</sup>.

Para tal efecto, la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento estableció un período de tránsito al señalar que los asegurados de regímenes especiales, registrados bajo la modalidad de Continuación Facultativa, Facultativos Independientes, Amas de Casa y Chofer Profesional Independiente, a la fecha de la publicación del referido Reglamento, continuarían gozando del íntegro de sus prestaciones por un período de 5 años<sup>2</sup>, vencido el cual acordarían nuevos contratos de afiliación, se entiende que esta vez en calidad de asegurados potestativos, sin perjuicio de su derecho a afiliarse como regulares o de trasladarse a una EPS.

Antes del vencimiento del período de transición establecido por el Reglamento, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 46-18-ESSALUD-2004<sup>3</sup> se aprobó el nuevo seguro potestativo que comprende tres planes, facultándose a la Gerencia de la División de Aseguramiento para aprobar la denominación de los mismos, así como las cláusulas de los respectivos contratos.

---

<sup>1</sup> Los regímenes especiales incluían a los asegurados facultativos independientes, continuadores facultativos, choferes profesionales independientes y amas de casa y/o madres de familia

<sup>2</sup> Plazo ampliado hasta el 31 de diciembre de 2004, por el artículo 1° del D.S. N° 014-2003-TR

<sup>3</sup> El texto del Acuerdo de Consejo Directivo N° 46-18-ESSALUD-2004 ha sido solicitado a ESSALUD, ya que no ha sido publicado.

Atendiendo a la decisión adoptada por el Consejo Directivo de ESSALUD, se emitió la Resolución de la Gerencia Central de Seguros N° 062-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004<sup>4</sup> en la cual se establecen las siguientes denominaciones para los planes:

- a. **Plan Protección Total** (en adelante PPT), que comprende única y exclusivamente a los ex asegurados de los regímenes especiales antes indicados que cuenten con 56 o más años de edad y, excepcionalmente al ex asegurado y/o su cónyuge menor de 56 años con enfermedad crónica.<sup>5</sup>
- b. **Plan Protección Vital** (en adelante PPV), que comprende a los trabajadores independientes, personas que no reúnan los requisitos para una afiliación regular, a los ex asegurados de Regímenes Especiales menores de 56 años, así como a los ex asegurados del Seguro EsSalud Personal – Familiar, EsSalud Independiente y Seguro Potestativo Unico.
- c. **Plan Emergencias Accidentales**, respecto al cual se aprueba la denominación pero no hace referencia en que consiste el mismo ni como se va a implementar<sup>6</sup>.

En función de ello, la Gerencia de Relaciones Institucionales de ESSALUD con fecha 10 de enero de 2005 emitió un comunicado indicando que debido a la gran demanda y con el fin de optimizar y ordenar el traslado o migración de los asegurados que se encontraban comprendidos en los Regímenes Especiales al Nuevo Seguro Potestativo, éstos deberían inscribirse en los nuevos planes denominados "Plan Protección Total" y "Plan Protección Vital", según el cronograma publicado en dicha oportunidad.

El traslado de las personas aseguradas comprendidas en los ex regímenes especiales<sup>7</sup> a los nuevos planes ha generado la reacción negativa de un sector de la población asegurada, expresada a través de los medios de comunicación y de las consultas, peticiones o quejas presentadas ante las Oficinas de la Defensoría del Pueblo. Ello motivó una investigación cuyas conclusiones y recomendaciones forman parte de este informe. Cabe señalar que el malestar radica principalmente en el costo del nuevo seguro potestativo, las limitaciones de los planes ofrecidos, así como la insuficiente información brindada por ESSALUD respecto al proceso de inscripción.

---

<sup>4</sup> Publicada en el diario oficial El Peruano el 27 de diciembre de 2004.

<sup>5</sup> Posteriormente, mediante Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 05-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005 publicada el 6 de febrero de 2005, se amplió la cobertura para los casos de hijos menores de 18 años de edad con enfermedades crónicas establecidas por ESSALUD, siempre que al 31 de diciembre de 2004 se encuentren registrados como tales y hasta que el afiliado cumpla la mayoría de edad.

<sup>6</sup> En relación al Plan C, el Acuerdo N° 46-18-ESSALUD-2004 establece que éste sustituye al Seguro Universitario desde el 01 de julio de 2005, sin dar mayor información respecto a su cobertura y beneficiarios.

<sup>7</sup> De acuerdo a la información proporcionada por la Gerencia de División de Aseguramiento de ESSALUD, mediante Oficio N° 007-GDA-ESSALUD-2005, la población asegurada a los ex regímenes especiales hasta diciembre de 2004, entre titulares y derecho habientes, era de 139,985 personas.

## **II. COMPETENCIA DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Conforme a lo previsto en el artículo 162° la Constitución, corresponde a la Defensoría del Pueblo proteger los derechos fundamentales de la persona y de la comunidad; así como supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía.

Asimismo, de conformidad con el artículo 9°, inciso 1) de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, ésta se encuentra facultada a iniciar y proseguir de oficio o a petición de parte, cualquier investigación conducente al esclarecimiento de los actos y resoluciones de la administración pública y sus agentes que, implicando el ejercicio ilegítimo, irregular, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones, afecte la vigencia plena de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y la comunidad.

Por su parte, el artículo 26° de la citada ley orgánica, confiere a la Defensoría del Pueblo atribución para emitir resoluciones con ocasión de sus investigaciones a efectos de formular a las autoridades, funcionarios y servidores de la administración del Estado, advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas.

En este marco, corresponde a la Defensoría del Pueblo velar por la vigencia del derecho a la salud, contemplado en el artículo 7° de la Constitución, así como supervisar la labor del Estado en el cumplimiento de las obligaciones que demande la satisfacción de este derecho; con especial atención a lo dispuesto en el artículo 10°, según el cual 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.

La Defensoría del Pueblo inició la investigación con el objeto de determinar si el tránsito de los regímenes especiales al nuevo seguro potestativo ha vulnerado derechos de los asegurados y aseguradas de los ex regímenes especiales y, de ser así, formular las recomendaciones pertinentes, conforme a su mandato institucional.

## **III. ACTUACIONES DEFENSORIALES**

A fin de recabar la información necesaria, la Adjuntía para la Administración Estatal remitió a las Oficinas Defensoriales el Memorando Múltiple N° 01-2005-DP/AAE, solicitando información respecto a las quejas presentadas contra ESSALUD con motivo de los cambios efectuados y el motivo de las mismas.

De igual modo, se remitió un cuestionario para ser aplicado a los asegurados en las Agencias de ESSALUD en las que se originaron las quejas, a fin de poder evaluar el grado de información con que cuentan las personas que van a reinscribirse, así como detectar situaciones que pudieran afectar los derechos de los asegurados.

Finalmente, se efectuó una supervisión para verificar si ESSALUD ha implementado las medidas necesarias para facilitar a los asegurados el procedimiento de inscripción, entre ellas: el cumplimiento de los horarios dispuestos, la implementación de ventanillas de atención, que se brinde la información necesaria y si se estaba cumpliendo con la Ley N° 27408, de atención preferente a las madres gestantes, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

La información recibida de las Oficinas Defensoriales se resume a continuación:

### **3.1. Oficina Defensorial de Ancash**

El 07 de enero de 2005 se llevó a cabo una intervención de oficio en virtud a la denegatoria en la atención que sufrió una madre gestante quien manifestó ser asegurada facultativa en ESSALUD. Según lo señalado por la recurrente, la Oficina de Admisión le indicó que no podía ser atendida por no estar acreditada, a pesar de tener a la vista sus tres últimos recibos de pago emitidos por el Banco de la Nación. En atención a ello, se sostuvo una reunión con el Jefe de Recaudación de ESSALUD-Huaraz, quien manifestó que desde el 31 de diciembre de 2004 se cerró el sistema para todas aquellas personas afiliadas a los regímenes especiales y seguros potestativos, por lo que no era posible su atención hasta que se proceda a la reinscripción; procedimiento que según indicó se llevaría a cabo a partir de la quincena del mes de enero, en tanto estaban esperando las directivas provenientes de la Gerencia de ESSALUD-Chimbote.

Dicha respuesta motivó una comunicación con la Gerencia de ESSALUD-Chimbote, donde manifestaron que efectivamente había dificultades para proceder a la reinscripción en la ciudad de Huaraz debido a una confusión en los formatos que iban a ser utilizados, problema que sería solucionado en pocos días más.

El 12 de enero se sostuvo una reunión con el Jefe de Seguros de ESSALUD de Chimbote, quien ante los hechos materia de la queja corroboró que en tanto las aseguradas y asegurados facultativos no cumplan con suscribir los nuevos contratos, la atención de éstos estaría restringida. Indicó que desde el 14 de enero se llevaría a cabo la suscripción de los contratos, pero luego de este acto se debía esperar 48 horas para que el sistema se actualice y recién puedan ser atendidos. El 14 de enero se sostuvo una conversación con el Gerente de ESSALUD Chimbote, a quien se le expuso la problemática y se le recomendó adoptar medidas urgentes, a fin de no interrumpir la atención médica de este grupo de personas.

### **3.2. Oficina Defensorial de Arequipa**

Con fecha 28 de diciembre se recibió una queja interpuesta por una ciudadana contra ESSALUD<sup>8</sup>. La recurrente manifestó que si bien ESSALUD no la obligaba a cambiarse al nuevo PPV; al haberse incrementado en 200% su valor, tendría que prescindir de éste, más aún si además del incremento en el costo del seguro, ella tendría que pagar S/. 10.00 Nuevos Soles por cada consulta.

De otro lado, mediante Oficio Nro. 037-2004/DP-ODA<sup>9</sup> de fecha 05 de enero de 2005, dirigido al Gerente Administrativo de la Red Asistencial de ESSALUD-Arequipa, se formularon las siguientes recomendaciones:

- Que se habiliten nuevas ventanillas de información, adicionales a las existentes, a fin de garantizar una atención fluida y oportuna
- Que se respete el mandato de la Ley Nro. 27408 referido al trato preferente a favor de las personas adultas mayores, mujeres embarazadas y personas con discapacidad.

Posteriormente se recibió el Oficio N° 015-GA-RAAR-ESSALUD-2005, emitido por el Gerente de Administración de la Red Asistencial Arequipa, informando que habían acogido las recomendaciones formuladas.

La Oficina Defensorial de Arequipa también ha recibido la visita de la Comisión Organizadora de la futura Asociación para la Defensa de los Derechos de los Asegurados de ESSALUD, quienes manifestaron que requerían de la orientación y el apoyo de Defensoría del Pueblo por los problemas que se habían originado con la implementación del nuevo seguro potestativo.

Loa miembros de la mencionada organización consideran que los nuevos planes violan sus derechos al afectar el acceso y la calidad al servicio de salud, al haberse incrementado sustancialmente los aportes mensuales y limitado las coberturas de atención. Por otro lado, indicaron que habían solicitado una entrevista con el Gerente Administrativo de la Red Asistencia de ESSALUD Arequipa y, sin embargo, no habían sido recibidos por dicho funcionario.

---

<sup>8</sup> Expediente N° 3760-2004

<sup>9</sup> Expediente de Oficio N° 054/05

### **3.3. Oficina Defensorial del Cono Este de Lima**

El 05 de enero de 2005 se realizó una visita de inspección a la Agencia de ESSALUD de Salamanca, encontrando gran cantidad de público, entre ellos, adultos mayores y madres gestantes. La mayoría de los presentes se quejaban de la atención manifestando que se encontraban formando cola desde las 5:00 a.m. para conseguir un ticket de atención.

En la entrevista sostenida con el Jefe de la Agencia, éste manifestó que la mayoría eran personas de los ex regímenes especiales, quienes acudían por el proceso de inscripción para el nuevo seguro potestativo. Sin embargo, también se encontraba presente un número importante de asegurados que acudían por diversos trámites como prestaciones económicas, transferencias, acreditaciones, entre otros.

El funcionario explicó que ESSALUD no entregó formularios durante la segunda quincena de diciembre, razón por la cual en esta oportunidad había mayor demanda.

Al consultársele por qué no se colocaron carteles de información al público sobre el proceso de inscripción, respondió que aún no remitían dicha información de la Gerencia Central. Por otro lado, se sugirió la instalación de un toldo y sillas para las personas mayores, niños, niñas y madres gestantes.

Posteriormente, cuando se dio a conocer el cronograma de atención formulado por ESSALUD, se realizó una nueva visita el 17 de enero, encontrándose menor afluencia de personas y un relativo orden en la atención. En dicha oportunidad se aplicó el cuestionario a cuatro personas, quienes coincidieron en señalar que era la segunda o tercera vez que acudían por información, ya que ésta era otorgada de manera limitada.

### **3.4. Oficina Defensorial del Callao**

El 17 de enero de 2005 se realizó una visita a la Agencia Callao, Cono Norte. En ella se constató que habían aproximadamente 200 personas, muchas de las cuales se encontraban desde las 6:00 a.m. En la Agencia se encontraban habilitadas 16 ventanillas de atención y un módulo de orientación.

Se entrevistó a 5 personas, quienes mayoritariamente manifestaron que tenían muy poca información respecto al nuevo seguro potestativo y que habían tomado conocimiento del procedimiento de inscripción mediante los medios de comunicación o en las agencias, cuando acudieron a realizar algún trámite.

Al terminar el horario de atención, el Jefe de la Agencia informó que en dicha fecha se habían realizado 36 inscripciones (19 al PPT y 17 al PPV).

### **3.5. Oficina Defensorial de Cusco**

Esta Oficina informó que el 19 de enero del presente año realizó una visita a la Oficina de Seguro y Recaudación de ESSALUD-Cusco, en la cual se constató que el horario de atención al público para la reinscripción a los nuevos planes se había fijado de lunes a viernes de 07:30 a.m. a 01:00 p.m.

En cuanto a la implementación de ventanillas para la atención del público, se constató que se brindaba atención sólo en tres ventanillas. No se había previsto la implementación de una ventanilla exclusiva para la atención de las personas que soliciten información relacionada a los planes de protección. Los asegurados que acuden para la reinscripción tenían que realizar largas colas junto a los asegurados regulares, quienes también debían formar colas para efectuar trámites relacionados a su seguro, generando demora y congestión y afectando los procedimientos.

En dicha oportunidad se aplicó el cuestionario a 39 personas. A la pregunta sobre cuánto conoce sobre el nuevo seguro, las respuestas variaron desde un desconocimiento total de los nuevos planes, hasta una información muy general. Algunas personas entrevistadas manifestaron que sabían lo suficiente como para afirmar que les resultaba decepcionante y no les convenía ya que los aportes mensuales habían aumentado y que en realidad se trataba de una forma de depurar a los asegurados en ESSALUD.

Con relación a la forma como tomaron conocimiento de la información para la reinscripción, la mayoría manifestó que se informaron a través de los medios de comunicación (televisión, periódicos, radios, entre otros). También señalaron que recibieron información de terceras personas.

En cuanto a la información que poseen los entrevistados respecto al monto que deben pagar por el nuevo seguro, la mayoría manifestó no tener conocimiento de los aumentos, algunos señalaron que ello iba a depender de la edad o las categorías económicas de cada persona o familia. Asimismo, a la pregunta sobre a cual plan se inscribirían, la mayoría contestó que no tenían conocimiento, otros señalaron que estaban buscando uno familiar o que todavía no optaban por algunos de los planes.

### **3.6. Oficina Defensorial de Ica**

Esta Oficina aplicó la entrevista a 40 personas. De las respuestas brindadas por los entrevistados se puede apreciar que las personas que se van a inscribir no cuentan con información, ya que 18 personas manifestaron conocer los planes de manera regular, 16 poco y 6 nada. Respecto a los Planes a los que se inscribirían, 22 personas señalaron que no sabían, 14 que se afiliarían al PPV y 4 al PPT. Asimismo, 27 entrevistados respondieron no

saber si el nuevo plan en el que se inscribirán excluye algún beneficio del que venían gozando. Por otro lado, 38 personas manifestaron haber tomado conocimiento del procedimiento de inscripción por la prensa, mientras que sólo 6 por ESSALUD y 1 por conocidos.

Adicionalmente, se constató que no existía una oficina encargada de brindar información sobre el nuevo seguro potestativo, por lo que se recomendó que se implemente un módulo de información durante el proceso de inscripción.

### **3.7. Oficina Defensorial de La Libertad**

Se presentaron diversas personas manifestando su preocupación respecto a la pérdida de su condición de aseguradas y asegurados ante ESSALUD, a pesar de haber aportado regularmente a esta institución.

Refieren los recurrentes que cuando acudieron a los establecimientos de ESSALUD con el objeto de ser atendidos, les denegaron el servicio aduciendo que su derecho “había caducado”. Manifestaban que había sido así como tomaron conocimiento que habrían efectuado pagos parciales por desconocer que el monto del aporte se había incrementado, lo que ESSALUD consideraba como falta de pago.

### **3.8. Oficina Defensorial de Lambayeque**

Se informó que se estaba cumpliendo con los mecanismos necesarios para la aplicación del nuevo seguro potestativo, entre ellos el horario y el cumplimiento de la Ley de Trato Preferente. Sin embargo, se observó que las personas que acudían a inscribirse no estaban informadas sobre el alcance del nuevo seguro. Dicha situación se evidenció en los resultados de la encuesta aplicada a 40 personas en la Red Asistencial-Lambayeque, el 24 de enero del presente año: 24 personas contestaron que estaban poco informadas, mientras 15 señalaron que no se encontraban informadas y sólo 1 persona manifestó estar bien informada.

A la pregunta sobre cómo tomó conocimiento de la información que posee, 15 personas respondieron por ESSALUD, 14 personas por la televisión, 6 por la radio, 2 por amigos, 1 por prensa escrita y 1 por familiares. En otro aspecto, 25 personas manifestaron no saber cuanto iban a tener que pagar por el nuevo seguro, 6 que no sabían a qué plan debían inscribirse y 34 que no tenían conocimiento si el nuevo plan excluye algún beneficio del que gozaban.

### **3.9. Oficina Defensorial de Lima**

Se han presentado ocho quejas<sup>10</sup>, de cuya lectura se puede concluir que los problemas centrales que enfrentan los recurrentes están relacionados con el incremento de las aportaciones y con las exclusiones contenidas en los nuevos planes, las que recortarían sus beneficios en comparación con los planes anteriores. Esta situación se torna más aguda respecto a las personas, menores de 56 años, que sufren esquizofrenia ya que no se encuentra considerada dentro de las enfermedades crónicas cubiertas por el PPT.

Asimismo, en la visita realizada a la Agencia de ESSALUD de Lima Oeste, situada en Avenida Arenales N° 1302, Jesús María, se entrevistó a 10 personas, quienes manifestaron que se encontraban poco o medianamente informadas de los nuevos planes del seguro potestativo y que se enteraron del nuevo seguro a través de la televisión y los periódicos, considerando dicha información insuficiente. De otro lado, la mayoría de los entrevistados señalaron que no se encuentran conformes con los Planes y que no conocen si se les está recortando algún beneficio.

Adicionalmente, se constató que se encontraban publicados avisos informativos señalando que las enfermedades crónicas que serán cubiertas a las personas menores de 56 años, dentro del PPT, serán: Tuberculosis Multidrogo Resistente, Hepatitis Viral Crónica, VIH / SIDA, Tumores (Cáncer), Diabetes Mellitus, Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, Arritmia Cardíaca Crónica, Fibrosis y Cirrosis del hígado, Insuficiencia Renal Crónica y Enfermedad Sistémica del Tejido Conectivo.

### **3.10. Oficina Defensorial de Madre de Dios**

Se informó que en entrevista con el Jefe de la Oficina de Seguros de ESSALUD-Madre de Dios, se tomó conocimiento de que se encontraban afiliadas 85 personas en todo el departamento. Se estaba respetando el cronograma establecido y debido a la presencia de pocos asegurados se venía admitiendo la inscripción anticipada de quienes lo solicitaban, respetando en primer orden la solicitud de los asegurados según el cronograma.

Se ha implementado una “Constancia de Acreditación Provisional” que se entrega a los asegurados que requieren atención médica pero que aún no se han reinscrito. Dicho documento tiene como fecha de “caducidad” la establecida en el correspondiente

---

<sup>10</sup> Expedientes Nos. 312-2005/DP, 173-2005/DP, 85-2004/DP, 412-2005/DP, 411-2005/DP, 469-2005/DP, 368-2005/DP. Posteriormente se recibieron las quejas que obran en los Expedientes N° 272-2005 y 554-2005/DP, así como el Oficio Múltiple N° 004-CQFDL-05, mediante el cual el Colegio Químico Farmacéutico Departamental de Lima solicitó la intervención de la Defensoría del Pueblo al considerar que se está atentando contra el derecho a la seguridad social y se está tratando en forma discriminatoria al trabajador independiente del trabajador de planilla.

cronograma de inscripción. Asimismo, mediante este documento se permite el pago del monto que los asegurados venían efectuando.

### **3.11. Oficina Defensorial de Piura**

Se informó que se han recibido reclamos referidos a cobros excesivos en el nuevo seguro potestativo<sup>11</sup>. En tal sentido, la Oficina Defensorial de Piura señala que ha tomado conocimiento del Acuerdo de Consejo Directivo N° 046-18-ESSALUD-2004, norma que aprobó las nuevas tarifas pero cuyo ejemplar no obra en dicha Gerencia, sino que la información aparece en un folleto que se reparte a los interesados.

### **3.12. Oficina Defensorial de Puno**

Este Oficina informó que no habían recibido quejas relacionadas con la materia investigada; sin embargo, de la supervisión efectuada el 20 de enero a la Oficina de ESSALUD – Juliaca, se constató que las personas que acudían a la misma desconocían los alcances de la modalidad a la que se afiliaban. La desinformación afecta incluso al propio personal de ESSALUD, quienes se limitan a recibir la solicitud e indicar el costo de cada plan.

### **3.13. Oficina Defensorial de San Martín**

Informó que no ha registrado ninguna queja al respecto. De la visita realizada a la Oficina Administrativa de Essalud-Moyobamba se verificó que los asegurados que se encontraban esperando para ser atendidos pertenecían al seguro agrario. El personal de ESSALUD les explicó que su seguro no había sufrido modificaciones.

La atención se sujeta al horario institucional de atención al público, de 7:30am a 1:00pm., sin embargo, a las personas que vienen de lugares lejanos (caseríos) se les atiende a cualquier hora. En la entrevista sostenida con la Secretaría de Unidad de Seguros se informó que el cronograma es tanto para la re-inscripción como para la atención médica. Si ya había pasado la fecha programada, los asegurados no podrían ser atendidos hasta que no cumplieran con regularizar su inscripción.

---

<sup>11</sup> Las quejas referidas son las siguientes:

1. V.R.A.R se encontraba en el régimen especial de asegurado independiente y aportaba mensualmente S/. 41.00 Nuevos Soles, debiendo aportar con el nuevo seguro S/. 60.00 Nuevos Soles.
2. N.L.D. refiere que como titular del seguro debe aportar S/. 113.00 Nuevos Soles y adicionalmente S/. 43.00 Nuevos Soles por su cónyuge.
3. P.A.V. manifiesta que debe aportar S/. 86.00 Nuevos Soles como titular, más S/. 40.00 Nuevos Soles por su cónyuge y S/. 40.00 Nuevos Soles por cada uno de sus hijos.

Se indicó que varias de las personas que se habían acercado para inscribirse no estaban satisfechas con los nuevos planes, especialmente los que tendrían que adherirse al PPV; lo cual motivó que algunas personas decidieran no afiliarse.

#### **3.14. Oficina Defensorial de Tacna**

El 13 de enero de 2005 se realizó una supervisión a las dependencias de ESSALUD a efectos de verificar cómo se venía desarrollando el procedimiento de reinscripción. En dicha diligencia se entrevistó al Jefe de la Unidad de Seguros, quién informó sobre la ejecución de este proceso. Adicionalmente se constató que se habían habilitado dos módulos de atención al público, donde se brindaba información sobre los planes ofrecidos, a efectos de que una vez que el usuario hubiera elegido el plan procediera a afiliarse. De igual forma, se constató que el local contaba con afiches informativos y el cronograma de afiliación. Por otro lado, se informó que los “rezagados” podrían inscribirse en el transcurso de los 4 días siguientes a la fecha señalada.

En cuanto a la supervisión efectuada en ESSALUD, se encontró aproximadamente de 7 a 10 personas. Las personas entrevistadas manifestaron “no conocer”, “conocer poco” o “muy poco” sobre el nuevo seguro potestativo. Respecto a la forma en que tomaron conocimiento de dicha información, las respuestas señalan que fue a través de los medios de comunicación o por información de un familiar. Por otro lado, ha sido reiterada la respuesta de no estar informados sobre los costos del nuevo seguro, los tipos de planes y si el nuevo plan excluye algún beneficio contenido en el anterior.

Finalmente, se indica que en lo que va del año se ha atendido a cinco personas que se han quejado contra ESSALUD alegando excesivos cobros, cambio de modalidad y privación de las prestaciones asistenciales.

#### **3.15. Oficina Defensorial de Tumbes**

Con fecha 11 de enero de 2005 se recibió la queja<sup>12</sup> de una madre de familia, que señaló haber aportado desde el mes de setiembre de 2003 el importe de S/. 37.00, sin conocer que la tarifa del seguro facultativo se había incrementado debido a las variaciones del valor de la remuneración mínima vital (factor de referencia para la determinación del costo del seguro). Esta situación no fue advertida por ESSALUD y ella continuó recibiendo atención médica durante el año 2004, a pesar de haber hecho un pago parcial.

Manifestó la recurrente que, recientemente, al tratar de hacer uso del seguro se le comunicó que como no había pagado el total del importe (S/. 41.00 Nuevos Soles) se le

---

<sup>12</sup> Expediente 21-05

había excluido como asegurada y en consecuencia no podía gozar de los beneficios de la cobertura. Ante ello, el Representante del Defensor del Pueblo se comunicó vía telefónica con el Gerente General de Essalud Tumbes, quien refirió que este es un problema que se viene presentando en el ámbito nacional y, en consecuencia, se venía tratando en el directorio de ESSALUD.

Finalmente, considerando la información recibida por las Oficinas Defensoriales y del análisis de los PPT y PPV, cuyas cláusulas fueron aprobadas mediante Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 062-GCSEG-GDA-ESSALUD-20047, así como de la información proporcionada por ESSALUD mediante dípticos y comunicados publicados en diversas oficinas y a través de su portal institucional, la Adjuntía para la Administración Estatal remitió a la Gerencia de División de Aseguramiento el Oficio N° 024-2005/AAE-DP del 28 de enero de 2005<sup>13</sup>.

En respuesta a dicha comunicación, el 23 de febrero de 2005, la Gerencia de División de Aseguramiento de ESSALUD remitió el Oficio N° 007-GDA-ESSALUD-2005, mediante el cual dio respuesta a algunas de las interrogantes planteadas y remitió el Acuerdo N° 46-18-ESSALUD-2004.

#### **IV. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN EN LOS NUEVOS PLANES DEL SEGURO POTESTATIVO**

Tal como quedó expresado en el Informe Defensorial N° 87 “El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social. Supervisando Establecimientos de Salud”,<sup>14</sup> encontramos una primera aproximación al concepto de “salud” en la definición que adoptaron hace más de medio siglo los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud-OMS, al señalar que éste es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Al respecto, la Constitución reconoce el derecho a la salud en su artículo 7° al establecer que *“Todos tienen 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”*. En atención a ello,

---

<sup>13</sup> La información solicitada se encuentra referida a los principales problemas detectados: respecto a la población asegurada; sobre la posibilidad de un período de regularización para aquellas aseguradas o asegurados que omitieron pagar el íntegro de los aportes que les correspondía debido al incremento de la Remuneración Mínima Vital; del proceso de inscripción en el nuevo seguro potestativo y los problemas detectados; de los beneficiarios de los planes del seguro potestativo; de la cobertura a enfermedades crónicas.

Asimismo se solicitó la remisión del Acuerdo de Consejo Directivo N° 46-18-ESSALUD-2004 y el estudio técnico que sustente el nuevo seguro potestativo, entre otros.

<sup>14</sup> Aprobado mediante Resolución Defensorial N° 18-2004/DP, publicada en el diario oficial el Peruano el 27 de agosto de 2004.

sus artículos 9º, 10º y 11º contienen obligaciones que orientan la labor del Estado para garantizar la efectividad de dicho derecho<sup>15</sup>.

En tal sentido, la Ley General de Salud, en su Título Preliminar<sup>16</sup>, declara que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Asimismo, el citado artículo señala que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Señala, a su vez, que el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.

A nivel internacional, el derecho a la salud ha sido reconocido y desarrollado por diversos instrumentos internacionales, donde se han establecido obligaciones y responsabilidades para los Estados, como la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>17</sup>, la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre<sup>18</sup>, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales<sup>19</sup> y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales<sup>20</sup>.

En relación a la aplicación de este último Pacto Internacional, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales elaboró la Observación General N° 14, en la cual

---

<sup>15</sup> Artículo 9º.- 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.

Artículo 10º.- 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 para la elevación de su calidad de vida."

Artículo 11º.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento."

<sup>16</sup> Artículos VI y VII del Título Preliminar de la Ley General de Salud.

<sup>17</sup> Artículo 25.1º "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"

<sup>18</sup> Artículo 11º "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"

<sup>19</sup> Artículo 10º: "(...) 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público (...)"

<sup>20</sup> Artículo 12º: "1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."

señala, entre otros aspectos importantes, que el referido derecho entraña libertades (como el derecho a controlar su salud y su cuerpo) y derechos, entre los que figura el relativo a un sistema de protección que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Por otro lado, ha señalado el Comité que el derecho a la salud debe contener, mínimamente, los siguientes elementos esenciales que se relacionan entre sí: disponibilidad<sup>21</sup>, aceptabilidad<sup>22</sup>, calidad<sup>23</sup> y accesibilidad, por el cual el Estado debe garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. El elemento de accesibilidad presenta, a su vez, cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.

Lo expresado implica una responsabilidad por parte del Estado, por cuanto, como también lo ha señalado el Comité, el derecho a la salud impone tres niveles de obligaciones al Estado: la obligación de *respetar*<sup>24</sup>, *proteger* y *cumplir*. Las obligaciones de *proteger* incluyen, entre otras, las de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud. Por su parte, la obligación de *cumplir* (facilitar, proporcionar y promover) requiere que el Estado reconozca suficientemente el derecho a la salud en su sistema político y ordenamiento jurídico y adopte una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud, que incluya el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos.

Sin embargo, en el año 2001 aproximadamente un 25 % de la población peruana no tenía acceso a los servicios de salud, siendo la principal causa de ello la existencia de barreras económicas<sup>25</sup>. En las Cuentas Nacionales de Salud 1995 – 2000<sup>26</sup>, se concluye que el 4,7% que el Perú gasta de su PBI en atención de salud resulta insuficiente, preocupando que el 37% de dicho gasto sea aportado por los hogares, convirtiéndose en la primera

---

<sup>21</sup> Por el cual cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

<sup>22</sup> Con la idea de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

<sup>23</sup> Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

<sup>24</sup> La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.

<sup>25</sup> Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006 del Ministerio de Salud.

<sup>26</sup> Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2000. Perú. Ministerio de Salud. Oficina General de Estadísticas e Informática. Oficina General de Planeamiento Estratégico; Organización Panamericana de la Salud. Lima, 2004.

fuentes de financiamiento en una sociedad donde el 54% de la población se encuentra en situación de pobreza, lo cual tiene consecuencias de inequidad y precariedad en el financiamiento, lo que a su vez afecta la eficacia y eficiencia global del sistema.

A esta deficiencia en la inversión estatal en salud se suma la inexistencia de un sistema articulado adecuadamente que permita una eficiente utilización de los escasos recursos públicos invertidos por el Estado, existiendo más bien cuatro subsistemas de salud<sup>27</sup> que actúan sin mayor coordinación entre ellos, lo cual origina que existan, a la vez, personas no atendidas y capacidad instalada ociosa.

En tal sentido, se hace necesario optimizar el gasto público en salud, armonizando los diferentes componentes del sistema nacional de salud a efectos de generar sinergia y eliminando cualquier factor de dispersión del gasto público en esta materia.

Al respecto, se ha señalado que “(...) el aseguramiento público es la única forma en que los países han logrado superar en alguna forma la barrera económica del acceso a los servicios de salud y de esta manera lograr que los pobres puedan acceder a los servicios de salud. Es la manera más costo-efectiva y racional para el Estado de aliviar la situación de salud de la población más pobre (...)”<sup>28</sup>

Precisamente los regímenes especiales de seguro constituyeron un modelo de seguro público, implementado como una respuesta del Estado Peruano al insuficiente gasto público en salud. No obstante su implementación, el seguro estuvo afectado por criterios ajenos a un análisis racional respecto a los beneficios posibles de otorgar y los costos que éstos originarían para el sistema, a tal punto que se hizo necesaria su reforma.

La problemática suscitada en torno al cierre de los regímenes especiales y a la creación del nuevo seguro potestativo llama a la reflexión respecto a la necesidad de formular una reforma en el sistema de salud, que, por un lado, permita que la población peruana pueda ejercer su derecho a la salud y a la seguridad social y que, por otro, los recursos del Estado se asignen y ejecuten de manera eficaz y eficiente. Cabe recordar que uno de los objetivos plasmados en el Acuerdo Nacional se refiere a alcanzar “equidad y justicia social”, y para ello se asume el compromiso de *“garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, promoviendo el acceso universal a la jubilación y la seguridad social, y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado.”*<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Ministerio de Salud, ESSALUD, Fuerzas Armadas o Policiales y Seguros Privados.

<sup>28</sup> Guzmán Changanqui, Alfredo. Análisis Comparativo de Modelos de Aseguramiento Público y Propuesta de un Sistema Solidario de Seguridad Social en Salud, Serie Cuadernos de Trabajo. ForoSalud, Lima, setiembre de 2003.

<sup>29</sup> Objetivo 2.4 y Décimo Tercera Política de Estado.

## V. PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA IMPLEMENTACION DEL NUEVO SEGURO POTESTATIVO

En atención a las consideraciones antes expuestas, de la lectura de los nuevos planes ofrecidos, así como de la información obtenida en el trámite de las quejas y entrevistas aplicadas por las Oficinas Defensoriales, concluimos que los principales problemas que se han generado en este proceso, son los siguientes:

### 5.1. Respecto al incremento en el costo de los planes.

El Acuerdo N° 46-18-ESSALUD-2004 estableció que para el caso del Plan "A" (PPT) el aporte por grupo familiar, tanto para el titular como para el cónyuge, asciende a S/. 60.00 mensuales (incluido IGV). Posteriormente, el Acuerdo N° 2-1-ESSALUD-2005 indicó que excepcionalmente podrían afiliarse como titulares al PPT, los hijos menores de edad de los ex asegurados de regímenes especiales con enfermedades crónicas determinadas por ESSALUD, cuyo aporte es individual e independiente del aporte de los padres.

En relación al PPV se determinó que el aporte mensual es individual, de acuerdo a la edad del titular y de los derechohabientes, según el siguiente cuadro:

Rango de Edad	Aporte mensual en nuevos soles (INCLUYE I.G.V. 19%)
Menores de 18 años	40
De 18 hasta 24 años	49
De 25 hasta 34 años	68
De 35 hasta años 49	86
De 50 hasta 64 años	113
De 65 a más	140

Adicionalmente, se estableció un copago de S/. 10.00 por cada consulta externa e interconsulta, así como un copago hospitalario equivalente a la tarifa de un día de hospitalización más I.G.V.

En tal razón, de las quejas presentadas ante la Defensoría del Pueblo se advierte que la razón principal de los reclamos se encuentra referida al monto que los asegurados deberán abonar por su afiliación a los nuevos planes. Esta situación afectaría especialmente a aquellos a quienes les corresponde afiliarse al PPV, quienes además del aporte como titular deberán realizar un pago adicional por cada derechohabiente que afilien y copagos para recibir atenciones.

Cabe precisar que la Ley N° 26790, LMSSS, establece en el literal c) de su artículo 6° que el aporte de los afiliados potestativos es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado. Por su parte, el artículo 27° del reglamento de dicha Ley, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA dispone que el aporte se determina en función al contenido y naturaleza del plan elegido, que es de cargo del afiliado y se expresa en términos monetarios, según lo establecido en el contrato.

Llama la atención que, a pesar de que la norma señala que el aporte debe expresarse en el contrato, ni en el modelo del contrato de seguro potestativo Plan Protección Total, ni en los formularios aprobados, se precisa el monto de este seguro; por el contrario se señala en la séptima cláusula que *“el aporte mensual, incluido el IGV, del Plan de Salud es de acuerdo a lo establecido por ESSALUD”*.

En cuanto al monto de los aportes, consideramos que, en tanto en las prestaciones de estos planes ESSALUD actúa como gestor de un seguro social (conceptualmente distinto de los instrumentos de la seguridad social), el costo determinado para cada plan y su cobertura debe tener sustento en un adecuado estudio técnico, respecto al costo real y efectivo que implicaría brindar las prestaciones contenidas en los planes referidos<sup>30</sup>.

La Defensoría del Pueblo solicitó a la Gerencia de División de Aseguramiento de ESSALUD información sobre el estudio actuarial o financiero que respalde el diseño del nuevo seguro y sus planes. Ante dicha solicitud, ESSALUD ha respondido que *“ (...) el Nuevo Seguro Potestativo se ha desarrollado sobre la base de un estudio técnico que considera la información del gasto en salud de los ex asegurados de regímenes especiales en los centros asistenciales más representativos de EsSalud, tomando en cuenta su nivel de complejidad, servicios de salud y nivel de concentración de la población adscrita; base sobre la cual se determina los indicadores de extensión de uso y concentración de los servicios de consulta externa, hospitalarios, emergencia e intervención quirúrgica, de los grupos poblacionales a quienes van dirigidos los planes de este seguro potestativo, indicadores utilizados para calcular el gasto por las prestaciones de salud otorgadas y monto de los aportes mensuales por tipo de plan.”* No obstante lo señalado, no se nos proporcionó la información solicitada.

Por otro lado, debe considerarse que debido a una deficiente integración de los diversos componentes del sistema de salud peruano, que ocasiona se presenten distorsiones en los instrumentos de focalización del gasto público en salud; un importante sector de la población se encuentra excluido del sistema, toda vez que carece de recursos suficientes para solventar el costo de un seguro privado, pero a su vez no califican como pobres para

---

<sup>30</sup> A su vez, ello evitaría que dichas prestaciones sean subsidiadas por los aportes de los asegurados y aseguradas regulares.

los efectos de ser cubierto por los programas de focalización financiados por el Tesoro Público (como por ejemplo el Seguro Integral de Salud, SIS)<sup>31</sup>.

Al momento de determinar el costo de los planes ofrecidos se debe considerar la situación económica vulnerable de los sectores medios, quienes ven en estos planes el único acceso a servicios de salud y si bien es menester fijar aportaciones que permitan la subsistencia económica del sistema, sin afectar a los asegurados regulares; también es necesario recordar que la salud es un derecho constitucional que compromete al Estado y a la sociedad en general, siendo prioritario promover políticas inclusivas en esta materia.

## **5.2. De los beneficiarios de los planes del nuevo Seguro Potestativo**

En relación a los beneficiarios del PPT<sup>32</sup> se estableció que dicho seguro incluiría al afiliado titular (asegurados de los Regímenes Especiales desde 56 años), su cónyuge mujer o varón incapacitado en forma total y permanente para el trabajo y, excepcionalmente, asegurados de los Regímenes Especiales menores de 56 años con enfermedades crónicas e hijos menores de edad de los ex asegurados de regímenes especiales con enfermedades crónicas determinadas por ESSALUD.<sup>33</sup>

Por su parte, el PPV alcanza a trabajadores independientes, personas que no reúnan los requisitos para una afiliación regular y sus derecho habientes, así como a los asegurados de regímenes especiales menores de 56 años, al cónyuge o concubino(a), a los hijos menores de 18 años, a los hijos mayores de 18 años incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, previa presentación de la Resolución Directoral de Incapacidad otorgada por ESSALUD, y a los hijos nacidos durante la vigencia del contrato.

De una comparación de ambos planes, llama la atención que el primero otorgue cobertura sólo al cónyuge y a los hijos menores de edad con enfermedad crónica, mientras que el segundo incluye al cónyuge y a los y las concubinas, así como a los hijos e hijas menores de edad y mayores de edad incapacitadas para el trabajo.

Al respecto, la Ley N° 26790<sup>34</sup>, señala en su artículo 3° que *“son asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes (...) Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere*

---

<sup>31</sup> Ver: Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000. Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Perú, 2003; Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud. Perú 1985-2002. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Perú, 2003 y; Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006. Organización Panamericana de la Salud. Perú, 2002.

<sup>32</sup> La Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 062-GCSEG-GDA-ESSALUD aprueba las cláusulas de los contratos de los planes del seguro potestativo, aprobados mediante Acuerdo N° 46-18-ESSALUD-2004.

<sup>33</sup> Acuerdo N° 2-1-ESSALUD-2005

<sup>34</sup> Modificada por la Primera Disposición Complementaria de la Ley N° 27177, vigente a partir del 26 de setiembre de 1999.

*el artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o los mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, siempre que no sean afiliados obligatorios*".<sup>35</sup> En tal sentido, al incluirse a los concubinos y concubinas como derechohabientes mediante Ley, su exclusión del PPT mediante una norma de inferior jerarquía contraviene el principio de legalidad y jerarquía normativa, resultando discriminatorio<sup>36</sup>.

De igual manera preocupa la situación de los hijos e hijas mayores de edad de los ex asegurados mayores de 56 años quienes se encuentran incapacitados para el trabajo y cuentan con Resolución Directoral de Incapacidad otorgada ESSALUD, en mérito a la cual venían recibiendo tratamiento hasta diciembre del 2004. Con la implementación del nuevo seguro potestativo se han quedado sin cobertura para el tratamiento de enfermedades comprendidas en la capa simple o compleja toda vez que el PPT no los incluye como beneficiarios y el PPV no cubre dichas enfermedades. Especial preocupación merece la situación de quienes sufren de insuficiencia renal crónica y venían recibiendo tratamiento de hemodiálisis, cuya exclusión se ha previsto en la cláusula sexta del contrato de dicho Plan.

En respuesta a nuestra inquietud, mediante Oficio N° 007-GDA-ESSALUD-2005, se nos comunicó que *"para determinar el tipo de derechohabiente del Plan Protección Total se ha considerado lo establecido en la segunda disposición transitoria del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley N° 26790, modificado por los Decretos Supremos N°s 001-98-SA, 010-2002-SA, 008-2003-TR y 014-2003-TR, que señala que los asegurados de Regímenes Especiales registrados al 09 de setiembre de 1997, continuarían gozando del íntegro de sus prestaciones a cargo de ESSALUD, hasta el 31 de diciembre de 2004, debiendo trasladarse al Seguro Potestativo después de esa fecha. En tal sentido, los derecho habientes comprendidos como regímenes especiales eran los que han sido considerados en el PPT"*.

Sin embargo, las normas citadas se encuentran referidas exclusivamente a la ampliación del plazo para el cierre de los regímenes especiales y el tránsito hacia un seguro potestativo.

---

<sup>35</sup> El artículo 326° del Código Civil señala que 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 fuera aplicable, siempre que dicha unión haya durado por lo menos dos años continuos.

<sup>36</sup> En este punto es necesario precisar que se arriba a dicha conclusión de una interpretación sistemática de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud del 17 de mayo de 1997 y su reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA del 09 de setiembre de 1997; así como de la Ley N° 27056, Ley de creación de ESSALUD del 30 de enero de 1999 y su reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 02-99-TR, del 27 de abril de 1999, así como de la Ley N° 27177 del 26 de setiembre de 1999. En tal sentido, aún cuando el Reglamento de la Ley N° 26790 señala en su artículo 30° que *"la calidad de asegurado derechohabiente deriva de su condición de dependiente del afiliado regular"* sin realizar la misma precisión en cuanto al afiliado potestativo, la Ley N° 26790 no hace distinción en la condición de derecho habiente entre unos y otros asegurados, por lo que no debe distinguirse donde la ley no distingue.

Adicionalmente, un Decreto Supremo no podría restringir los alcances de la Ley N° 26790 respecto a la definición de derechohabientes por ser una norma de menor jerarquía.

Por otro lado, el referido oficio señala que *“el PPT está subsidiado por el PPV, por lo que incorporar más derechohabientes significaría un mayor desbalance que tendrían que cubrirlo los asegurados del otro plan de salud, afectando su economía.”*

Al respecto, consideramos que un estudio técnico, actuarial o financiero que respalde la creación de un plan de seguro de salud debe permitir la sostenibilidad económica del mismo y, a su vez, evitar que las personas que se encontraban afiliadas, ya sea como titulares o como derechohabientes, que venían recibiendo prestaciones se queden sin ningún tipo de cobertura, ya que ello pone en riesgo su salud y su vida.

Finalmente, hay que considerar la situación de las personas que se encontraban afiliadas a través del seguro potestativo de ESSALUD (Seguro EsSalud Personal-Familiar, EsSalud Independiente y Seguro Potestativo Unico)<sup>37</sup>, por cuanto, de acuerdo a lo señalado por ESSALUD, éstos mantienen sus coberturas durante la vigencia de sus contratos anuales, pudiendo trasladarse al PPV cuando finalicen los mismos. Se indica que *“se estima que para el mes de marzo de 2005 se iniciará las afiliaciones al PPV para asegurados de los seguros potestativos de EsSalud y nuevas afiliaciones de trabajadores y profesionales independientes”*.

### **5.3. Respecto a la cobertura de los planes del nuevo Seguro Potestativo**

En cuanto a la cobertura de los planes ofrecidos por ESSALUD, el Acuerdo N° 46-18-ESSALUD-2004 establece para el PPT las siguientes prestaciones y servicios:

- a. Prestaciones de recuperación de la salud: atención ambulatoria y hospitalaria, ayuda al diagnóstico, atención de emergencia, medicinas e insumos médicos, Endoprótesis y Exoprótesis y servicios de rehabilitación.
- b. Prestaciones de prevención y promoción de la salud: Plan Mínimo de Atención<sup>38</sup>, precisándose que dicho plan incluye todo procedimiento y diagnóstico relacionado con enfermedades comprendidas en el Plan Mínimo de Atención, además de enfermedades complejas y de alta especialización.
- c. Prestaciones económicas: gastos de sepelio hasta S/. 2,070.
- d. Prestaciones sociales<sup>39</sup>: acceso a los Centros del Adulto Mayor, a los centros de Rehabilitación Profesional y al Programa de Asistencia Domiciliaria.

---

<sup>37</sup> De acuerdo a la información proporcionada por ESSALUD, dicha población a diciembre de 2004 era de 133,042 personas.

<sup>38</sup> Anexo 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

<sup>39</sup> Sólo para el titular.

- e. Otros: Aló EsSalud, Sistema de Referencia y Contrarreferencia y Sistema de Transporte Asistido de Emergencia.

Por su parte, el PPV otorga las siguientes prestaciones:

- a. Prestaciones de recuperación de la salud: atención ambulatoria y hospitalaria, ayuda al diagnóstico, atención de emergencia, medicinas e insumos médicos y servicios de rehabilitación<sup>40</sup>.
- b. Prestación de maternidad: Atención por Maternidad, que incluye control de la gestación, parto normal, múltiple y cesárea, legrado uterino, complicaciones del embarazo, consultas pre y post natal y atención del recién nacido.
- c. Prestaciones de prevención y promoción de la salud: Plan Mínimo de Atención<sup>41</sup>.
- d. Otros: Aló EsSalud, Sistema de Referencia y Contrarreferencia y Sistema de Transporte Asistido de Emergencia.

Las diferencias entre uno y otro Plan radican en que mientras el PPT otorga cobertura a enfermedades de la capa simple y compleja, el PPV sólo cubre las enfermedades del Plan Mínimo de Atención, por lo tanto no tienen cobertura las enfermedades de capa compleja que no se encuentran comprendidas en dicho listado, tales como las enfermedades oncológicas, reumatológicas, hemodiálisis y diálisis peritoneal en programa, VIH/SIDA, trasplante de órganos y tejidos, trastornos mentales y del comportamiento (trastornos neuropsiquiátricos), entre otras. Por otro lado, el PPV tampoco brinda prestaciones económicas (sepelio), ni sociales.

Por su parte, la LMSSS establece en su artículo 9° que las prestaciones del Seguro Social de Salud en ningún caso podrán tener una cobertura inferior al Plan Mínimo de Atención que se establece en los reglamentos. En tal sentido, el reglamento de la LMSSS, define en su artículo 2° lo que se entiende por Capa Simple, Capa Compleja y Plan Mínimo de Atención<sup>42</sup>.

En cuanto al Plan Mínimo de Atención, el reglamento señala que éste contiene las prestaciones a las que se encuentra obligado a otorgar el Seguro Social en Salud a sus

---

<sup>40</sup> No incluye Endoprótesis y Exoprótesis.

<sup>41</sup> Anexo 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

<sup>42</sup> Artículo 2.- Para la aplicación del presente reglamento, se entiende por:

f) Capa Simple, al conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1. Pueden ser prestadas por el IPSS o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud.

g) Capa Compleja, al conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1. Son de cargo del IPSS.

h) Plan Mínimo de Atención, al conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud. El Plan Mínimo de atención consta en el Anexo 2.

asegurados<sup>43</sup>. A su vez, dispone que éste debe revisarse cada dos años, debiendo ser modificado por Decreto Supremo refrendado por el Ministerio de Salud, con la opinión técnica de ESSALUD<sup>44</sup>.

Como quiera que dicho reglamento data del año 1997, resulta necesario que el Plan Mínimo de Atención sea revisado por las instancias correspondientes, a efecto de que el mismo sea adecuado a las características y necesidades de nuestra sociedad en las actuales circunstancias.

Por ejemplo, en temas de salud mental, en el grupo de riesgo adultos incluye los “síntomas y signos que involucran el estado emocional” como: nerviosismo, inquietud, agitación, violencia física, tensión y estado de choque emocional, hiperactividad, entre otros; lo cual significaría que el Plan prevé que se de solución sólo al síntoma de una enfermedad y no a la enfermedad misma.

Por otro lado, la sección del Plan Mínimo relativa a “Preventivo Promocionales” contiene un subtítulo “Personas con riesgos potenciales para la salud, relacionados con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud” que incluye: historia familiar de epilepsia y otras enfermedades del sistema nervioso, historia familiar de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras. Sin embargo en el PPV, tanto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome completo relativo al SIDA (SCRS), y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el VIH, como los trastornos mentales y del comportamiento (trastornos neuropsiquiátricos) se encuentran excluidas de cobertura.

El PPT comprende única y exclusivamente a los ex asegurados de regímenes especiales desde 56 años y, excepcionalmente, a menores de dicha edad con enfermedad crónica. La enfermedad crónica es definida por la Resolución de la Gerencia Central de Seguros N° 062-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004 como aquella que tiene un tiempo de evolución prolongada o permanente y que requiere de un tratamiento y control continuo. Se establece que será determinada por ESSALUD.

Tal como lo informó la Oficina Defensorial de Lima, en las visitas realizadas a las agencias de ESSALUD se encontró avisos informativos que indicaban las enfermedades crónicas que serán cubiertas por el PPT a los ex asegurados de los regímenes especiales menores de 56

---

<sup>43</sup> Artículo 20.- La cobertura que otorga el Seguro Social en Salud a los asegurados incluirá obligatoriamente, al menos, las prestaciones establecidas en el Plan Mínimo de Atención contenido en el Anexo 2, así como las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo que no están cubiertos de modo especial por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

<sup>44</sup> Artículo 21.- El Plan Mínimo de Atención se revisa cada dos años y se modifica por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS. Su cumplimiento es supervisado por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

años, sin embargo no se indicaba cual era la norma que aprobaba dicha relación. En vista de ello, mediante Oficio N° 024-2005/AAE-DP de fecha 28 de enero de 2005 se solicitó el documento o criterio técnico que sustentaba la elección de las mismas, así como la norma que lo regulaba.

Recién el 6 de febrero del presente año se publicó la Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 070-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004, que estableció las enfermedades que son consideradas como crónicas para la afiliación al PPT del ex asegurado de los regímenes especiales, y/o su cónyuge, menores de 56 años<sup>45</sup>. Dicha resolución fue modificada mediante Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 016-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005 del 2 de abril de 2005<sup>46</sup>.

Mediante Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 05-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005, publicada el 6 de febrero del año en curso, se amplió la cobertura para los casos de hijos menores de 18 años de edad con enfermedades crónicas establecidas por ESSALUD<sup>47</sup>, siempre que al 31 de diciembre de 2004 se encuentren registrados como tales y hasta que el afiliado cumpla la mayoría de edad.

Al respecto, si la Resolución fue publicada el 6 de febrero es necesario que se precisen las medidas que se han adoptado para permitir la regularización en la contratación de aquellas personas de los ex regímenes especiales que ya se inscribieron de acuerdo al cronograma y que tienen hijos menores con enfermedad crónica.

Asimismo, en relación a la implementación de dicha medida, sería conveniente que ESSALUD precise los siguientes aspectos: ¿Qué medidas se han previsto para incorporar como titulares a quienes se afiliaron como menores con enfermedad crónica cuando éstos cumplan la mayoría de edad? ¿En cuál Plan podrán afiliarse? ¿Gozarán de continuidad para efectos de cobertura?

Aún cuando ya fueron publicadas las resoluciones que señalan cuáles son las enfermedades consideradas como crónicas, es necesario que se precise cuáles son los estudios técnicos que

---

<sup>45</sup> Tuberculosis Multidrogoresistente, Hepatitis Viral Crónica, Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Tumores o Neoplasias Malignas (Cánceres), Diabetes Mellitus Insulinodependiente o Tipo 1, Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, Arritmia Cardíaca (crónica), Fibrosis y Cirrosis del Hígado, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Sistémica del Tejido Conectivo, sin especificar.

<sup>46</sup> Adicionándose: trastornos mentales y del comportamiento, hemofilia y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas.

<sup>47</sup> Tuberculosis Multidrogoresistente, Hepatitis Viral Crónica, Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Tumores o Neoplasias Malignas (Cánceres), Diabetes Mellitus Insulinodependiente o Tipo 1, Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, Arritmia Cardíaca (crónica), Fibrosis y Cirrosis del Hígado, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Sistémica del Tejido Conectivo, sin especificar, Enfermedad Cardíaca Reumática Crónica, Deformidad Congénita de la Cadera, Retraso Mental, Malformación Cardíaca, Fibrosis Quística, Mielomeningocele, Miopatía, Parálisis Cerebral Infantil.

sustentan la elección de las mismas y por qué se excluyen otras, que venían siendo tratadas hasta diciembre de 2004 y que ahora han quedado sin cobertura.

Especial preocupación representa el caso de las personas que presentan trastornos mentales y del comportamiento y que han recibido tratamiento hasta diciembre del año pasado, puesto que no se encontraban dentro del listado de enfermedades crónicas para menores de 56 años con cobertura en el PPT y en el PPV se encuentran expresamente excluidas<sup>48</sup>.

En relación a dicha problemática, mediante Oficio N° 024-2005-DP/AEE se preguntó a ESSALUD cuántas personas afiliadas al Seguro EsSalud Personal – Familiar, EsSalud Independiente y Seguro Potestativo Unico han recibido tratamiento por enfermedades mentales durante los años 2003 y 2004. Asimismo, si es que en alguno de los planes se prevé la atención de trastornos mentales y del comportamiento. En respuesta, ESSALUD señaló que el PPT cobertura enfermedades de la capa simple y capa compleja, por lo tanto tienen cobertura la casi totalidad de enfermedades crónicas que pudiesen presentar los asegurados a dicho plan, incluyendo la atención por trastornos mentales.

No obstante dicha respuesta, el 2 de abril del presente año se publicó la Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 016-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005, mediante la cual se incluyen los trastornos mentales y del comportamiento como enfermedades crónicas para la afiliación del ex asegurado y/o su conyugue de los regímenes especiales menores de 56 años al PPT.

Por otro lado, cabe mencionar que se trasladó a ESSALUD la inquietud respecto al caso en que una enfermedad crónica sobrevenida, tal como VIH/SIDA, afectase a una persona afiliada al PPV. La pregunta fue si era posible que ésta reciba cobertura a través de un copago o si no podrá contar con cobertura bajo ningún supuesto. ESSALUD respondió que *“En caso de otras enfermedades crónicas que puedan afectar a los ex asegurados, de acuerdo a lo señalado por la Ley N° 26790, el derecho a la seguridad social 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: EsSalud, Ministerio de Salud y Entidades Prestadoras de Salud, según las funciones de cada entidad. Así mismo, en caso de afiliados al Plan Protección Vital que tuvieran alguna enfermedad crónica y requieran atención, EsSalud les puede dar cobertura como terceros, previo pago de las prestaciones que se les otorgue.”*

Lo expresado por ESSALUD refuerza lo señalado respecto a la necesidad de poner en marcha una reforma en el Sistema Nacional de Salud, que incentive una cultura de la previsión en salud, que permita que todos los peruanos y peruanas logren acceder a un

---

<sup>48</sup> Numeral 6.2.26 de la Cláusula Sexta, aprobada mediante Resolución N° 062-GCSEG-GDA-ESSALUD-2004.

seguro y que el Estado tenga capacidad de dar efectiva respuesta a las necesidades de sus ciudadanos, respetando su obligación de cumplir o garantizar el derecho a la salud.

#### **5.4. Deficiencias en la información de parte de ESSALUD**

La mayoría de las personas entrevistadas manifestaron encontrarse poco o nada informadas respecto al procedimiento de inscripción para el nuevo seguro potestativo, los planes que éste ofrece, así como el costo y las exclusiones de los planes.

Aquellos que manifestaron contar con algún tipo de información, también señalaron que ésta era brindada de manera incompleta e insuficiente; ello explica la razón por la cual los encuestados desconocen si el nuevo plan les otorga la misma cobertura o, por el contrario, excluye algún beneficio del cual gozaban anteriormente.

La información proporcionada por ESSALUD mediante dípticos y comunicados publicados en sus diversas oficinas o a través de su portal institucional en relación al contenido de los nuevos Planes, no resulta clara ni suficiente para que las personas que deseen migrar al nuevo seguro potestativo, adopten una decisión consciente e informada acerca de todos los beneficios y exclusiones que dichos planes contienen. Dicha situación no resulta compatible con el elemento de accesibilidad que debe contener el derecho a la salud, ya que el mismo implica también que la población tenga acceso a la información acerca de las cuestiones relacionadas a su salud.

A ello cabe añadir que no encontramos disponibles el Acuerdo de Consejo Directivo N° 46-18-ESSALUD-2004, la Resolución N° 012-GDA-ESSALUD-2004 y la Carta Circular N° 036-GDA-ESSALUD-2004, toda vez que no fueron publicadas en el Diario Oficial El Peruano ni en el Portal Institucional de ESSALUD, por lo que hubo que solicitarlos mediante Oficio N° 024-2005-DP/AAE.

También se solicitó a la Gerencia de División de Aseguramiento que precise cual era el plazo de inscripción para el nuevo seguro potestativo, al apreciar que no existía información uniforme al respecto puesto que mientras el cronograma alfabético<sup>49</sup> señalaba como fecha final el 29 de abril de 2005, en los dípticos distribuidos por ESSALUD sobre el PPT se indicaba que el periodo de afiliación era de enero a junio de 2005.

De la misma manera, solicitamos que se aclare si una vez que vencía el cronograma para una letra la persona podía inscribirse posteriormente, siempre que sea antes del último día del mes de junio; así como si se había previsto un período de inscripción extemporánea al

---

<sup>49</sup> Publicado el 10 de enero por la Gerencia de Relaciones Institucionales de ESSALUD

plazo del cronograma y, de ser así, cuáles serían los efectos en cuanto a la cobertura, continuidad y pago de los aportes de los meses transcurridos.

Al respecto, ESSALUD respondió que *“las inscripciones de acuerdo al cronograma se realizarán del 10 de enero al 29 de abril de 2005, no obstante ello, aquellos ex asegurados de regímenes especiales que a esa fecha no hubieran realizado su afiliación al Nuevo Seguro Potestativo, podrán hacerlo hasta el 30 de junio de 2005, manteniendo el beneficio de la continuidad en las prestaciones de salud, es decir la no aplicación de períodos de carencia y/o espera (...) Este programa fue considerado hasta el mes de abril y no hasta junio 2005, toda vez que las atenciones para los comprendidos en este régimen estarán garantizadas en todos los centros asistenciales de EsSalud, hasta la fecha en que le corresponda su afiliación, de acuerdo a cronograma, asumiendo EsSalud el gasto por las prestaciones brindadas sin la contraprestación derivada de aporte alguno.”*<sup>50</sup>

Dicha respuesta aún deja dudas respecto al plazo de inscripción y sus efectos, ya que si bien se afirma que la afiliación podrá realizarse hasta el 30 de junio (en oportunidad posterior al vencimiento del período señalado en el cronograma) y que se mantendrá el beneficio de la continuidad en las prestaciones de salud, se señala también que las atenciones estarán garantizadas hasta la fecha en que corresponda la afiliación “de acuerdo al cronograma”.

En tal sentido, resulta necesario que ESSALUD precise claramente que las personas comprendidas en los ex regímenes especiales, cuyo plazo de inscripción ya venció según el cronograma, podrán inscribirse hasta el 30 de junio, fecha hasta la cual se deben garantizar las atenciones.

Debe tenerse presente que es responsabilidad del Estado y específicamente de ESSALUD, facilitar el proceso de tránsito brindando a todos los usuarios y usuarias información adecuada y oportuna que posibilite que estas personas adopten la decisión que sea más adecuada a sus intereses.

### **5.5. Deficiencias de logística y organización**

De los informes remitidos por las Oficinas Defensoriales se evidencia que no se adoptaron de manera preventiva medidas que garanticen un procedimiento ordenado, básicamente en aspectos logísticos y de organización interna. Ello ha ocasionado que un sector de la población asegurada de los ex regímenes especiales considere que se han vulnerado sus derechos.

---

<sup>50</sup> Oficio N° 007-GDA-ESSALUD-2005

Un ejemplo de la falta de previsión lo encontramos en lo informado por la Oficina Defensorial del Cono Este, a quienes se les manifestó que la gran cantidad de personas presentes durante la supervisión del 5 de enero de 2005 se debía a que dicha oficina no había entregado formularios informando sobre los diversos trámites durante la última quincena de diciembre. Este fue el motivo por el cual, en los primeros días de enero, concurrieron tanto asegurados regulares como aquellos pertenecientes a los ex regímenes especiales que deseaban inscribirse en el nuevo seguro potestativo. Cabe resaltar que hasta esa fecha no se había puesto en conocimiento de la ciudadanía ni del propio personal de ESSALUD el cronograma de inscripción, el mismo que empezó a regir a partir del 10 de enero de 2005.

En relación a este tema, también resulta preocupante lo verificado por la Oficina Defensorial en Ancash, ya que debido a un inadecuado mecanismo de comunicación desde el nivel Central, así como a la falta de directivas uniformes a nivel nacional, se restringió la atención médica a una madre gestante y, en general, se dejó sin cobertura durante las primeras semanas de enero a la población asegurada. Esta situación generó que los asegurados tuvieran que esperar hasta que se realicen las coordinaciones con la sede central a efectos de que se tome conocimiento de la posición institucional respecto a este tema.

También se ha verificado la ausencia de criterios uniformes a nivel nacional en cuanto a la posibilidad de implementar una inscripción extemporánea. Así por ejemplo, a la Oficina Defensorial de Tacna se le informó que los “rezagados” podrían inscribirse en el transcurso de los 4 días siguientes a la fecha programada, sin que dicha disposición se encuentre contenida en alguna norma o directiva de la institución. Mientras que, en Madre de Dios la Oficina de Seguros de ESSALUD viene admitiendo la inscripción anticipada de quienes lo solicitan y han implementado incluso una “Constancia de Acreditación Provisional” que se entrega a los asegurados que requieren atención médica y que se encuentran dentro del período de inscripción.

Según lo informado por la Oficina Defensorial de Piura, la Agencia de ESSALUD no contaba con el texto del Acuerdo de Consejo Directivo N° 046-18-ESSALUD-2004; razón por la cual se limitaban a brindar información a los ciudadanos únicamente en base a la información contenida en material de difusión.

Situaciones como las descritas evidencian problemas de organización interna, así como débiles mecanismos de coordinación y de información tanto en el interior de la institución, como para sus asegurados. Es conveniente que ESSALUD tome las previsiones necesarias, a efecto de prevenir situaciones en que las personas afiliadas al seguro potestativo sientan vulnerados sus derechos.

## **5.6. Pago parcial efectuado por asegurados y aseguradas a ex regímenes especiales y los inadecuados mecanismos de control de ESSALUD en el pago de aportes.**

Mención aparte merece el problema verificado por las Oficinas Defensoriales de Tumbes, Trujillo y Lima respecto a algunas personas ex aseguradas a los regímenes especiales que por desconocimiento de la tarifa vigente, calculada como porcentaje de un valor referencial y por tanto cambiante en el tiempo, habrían estado aportando un monto menor al que correspondía (S/. 37.00 o S/. 39.00 Nuevos Soles en lugar de S/. 41.00).

Dicha situación no habría sido advertida oportunamente por ESSALUD, que además habría recibido sin mayor reparo estos pagos parciales e incluso habría brindado atención médica con normalidad.

Del análisis de los casos presentados se puede concluir que existió una manifiesta voluntad de dichas personas en continuar su relación contractual con ESSALUD y que el error en el monto del aporte se generó como consecuencia de la variación de la Remuneración Mínima Vital, situación que no fue conocida por los recurrentes ni advertida a los mismos por ESSALUD.

Esta situación pone en evidencia que ESSALUD no ha implementado eficientemente sus procedimientos de control respecto al registro de los asegurados y aseguradas. Ello no sólo repercute negativamente en quienes aportaron menos y actualmente se ven amenazados de quedarse sin cobertura, sino también en la gestión financiera del seguro.

Cabe señalar que no es la primera oportunidad en que se origina un problema de esta naturaleza, lo cual ha implicado que se otorguen plazos para la regularización del pago de aportes de las personas aseguradas a los denominados ex regímenes especiales, los mismos que se han hechos públicos a través del Acuerdo de Consejo Directivo N° 63-8-ESSALUD-2001, Acuerdo de Consejo Directivo N° 229-32-ESSALUD y Resolución de Gerencia General N° 165-GG-ESSALUD-2001.

En tal sentido, mediante Oficio N° 024-2005-DP/AAE fue necesario hacer de conocimiento de ESSALUD dicha problemática y solicitar evaluar la posibilidad de permitir la regularización del pago de aportes de los asegurados de los ex regímenes especiales, a fin de subsanar esta situación.

Posteriormente, mediante Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 06-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005, se dictaron las normas complementarias para la regularización del pago de aportes de ex asegurados de regímenes especiales para que puedan trasladarse al nuevo seguro potestativo.

Aún cuando consideramos conveniente la adopción de dicha medida, hay algunos aspectos que deberían ser aclarados:

- El artículo 1° señala que se encuentran comprendidos los ex asegurados de regímenes especiales afiliados bajo la modalidad de facultativos independientes, continuadores facultativos, amas de casa y madres de familia. En párrafo aparte se incluyen a los ex choferes profesionales independientes.

Sin embargo, ni el artículo 2° referido a las personas no comprendidas en la regularización, ni el 3° que regula las situaciones de “no perdida” por regularizar, hacen mención a los ex choferes profesionales independientes.

- Por su parte, en el artículo 2° también se señala que no se podrá regularizar el pago de las aportaciones cuando se adquirió la condición de asegurado regular o agrario dependiente, inclusive por sólo un mes.

Sería conveniente precisar el sentido de dicha disposición, ya que podría interpretarse que la regularización sólo se aplicará a aquellos asegurados a los ex regímenes especiales que deseen inscribirse en el nuevo seguro potestativo y no a todos los ex asegurados, independientemente de si se reinscribirán o no, lo cual resultaría discriminatorio para quienes adquirieron la condición de asegurados regulares o agrario dependientes.

- La Segunda Disposición Final dispone la continuidad de las prestaciones de salud a quienes se encuentren acreditados al mes de diciembre de 2004, hasta el plazo establecido para su afiliación de acuerdo al cronograma determinado. En tal sentido, resulta conveniente que se aclare cual es el procedimiento que deberán seguir aquellas personas cuya fecha de inscripción venció antes de la publicación de la referida Resolución.

## **VI. CONCLUSIONES**

1. De las quejas presentadas ante las Oficinas Defensoriales, así como de las entrevistas realizadas a personas aseguradas a los ex regímenes especiales, se desprende que el principal problema lo constituye el monto de los aportes de los nuevos planes del seguro potestativo, especialmente del PPV.

Por otro lado, de los informes remitidos por las Oficinas Defensoriales se evidencia que la insatisfacción manifestada por los asegurados se origina en medidas adoptadas

en aspectos logísticos o de organización interna para la implementación del procedimiento de inscripción al nuevo seguro potestativo.

2. En tanto ESSALUD actúa como gestor de un seguro social, el costo para cada plan que ofrece, así como su cobertura, debe sustentarse en un adecuado estudio técnico respecto al costo real y efectivo que implicar brindar las prestaciones contenidas en los planes. Si bien es conveniente fijar aportaciones que permitan la subsistencia económica del sistema, sin afectar a los asegurados regulares, también es necesario recordar que la salud es un derecho constitucional que compromete al Estado y a la sociedad en general, siendo prioritario promover políticas inclusivas en esta materia.
3. Lo señalado precedentemente resulta aún más importante si consideramos que la inadecuada articulación de los componentes integrantes del Sistema Nacional de Salud (MINSA, ESSALUD, seguros privados y hospitales y centros de salud de las Fuerzas Armadas y Policiales) determina la ineficiencia del gasto público en esta materia; lo cual origina que amplios sectores de la población se vean excluidos al no cumplir con los atributos de pobreza que condicionan la aplicación de los programas sociales, ni contar con los recursos que demanda un seguro privado de salud.

En tal consideración, urge avanzar hacia una reforma del Sistema Nacional de Salud, tendiente a lograr una integración sinérgica de sus diversos componentes, separando adecuadamente sus principales funciones: el financiamiento del sistema, la prestación de los servicios y la modulación o regulación de éste.

4. Respecto a la cobertura que brinda el Seguro Social, en cumplimiento del artículo 21° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, resulta necesaria la revisión del Plan Mínimo de Atención, toda vez que dicho Plan fue aprobado en el año 1997 y actualmente la población peruana enfrenta realidades y necesidades distintas respecto a su salud.
5. En cuanto a los beneficiarios del Plan Protección Total, al haberse excluido a los concubinos y concubinas, así como a los hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, se contraviene lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley N° 26790, afectándose el principio de legalidad y jerarquía normativa.
6. En relación a la información proporcionada por ESSALUD acerca de la implementación del nuevo seguro potestativo, de las encuestas aplicadas se evidencia que la mayoría de las personas manifestaron encontrarse poco, nada o regularmente informados. Aquellos que manifestaron contar con algún tipo de información, también señalaron que ésta era otorgada de manera incompleta e insuficiente ello se relaciona con el desconocimiento de los entrevistados respecto a si el nuevo plan le

otorga la misma cobertura o excluye algún beneficio del cual gozaban. El mayor número de entrevistados señaló haber tomado conocimiento a través de los medios de comunicación y, en segundo lugar, por ESSALUD.

7. La información proporcionada por ESSALUD, tanto la contenida en los Planes Protección Total y Protección Vital, así como la brindada mediante dípticos y comunicados publicados en sus diversas oficinas o a través de su portal institucional, no resulta clara ni suficiente. Ello afecta a las personas que se encontraban afiliadas a los ex regímenes especiales, toda vez que no les permite contratar el nuevo seguro potestativo con pleno conocimiento de todos los beneficios y exclusiones que dichos planes contienen.

Es responsabilidad de ESSALUD facilitar este proceso de tránsito, brindando a todos los usuarios y usuarias información adecuada y oportuna que posibilite que estas personas adopten la decisión que sea más adecuada a sus intereses.

8. La insuficiencia de información disponible no sólo afecta a quienes desean afiliarse al nuevo seguro potestativo, sino que en ocasiones alcanza al propio personal de ESSALUD, ya que en algunos casos manifestaron no contar con el texto del Acuerdo de Consejo Directivo N° 046-18-ESSALUD-2004, sino únicamente con un folleto informativo. Al no haber sido publicado, junto con otras normas relevantes, ni en el Diario Oficial El Peruano ni en el Portal Institucional de ESSALUD, el acceso a la información se ha visto restringido.
9. En relación a las personas ex aseguradas a los regímenes especiales que estuvieron aportando un monto menor al que correspondía, cabe señalar que dicha situación no habría sido advertida oportunamente por ESSALUD, quien no sólo no habría informado a dichas personas que la tarifa había variado o que dicho pago no se computaba como tal por ser un pago parcial, sino que incluso les habría brindado atención médica con normalidad. Ello evidencia que ESSALUD no ha implementado eficientemente sus procedimientos de información a sus usuarios, ni de control respecto al registro de los mismos y sus aportes. No contar con un registro actualizado y un mecanismo de detección eficiente de cualquier irregularidad, repercute en la gestión financiera del seguro.

## **VII. RECOMENDACIONES**

En virtud de lo expuesto, y en uso de las facultades señaladas en el artículo 162° de la Constitución, así como en el artículo 26° de la Ley Orgánica, Ley N° 26520, la Defensoría del Pueblo considera necesario:

**Artículo Primero:** a la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD:

**RECOMENDAR:**

1. Implemente mecanismos de información suficientes y adecuados respecto a los nuevos planes de atención, su cobertura, así como sus costos totales (incluyendo los dependientes de los titulares). Dicha información además debe referirse de manera específica a las exclusiones de los nuevos planes, indicando las diferencias respecto a los planes anteriores.
2. Defina los alcances del plazo de inscripción al nuevo seguro potestativo, informando a la ciudadanía de manera clara los plazos máximos de inscripción, incluyendo el período de afiliación comprendido entre el mes de abril (plazo final según el cronograma alfabético) y el mes de junio (según el plazo general), así como los efectos en cuanto a atención y continuidad.
3. Unifique a nivel nacional el procedimiento referido al proceso de reinscripción, capacitando además a sus funcionarios y servidores sobre el mismo, a fin de que puedan brindar una información completa, oportuna y comprensible a todas las personas que lo requieran.
4. Garantice la atención médica, a nivel nacional, de las personas aseguradas a través de los ex regímenes especiales, mientras se concluya con el procedimiento de inscripción para el nuevo seguro potestativo.
5. Adecue el Plan Protección Total a lo dispuesto por el artículo 3° de la Ley N° 26790, incorporando como beneficiarios a los concubinos y concubinas, así como a los hijos e hijas mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo.
6. En relación a las personas que en virtud de la Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 06-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005 pueden regularizar el pago parcial de sus aportes: establezca medidas para que se les permita afiliarse, no obstante haber vencido el plazo establecido en el cronograma. De igual manera, es necesario establecer un plazo similar para aquellas personas que, de acuerdo al cronograma, se inscribieron con anterioridad al 6 de febrero en el PPT y que tienen hijos menores de 18 años con alguna enfermedad crónica determinada por ESSALUD, los cuales pueden afiliarse excepcionalmente de conformidad con la Resolución de Gerencia Central de Seguros N° 05-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005.

7. Informe a la ciudadanía con la debida antelación en qué consiste y cómo va a implementarse el denominado “Seguro de Emergencias”.
8. Publique en su portal institucional los Acuerdos del Consejo Directivo, así como las directivas internas o circulares, de forma tal que se facilite el acceso a la información de los asegurados y aseguradas y de la ciudadanía en general.

**Artículo Segundo: RECORDAR** que la falta de información oportuna, adecuada y comprensible respecto a los nuevos planes implementados, sus alcances, exclusiones y costos, precisando las diferencias respecto a los anteriores planes, dificulta en gran medida que los asegurados y aseguradas adopten una decisión conciente y satisfactoria para sus intereses, siendo ello una afectación a su derecho a la salud.

**Artículo Tercero: RECOMENDAR** a la Ministra de Salud, en cumplimiento del artículo 21° del Decreto Supremo N° 09-97-SA, la revisión del Plan Mínimo de Atención de acuerdo a las necesidades actuales de la población peruana.

**Artículo Cuarto: REMITIR** el presente informe al Poder Ejecutivo y a las Comisiones de Seguridad Social y de Salud del Congreso de la República, a efectos de que, en el marco de sus competencias, evalúen alternativas idóneas para una reforma al sistema nacional de salud orientada a lograr una integración sinérgica de sus diversos componentes y separando adecuadamente sus principales funciones (financiamiento, prestación de servicios y regulación). El propósito de tal reforma sería garantizar el acceso de todos los peruanos y peruanas a los servicios de salud, a través de mecanismos de seguro accesibles y eficientes.

**Artículo Quinto: ENCARGAR** a la Adjuntía para la Administración Estatal el inicio de una investigación respecto al Sistema Nacional de Salud, que de cuenta del grado de cumplimiento de las obligaciones de protección y garantía del derecho a la salud bajo el actual sistema.