



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
INVESTIGACION

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

**“FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL PARA  
EVITAR LAS AFILIACIONES INDEBIDAS AL SISTEMA DE  
ASEGURAMIENTO EN ESSALUD, LIMA – PERÚ, 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**AUTOR**

**JACQUELINE NOEMÍ BARJA MARTÍNEZ**

**ASESOR:**

**DR. EDWARD ESPINOZA HERRERA**

**JURADO**

**DRA. ROSA MARLENE SÁNCHEZ SÁNCHEZ**

**DRA. WILMA YECELA LIVIA ROBALINO**

**DRA. ALICIA AGROMELIS ALIAGA PACORA**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por todas las bendiciones y cosas bellas que ha hecho en mi vida, que me llenan de felicidad.

A mis padres, en especial a mi querido padre, Juan Barja Borja, le dedico este trabajo como resultado y expresión de todos sus sabios consejos, principios y valores, por guiarme y motivarme a ejercer esta noble profesión para luchar por la defensa y el respeto de nuestros derechos, por enseñarme que el conocimiento es sinónimo de libertad y que con esfuerzo, sacrificio y perseverancia se logra grandes frutos.

A todas aquellas personas que tienen el propósito de lograr un cambio en la Administración Pública y en nuestra sociedad, manteniendo siempre abiertos los ojos y nuestra conciencia.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia y amigos, por el apoyo incondicional que me brindaron en los momentos más importantes de mi vida.

A la Dra. Ibett Rosas Díaz, catedrática de esta prestigiosa y querida Universidad, por sus enseñanzas y consejos que han forjado en mí el espíritu de lucha, valentía, justicia y verdad.

A mi amado Eduardo García, por ser la fuerza viva que me impulsa a seguir luchando cada día por un presente y un mañana mejor lleno de dicha y amor.

En especial, mi gratitud eterna a Dios, por protegerme en cada paso que doy, por darme siempre la oportunidad de realizar mis grandes sueños y alcanzar mis metas en todos los aspectos de mi vida.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del Problema.....	2
1.2. Descripción del problema .....	3
1.3. Formulación del Problema.....	7
1.3.1. Problema General.....	7
1.3.2. Problemas Específicos.....	7
1.4. Antecedentes .....	8
1.4.1. Antecedentes nacionales.....	8
1.4.2. Antecedentes internacionales .....	11
1.5. Justificación de la investigación .....	14
1.6. Limitaciones de la investigación.....	14
1.7. Objetivos .....	15
1.7.1. Objetivo General .....	15
1.7.2. Objetivos Específicos.....	15
1.8. Hipótesis.....	15
1.8.1. Hipótesis General .....	15
1.8.2. Hipótesis Específicas.....	15
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1. Marco Conceptual .....	16
2.2. Bases teóricas.....	19
2.2.1. Sistema de Control .....	20
2.2.2. Gobierno Digital.....	20
2.2.3. Inteligencia Organizacional.....	31
2.2.4. Instrumentos de Control .....	34
2.2.5. Afiliaciones Indevidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD. ....	40

2.2.6. Potestad Sancionadora de ESSALUD .....	57
III. MÉTODO.....	62
3.1. Tipo de investigación .....	62
3.2. Población y muestra .....	63
3.2.1. Población.....	63
3.2.1. Muestra.....	63
3.3. Operacionalización de variables .....	64
3.4. Instrumentos.....	65
3.5. Procedimientos.....	66
3.6. Análisis de datos. ....	67
3.7. Consideraciones Éticas .....	68
IV. RESULTADOS.....	69
4.1. Contrastación de la Hipótesis. ....	69
4.2. Resultados del Cuestionario. ....	74
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	100
VI. CONCLUSIONES .....	104
VII. RECOMENDACIONES .....	106
VIII. REFERENCIAS .....	109
IX. ANEXOS.....	112
ANEXO N° 1: Matriz de Consistencia.....	113
ANEXO 2: Validez y Confiabilidad de Instrumentos de Medición.....	114
ANEXO 3 : Encuesta.....	116
ANEXO 4 : Juicio de Expertos .....	120
ANEXO 5 : Proyecto de Directiva General que regula el Procedimiento de Control de las Afiliaciones Indevidas en ESSALUD .....	127

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general determinar las estrategias para el fortalecimiento del sistema de control en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD. La investigación es de tipo Aplicada, nivel correlacional y descriptiva, con un diseño No Experimental transversal. La muestra fue de 83 profesionales especialistas que laboran en la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de ESSALUD. Se aplicó un cuestionario basado en la Escala de Likert, el cual se sometió a la validación de expertos y la confiabilidad se determinó a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, cuyo resultado es de 95%, con una alta confiabilidad. Se realizó un estudio descriptivo de las variables, basado en información obtenida de la página web oficial de ESSALUD y aquella proporcionada por los funcionarios de dicha entidad. Los resultados se lograron obtener mediante análisis inferencial para conocer el nivel de correlación mediante la prueba de **Rho de Spearman**. Se llegó a la conclusión que existe una correlación positiva entre las variables sistema de control y afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD – Lima.

**Palabras clave:** Sistema de Control, Afiliaciones indebidas, Seguridad Social en Salud.

## **ABSTRACT**

The general objective of this research is to determine the strategies for strengthening the control system in the identification of undue affiliations to the insurance system in ESSALUD. The research is of the Applied type, correlational and descriptive level, with a transversal non-experimental design. The sample consisted of 83 specialist professionals working in the Central Management of Insurance and Economic Benefits of ESSALUD. A questionnaire based on the Likert Scale was applied, which underwent expert validation and reliability was determined through Cronbach's Alpha Coefficient, the result of which is 95%, with high reliability. A descriptive study of the variables was carried out, based on information obtained from the official ESSALUD website and that provided by the officials of said entity. The results were obtained by inferential analysis to know the level of correlation using the Spearman's Rho test. It was concluded that there is a positive correlation between the control system variables and undue affiliations to the insurance system in ESSALUD - Lima.

**Keywords:** Control System, Improper Affiliations, Social Security in Health.

## I. INTRODUCCIÓN

El Estado debe garantizar el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, y supervisar su eficaz funcionamiento, en virtud del artículo 11° de la Constitución Política del Perú; y cuando nos referimos al libre acceso a recibir prestaciones correspondientes al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud ciertamente pensamos en aquella estrecha relación que tiene con el derecho fundamental al trabajo, siendo además deber del Estado garantizar la libertad de este derecho, así como la libertad de empresa, comercio e industria; no obstante, el ejercicio de tales derechos y libertades no debe ser lesivo a la salud, a la seguridad pública ni a la moral; lo que conlleva a la necesidad de adoptar mecanismos de control en el sistema de aseguramiento en salud.

Por este motivo, la presente investigación busca analizar cómo opera el sistema de control respecto a las afiliaciones en el Seguro Social de Salud – ESSALUD, profundizar en la problemática que es denominada como “Afiliaciones Indebidas o Filtraciones al Sistema de Aseguramiento en Salud”, conocer sus causas y efectos, a fin de plantear estrategias de gestión que puedan ser implementadas para el fortalecimiento del control de las afiliaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, evitando el ejercicio indebido de estos derechos.

En el capítulo primero se realiza el planteamiento, descripción y formulación del problema de la investigación, justificación, limitaciones, objetivos, antecedentes y la hipótesis respectiva.

En el segundo capítulo se describe el marco teórico sobre el sistema de control y el sistema de aseguramiento en salud, así como la definición de los términos principales. En el tercer capítulo se describe el método empleado, operacionalización de variables e instrumentos. En el cuarto capítulo se presenta los resultados obtenidos y en el quinto capítulo se desarrolla la discusión de los mismos. Finalmente, en el sexto y séptimo capítulo se realiza las conclusiones y recomendaciones respectivas. Se anexa una propuesta de Directiva General que puede ser implementado en ESSALUD.

## 1.1. Planteamiento del Problema

La afiliación indebida al sistema de aseguramiento en salud constituye una problemática que se mantiene latente en diferentes países del mundo, desde hace varias décadas; sin embargo, al parecer no es un tema de interés de las autoridades que tienen el poder de decisión ante la demanda real de casos que exigen con urgencia implementar reformas, propiciar la articulación gubernamental, aplicando estrategias para el fortalecimiento del sistema de control a fin de prevenir y frenar el fraude en las afiliaciones a la seguridad social en salud; ello, en razón al perjuicio económico y social que genera al Estado, pero sobre todo por el irreparable daño a los propios asegurados y a terceros.

La afiliación indebida, o también llamada fraudulenta, ilegal, irregular, debe ser entendida como aquella que no guarda correspondencia con la situación real del asegurado y/o sus derechohabientes, quienes emplean diversas modalidades, tales como, la simulación de relaciones laborales, creación de empresas “fantasma”, el aprovechamiento de la necesidad de los ciudadanos que son inducidos a ésta práctica por intermediarios (personas naturales o jurídicas), con el fin de adquirir la condición de asegurados para acceder a las prestaciones de salud, económicas o sociales que brinda el Seguro Social de Salud o que se otorgue los beneficios a sus presuntos derechohabientes, entre otras formas de afiliación indebida; todo ello, sumado a la vulneración de normas, el vacío legal, ausencia de tipificación penal de conductas infractoras y sanciones efectivas en materia de seguridad social en salud, entre otros.

Por lo tanto, la presente investigación analizará de qué manera el sistema de control influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, administrado por ESSALUD, durante el ejercicio 2018, en la ciudad de Lima; lo que permitirá conocer a fondo esta problemática y proponer estrategias para el fortalecimiento del sistema de control a fin de evitar las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud.

## **1.2. Descripción del problema**

### **- A Nivel Global**

En el mundo existen ciertos sistemas de aseguramiento en salud que son muy eficientes. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI, 2014), actualmente denominado Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en el documento titulado “Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013”, señala que, en la Unión Europea, ocho países: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y España se rigen por el modelo de sistema nacional de salud, siendo su financiación sanitaria a través de los impuestos, cuyo modelo se basa en la solidaridad (quien más tiene más paga). Los ciudadanos de España, Dinamarca y Reino Unido tienen acceso gratuito, sin copago alguno.

En el caso del Reino Unido, el Sistema Nacional de Salud (NHS) se encarga de la sanidad pública británica, siendo la primera organización gubernamental del mundo en proveer asistencia sanitaria a toda la población. Los otros siete países: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos se rigen por el modelo Bismark, financiados por las cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores, que son la principal fuente de financiación y a través de los impuestos.

De otro lado, en Canadá, el sistema de salud es financiado por el gobierno y es accesible a todos independientemente de sus ingresos.

En Estados Unidos, mediante la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, en inglés Patient Protection and Affordable Care Act, abreviada (PPACA) promulgada por el ex Presidente Barack Obama el 23 de Marzo del 2010, se otorgó diversos beneficios con la finalidad de que todos los ciudadanos cuenten con algún tipo de protección médica sin exclusiones, incluso se prohibió que las aseguradoras nieguen cobertura a las personas debido a condiciones pre-existentes.

Sin embargo, en otros países el modelo de aseguramiento en salud todavía es complejo, como es el caso de México, cuya seguridad social es financiada con contribuciones tripartitas (trabajador - empresa - Estado) que son administrados por institutos autónomos, se encuentra segmentado por la fuente de financiamiento, coexistiendo seguros con financiamiento subsidiado, semicontributivo, contributivo y privado, presentando niveles muy limitados de articulación respecto al uso de infraestructura, tecnología, formación de recursos, movilización de especialistas y adquisición de insumos estratégicos, tanto en la prestación de servicios como en el aseguramiento público; situación que hace propicia las filtraciones al sistema de aseguramiento con las afiliaciones indebidas, problemática que afrontan actualmente muchos países en el mundo.

Hussmann (2011), asociada del Área de Práctica de Gobernabilidad Democrática del Centro Regional del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para América Latina y el Caribe, en su investigación sobre “Vulnerabilidades a la Corrupción en el Sector Salud: Perspectivas de América Latina en los Subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub nacional)”, manifiesta que los sistemas nacionales de salud en América Latina y el Caribe son extremadamente heterogéneos con relación a sus estructuras y contexto de país; por lo que es probable que los riesgos de corrupción muestren diferencias considerables en las áreas y procesos más afectados. Asimismo, hace mención los escándalos públicos en el Régimen Contributivo Colombiano, que involucraba actores públicos y privados, debido a la falta de información, transparencia y control externo e interno, tratando de ilustrar que, en un sistema con una separación entre el financiamiento y la provisión de servicios y mecanismos de salud competitivos, las vulnerabilidades se relacionan en particular con el fraude y la corrupción en el procesamiento de reclamación y afiliación.

Maldonado (2017), en su ensayo “La Afiliación Fraudulenta en el Sistema de Seguridad Social Integral Colombiano”, realiza un análisis normativo y jurisprudencial de la afiliación

fraudulenta al Sistema General de la Seguridad Social en Salud en dicho país, llegando a la conclusión de que este panorama impone el reto de fortalecer el marco regulatorio de la afiliación fraudulenta, precisando los efectos de esta práctica al interior de sistema, sin perjuicio de la inspección, vigilancia y control que el Estado debe realizar a los que sacan provecho del vacío inexistente.

**- A Nivel Local**

Los artículos 10°, 11 y 12° de la Constitución Política del Perú, establecen que el Estado reconoce y garantiza el derecho 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; así como el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas; asimismo, el Estado supervisa su eficaz funcionamiento, y que los fondos de la seguridad social son intangibles, consecuentemente, no se pierden en el tiempo; sin embargo, en materia de seguridad social en salud, el ejercicio indebido de este derecho constitucional puede tornarse en perjudicial, afectando derechos fundamentales de los asegurados, como la vida y la salud, generándose las denominadas “filtraciones” a la seguridad social en salud.

En el Perú, el Seguro Social de Salud (ESSALUD), es el organismo público descentralizado que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y de riesgos humanos, de otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos, de conformidad a lo establecido en los artículos 1 y 3 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud. Si bien, se ha venido implementando en los últimos años, ciertas estrategias y mejoras en el sistema de control de las afiliaciones al régimen contributivo

de la seguridad social en salud a cargo de ESSALUD; sin embargo, a la fecha no se ha efectuado un análisis sobre la necesidad de fortalecer el sistema de control, a fin de prevenir las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud.

ESSALUD realiza los procesos orientados a la afiliación y acreditación en el Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes, a través de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas, a nivel nacional; asimismo, realiza el monitoreo de la recaudación y la fiscalización de los aportes de los asegurados a cargo de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT), la misma que es responsable de transferir los fondos y la información de los contribuyentes, en forma oportuna y confiable, garantizando su integridad, confidencialidad y disponibilidad.

En ese sentido, cada año se va incrementando significativamente el número de los asegurados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, administrado por ESSALUD, habiéndose alcanzado un total de 11,493,440 asegurados (a diciembre del 2018), generando un mayor flujo de información y de fondos entre el ente recaudador SUNAT y ESSALUD, así como el incremento de trabajo en la gestión de todos los procesos que realiza ESSALUD para la atención y control de los asegurados, repercutiendo en la calidad de los servicios que brinda; ello sumado a la falta de información actualizada y oportuna, la desarticulación a nivel institucional, procedimientos administrativos burocratizados, entre otros aspectos.

Ante este escenario, es evidente que ocurran situaciones de afiliaciones indebidas, en las que una persona, sin cumplir con los requisitos de una relación jurídica de seguridad social, logra su acreditación como asegurado y consume en forma indebida prestaciones de salud, económicas sociales, empleando diferentes mecanismos para vulnerar las normas de seguridad social, entre las cuales podemos mencionar: La simulación de una relación laboral para tener la condición de asegurado o de concubinato para ser considerado un derechohabiente.

Dicha problemática se viene incrementando con mayor intensidad, siendo ejecutado tanto por personas naturales y jurídicas, habiendo incluso mejorado su “modus operandi”, a través de intermediarios o empresas que tercerizan en forma ilegal las actividades permanentes bajo la actividad de asesorías profesionales “especializadas”, con la finalidad de no ser fiscalizados.

Tales actuaciones motivaron la realización de la presente investigación, en la que se busca analizar cómo opera el sistema de control de las afiliaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, considerando los diversos factores y el impacto socio jurídico en el Sistema de Aseguramiento en Salud, con la finalidad de proponer mejoras para el fortalecimiento del sistema de control, debido a que la sola existencia del marco normativo en materia de control de las afiliaciones indebidas no resulta suficiente o no garantiza que las actuaciones realizadas tanto por los usuarios del sistema de aseguramiento como por la entidad prestadora de servicios, se encuentren exentas de fraude; y de manera particular, permitirá una mejora en la conducta de los ciudadanos y entidades empleadoras para el acceso a las prestaciones de salud y/o económicas, a nivel nacional, a través de una propuesta normativa que los procedimientos de control de las afiliaciones al sistema de aseguramiento en salud.

### **1.3. Formulación del Problema**

#### **1.3.1. Problema General**

¿De qué manera el sistema de control influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, en Lima – Perú, año 2018?

#### **1.3.2. Problemas Específicos**

- a) ¿De qué manera el Gobierno Digital influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018?
- b) ¿Cómo la Inteligencia Organizacional influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018?

- c) ¿De qué manera los Instrumentos de control influyen en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018?

## **1.4. Antecedentes**

### **1.4.1. Antecedentes nacionales**

Si bien, no se ha encontrado antecedentes de estudios similares a la presente investigación, que trate de manera directa sobre el sistema de control u otras estrategias que contribuyan a evitar las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud; se ha considerado algunos trabajos de investigación que tratan de manera tangencial algunos aspectos relacionados a la presente investigación.

Toyama y Ángeles (2004) en su estudio titulado “Seguridad Social Peruana: Sistema y Perspectivas”, hace referencia en forma sucinta, respecto al Sistema de Salud en el Ordenamiento Peruano, realizando un análisis comparativo entre el sistema unificado y el sistema plural en salud y pensiones, en sus diferentes regímenes, en el cual concluye que existe una desconcentración funcional a tal extremo que no se produce todos los deseados niveles de coordinación entre las entidades que se encargan de regular las diferentes áreas de actuación de la Seguridad Social tales como la fiscalización, el concepto de remuneración asegurable, los cruces de información necesaria para determinar los aportes, los fraudes, etc.; indica además que, en la seguridad social en salud es donde quizás se presenten distorsiones administrativas en mayor grado.

El Consorcio de Investigación Económica y Social – (CIES, 2014), en su Informe Final sobre Mejora de los Procesos de Gestión de la Información de Aseguramiento en ESSALUD realiza un análisis sobre la problemática que se presenta en ESSALUD respecto a la información proporcionada por la SUNAT, en el que se evidencian registros de asegurados titulares y sus derechohabientes que no concuerdan con los datos del

Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC); asimismo, sobre la duplicidad de registros, incongruencias en la información de las entidades empleadoras que aparecen activas y al mismo tiempo registran fecha de baja; además, que no todas las altas en el registro están siendo proporcionadas en forma oportuna a ESSALUD, ello sumado al tiempo de espera para transferir los datos y ponerlo a disposición de las áreas usuarias, procesos manuales para la acreditación en los sistemas de ESSALUD, entre otros hallazgos; razón por la cual señala que estaría faltando controles sobre la información registrada por el empleador, generando riesgo de fraude y suplantaciones.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2015), en el trabajo titulado “Estudio Financiero Actuarial de ESSALUD 2015”, concluyó que es necesario adoptar una estrategia integral con planes de acción coherentes y coordinados en varios ámbitos, evaluación y ajuste constante de políticas y prácticas de recaudación, cobertura, control y afiliación, inversión en sistemas de información, modelo de gestión administrativo y prestacional, coordinación con organizaciones externas, fomento de cambios normativos, etc. Asimismo, entre sus recomendaciones menciona que es necesario efectuar cambios sustanciales en la gestión de ESSALUD, interactuando con otros organismos del Estado tales como el MTPE, SUNAT, SUNAFIL, RENIEC, MINSA, SUSALUD, entre otros.

De otro lado, en el Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2016), se publicó un Informe titulado “Sistematización de Experiencias Exitosas y/o Innovadoras durante la Gestión Institucional de ESSALUD 2012-2016”, el cual hace referencia a la construcción de un modelo de buenas prácticas de gestión y lecciones aprendidas, señalando que la aplicación de la metodología de sistematización nos permite adicionalmente evidenciar los niveles de eficacia y eficiencia que se pueden alcanzar en el control de las filtraciones, la identificación de los hitos a seguir en las buenas prácticas de gestión implementadas, así como contribuir a crear una cultura institucional que genere valor público; que estas

buenas prácticas de gestión sobre control de las filtraciones, se enmarcan en el objetivo estratégico de contribuir a la sostenibilidad financiera de la Institución.

Asimismo, se define a las filtraciones del Régimen Contributivo de la Seguridad Social como aquellas situaciones en las cuales una persona sin cumplir con los requisitos de una Relación Jurídica de Seguridad Social, consume en forma indebida recursos de la Seguridad Social al recibir una prestación de salud, una prestación económica o una prestación social.

Córdova (2016), en su tesis titulada “Los trabajadores infractores al SIS que cuentan con atención facultativa de ESSALUD – Hospital San José Callao 2016”, concluyó que nueve (9) trabajadores activos del Hospital San José del Callao se afiliaron al Seguro Integral de Salud (SIS) teniendo seguro social peruano (ESSALUD), demostrándose su conducta indebida y deliberada con toda intención de favorecerse económicamente y/o para beneficiar a terceros bajo el mismo contexto, aprovechándose de su condición de servidores, valiéndose de la falta de filtros adecuados relacionados a la precaución en la ejecución de auditorías preventivas concerniente a la documentación.

Asimismo, en el Estudio Financiero Actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) 2015, se ha evidenciado ciertos aspectos negativos en materia de gestión, tales como la dispersión de funciones, la falta de controles y de información tanto en la recaudación como en la operatividad de otros seguros administrados por EsSalud, la carencia de sistemas informáticos integrados, así como de otras herramientas de gestión, los cuales merecen un análisis y un eventual rediseño. Esta problemática ha sido considerada y ratificada en el Estudio Financiero Actuarial del 2018.

#### **1.4.2. Antecedentes internacionales**

No se ha encontrado antecedentes internacionales de estudios similares al presente trabajo de investigación, puesto que en la búsqueda bibliográfica se ha observado que el objeto de estudio está focalizado a otros aspectos de la seguridad social en salud, tales como prestación de los servicios, coberturas, análisis comparativo de los sistemas de salud público y privada; sin embargo, se ha considerado algunos trabajos de investigación y estudios, tales como:

Mallet (1983), experto de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, en su estudio titulado “Administración de la Seguridad Social y Administración del Trabajo”, entre otros aspectos, trata sobre la necesidad de planificación de la seguridad social y de establecer cierta coordinación entre las administraciones del trabajo y la seguridad social, mediante los Convenios Colectivos de Trabajo, la prevención de los riesgos del trabajo, prestaciones a cargo de los empleadores, política de empleo y seguridad social. Refiere además que, la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones de los empleadores corresponde a las inspecciones de trabajo; sin embargo, considerando que las instituciones de seguridad social también cuentan con un servicio de inspección, es necesario que exista acuerdos entre ambas administraciones interesadas.

Hussmann (2011), asociada del Área de Práctica de Gobernabilidad Democrática del Centro Regional del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para América Latina y el Caribe, realizó una investigación sobre “Vulnerabilidades a la Corrupción en el Sector Salud: Perspectivas de América Latina en los Subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub nacional)”, siendo uno de sus objetivos específicos explorar las principales vulnerabilidades a la corrupción en los subsistemas nacionales de salud que prestan servicios de salud a los pobres, con mira a los riesgos específicos que afectan la prestación de servicios a niveles sub-nacionales.

Uno de los componentes de recolección de datos del mencionado estudio se sustentó en dos estudios de caso exploratorios basados en entrevistas a expertos clave en Colombia y Perú, países que permitían la búsqueda de vulnerabilidades a la corrupción frente a dos dimensiones de sistemas de salud diferentes: la descentralización y la combinación público - privado.

En el citado estudio la investigadora hace referencia a las reformas en los sistemas de salud, que incrementa los niveles de financiamiento y riesgos de corrupción, señalando que uno de los grandes retos del sector salud en América Latina sigue siendo su base financiera y su estructura (Hussmann, 2011). Los sistemas de salud son susceptibles a la corrupción debido a que la asimetría de información y el gran número de actores propician las oportunidades recurrentes y sistemáticas e impiden la transparencia y rendición de cuentas.

Sobre el estudio del caso colombiano centrado en el Sistema Subsidiado destinado a los pobres, explica que en un sistema que separa el pago de la provisión de servicios y de mecanismos de seguro de salud competitivos, las vulnerabilidades se relacionan en particular con el fraude y la corrupción en el procesamiento de reclamos y la afiliación de beneficiarios, riesgos que no existen en sistemas integrados de provisión pública.

Este caso también muestra que la descentralización del Sistema Subsidiado, particularmente en la administración de fondos, parece haber implicado una "descentralización de los riesgos de corrupción." Sin embargo, es imposible con los datos disponibles comparar el impacto en las metas del sector salud como el acceso equitativo y la calidad en la atención. El caso también demuestra que mientras el sub-sistema para los pobres es vulnerable a la corrupción y al fraude, la mayor cantidad de recursos en el sub-sistema que sirve a la población más rica, puede hacer de este un blanco más atractivo para la actividad criminal. (Hussmann, 2011, p.18)

La investigadora concluye en su estudio que, uno de los problemas más destacados es la sorprendente falta de información, de estudios serios sobre los riesgos de la corrupción, de diagnósticos de las frecuencias y tipos de prácticas de corrupción en los sectores de salud de América Latina y los volúmenes de recursos involucrados, o estimaciones de los últimos; lo cual conlleva a la ausencia de voluntad política y no contribuye a implementar medidas para un cambio sostenible; asimismo, señala que los expertos consultados coincidieron en que sería útil y necesario realizar un diagnóstico amplio del sistema de corrupción y de las formas de cómo operan las redes de corrupción en el sector salud.

Maldonado (2017), realiza un análisis normativo y jurisprudencial de la afiliación fraudulenta al Sistema General de la Seguridad Social en Salud en dicho país, llegando a la conclusión de que este panorama impone el reto de fortalecer el marco regulatorio de la afiliación fraudulenta, precisando los efectos de esta práctica al interior de sistema, sin perjuicio de la inspección, vigilancia y control que el Estado debe realizar a los que sacan provecho del vacío inexistente.

Del análisis realizado por el citado autor, se puede apreciar que, a nivel jurisprudencial, ante situaciones de afiliación indebida o fraudulenta que han sido plenamente demostradas, la Corte Suprema de Justicia ha expedido innumerables sentencias a través de las cuales ampara la pretensión de los afiliados y por el contrario atribuye la responsabilidad al Instituto de Seguridad Social o Entidad Prestadora de Seguros, por incurrir en negligencia y desorganización administrativa, al no realizar la verificación de las irregularidades al momento de la afiliación; es decir le otorga preponderancia a los derechos fundamentales a la vida, salud y seguridad social y no a la condición irregular de su afiliación.

### **1.5. Justificación de la investigación**

La presente investigación se justifica principalmente en la necesidad de reducir y/o evitar significativamente las afiliaciones indebidas al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y sus factores de riesgo, para lo cual se planteará diversas estrategias de gestión que contribuirán al fortalecimiento del sistema de control en ESSALUD.

El aporte de la presente investigación constituye primero el análisis de la problemática que involucra a los principales actores de la administración y los ciudadanos usuarios del sistema de aseguramiento para determinar qué medidas de control se podrían aplicar en nuestro sistema jurídico, tales como intervenciones legislativas, administrativas o judiciales para frenar estos actos fraudulentos, a fin de tutelar los bienes jurídicos protegidos de la Seguridad Social, con un impacto favorable en la mejora de la calidad y oportunidad de los servicios que brinda el Seguro Social de Salud - ESSALUD.

Asimismo, esta investigación permitirá crear conciencia en la conducta de los ciudadanos y entidades empleadoras para el acceso a las prestaciones que brinda el Seguro Social de Salud, a nivel nacional.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

El trabajo es completamente viable ya que casi todos los datos requeridos se encuentran en la página web de ESSALUD. Dicha página web ofrece valiosa información como Planes Estratégicos, Informes de Gestión, Estadística Institucional, Población Asegurada, Compendio Normativo, Resoluciones de Baja de Registro de Asegurados y Resoluciones de Inhabilitación, entre otros; asimismo, se ha logrado obtener información de la propia Institución; sin embargo, la limitación más relevante fue el escaso material bibliográfico respecto al sistema de control de las afiliaciones al sistema de aseguramiento en salud.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo General**

Analizar las estrategias para el fortalecimiento del sistema de control a fin de evitar las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

### **1.7.2. Objetivos Específicos**

- a) Determinar si el Gobierno Digital influye en la identificación de afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.
- b) Determinar si la Inteligencia Organizacional influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.
- c) Determinar si los instrumentos de control influyen en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

## **1.8. Hipótesis**

### **1.8.1. Hipótesis General**

El sistema de control influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

### **1.8.2. Hipótesis Específicas**

- a) El Gobierno Digital influye en la identificación de afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.
- b) La inteligencia organizacional influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.
- c) Los instrumentos de control influyen en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco Conceptual

- **Afiliados regulares:** Son aquellos 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 por mandato de una ley especial. (ESSALUD, 2013)
- **Afiliación Indevida:** Es una relación que genera una persona y/o una entidad empleadora ante ESSALUD, incumpliendo las normas de Seguridad Social en Salud y normas vigentes, para obtener la condición de asegurado en el Registro de Asegurados titulares y derechohabientes, con el fin de acceder a las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud - ESSALUD.
- **Baja de Oficio:** Acto administrativo que no tiene naturaleza sancionatoria, mediante el cual ESSALUD extingue la relación jurídica de Seguridad Social en Salud en periodos determinados, como resultado del procedimiento de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal, que determinen su condición de asegurado en el Registro de Asegurados titulares y derechohabientes.
- **Control de Filtraciones:** Conjunto de actos y diligencias de control realizadas por el órgano competente, sobre el cumplimiento de las obligaciones, prohibiciones y otras limitaciones exigibles a los administrados establecidas por ley, norma con rango legal, normas sectoriales o reglamentarias, que determinen la condición de asegurado, bajo un enfoque de cumplimiento normativo de gestión de riesgos del sistema de aseguramiento en ESSALUD.

- **Enfermedad con alto costo de atención:** Aquella patología que, por su naturaleza, manifestación y evolución, requiere de tratamientos o prestaciones de salud que no forman parte del PEAS. La enfermedad de alto costo de atención es determinada por un listado aprobado por el Ministerio de Salud. (Artículo 3° del Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud).
  
- **Entidades empleadoras:** Son aquellas personas jurídicas o personas naturales que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones y las cooperativas de trabajadores. (Artículo 1° del Decreto Supremo N° 002-2009-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29135).
  
- **ESSALUD:** Es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, con autonomía técnica, administrativa y contable. Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del 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.
  
- **Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS):** Son aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud o de ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados. (ESSALUD, 2013)

- **Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS):** Son los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente, y registrados en la SUNASA, autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención. (ESSALUD, 2013).
- **Período de carencia:** Es el tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Es el período de tres meses, contados desde el inicio de labores de un afiliado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos, que impide cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. (ESSALUD, 2013).
- **Período de espera:** Es el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad, y/o sus derechohabientes, no podrán acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de ESSALUD. (ESSALUD, 2013).
- **Población asegurada activa:** Población que tiene como derecho de cobertura al menos los servicios de emergencia. Incluye también a trabajadores eventuales y beneficiarios de prestaciones por desempleo (latencia). (ESSALUD, 2013).
- **Población asegurada acreditada:** Población que cumple con los criterios de acreditación establecidos normativamente para acceder a todos los servicios y prestaciones que otorga ESSALUD. (ESSALUD, 2013).
- **Prestaciones de salud:** Son las que otorga ESSALUD, y pueden ser de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones de bienestar y promoción social, y prestaciones económicas. (ESSALUD, 2013).

- **Prestación Indevida:** Aquella prestación asistencial y/o económica otorgada por ESSALUD al asegurado que se encuentra afiliado en forma indebida o no tiene derecho de cobertura, al no cumplir los requisitos y condiciones establecidas en las normas vigentes.
  
- **Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud:** Sistema de previsión para la salud, que otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para la preservación de salud y el bienestar social. Está a cargo de ESSALUD y se complementa con los planes de salud brindados por las entidades empleadoras, ya sea en establecimientos propios o con planes contratados con EPS debidamente constituidas. Su funcionamiento es financiado con sus propios recursos.
  
- **Sistema de Aseguramiento en Salud:** Es el proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud, que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad.
  
- **Subsidio:** Prestación pública asistencial de carácter económico y de duración determinada. Son las prestaciones económicas que otorga ESSALUD, y comprende los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio.

## 2.2. Bases teóricas

La necesidad de fortalecer el sistema de control en el sistema de aseguramiento en salud se incrementa en la medida en que las organizaciones se enfrentan a un entorno dinámico y

cambiante, máxime si consideramos el constante incremento poblacional que requiere la prestación de servicios, como es el caso de las afiliaciones al Seguro Social de Salud.

Es así que, el sistema de control constituye un aspecto esencial que contribuye a mejorar las actuaciones de una organización a todo nivel, ya que abarca todas las acciones conducentes a garantizar el cumplimiento de los objetivos conforme a una planificación integral.

En ese sentido, se ha considerado tratar los aspectos más relevantes, dimensiones y sus indicadores señalados en la presente investigación.

### **2.2.1. Sistema de Control**

Respecto al control, Pérez, Vásquez y Levin (2015), en su artículo “El Control de gestión y el talento humano: conceptos y enfoques”, afirman que el control “es considerado una garantía básica de la retroalimentación del comportamiento de todo el sistema y sus herramientas mecanismos que posibilitan la corrección de las desviaciones con arreglo a un plan específico” (p.15). Señalan además que, un gran número de autores coinciden en que el control puede entenderse como un proceso que facilita que los responsables de la operación alcancen los objetivos planteados haciendo un manejo efectivo de los recursos.

Fayol, como se citó en (Pérez, Vásquez y Levin, 2015), refiere que el control consiste en verificar si todo se realiza conforme al programa adoptado, a las órdenes impartidas y a los principios administrativos en uso; lo cual tiene como finalidad señalar las faltas y los errores a fin de que sea posible corregirlos y evitar su repetición.

### **2.2.2. Gobierno Digital**

La Carta Iberoamericana de Gobierno Electrónico, aprobada por la IX Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, entiende las expresiones de “Gobierno Electrónico” y de “Administración Electrónica” como sinónimas,

ambas consideradas como el uso de las TIC en los órganos de la administración para mejorar la información y los servicios ofrecidos a los ciudadanos, orientar la eficacia y eficiencia de la gestión pública e incrementar sustantivamente la transparencia del sector público y la participación de los ciudadanos.

Asimismo, señala que el Gobierno Electrónico constituye la oportunidad de dar respuesta plena al reto de conseguir una gestión pública más eficiente y de establecer pautas de colaboración entre Administraciones Públicas. Por ello los Estados deberán tomar en consideración la necesaria interoperabilidad de las comunicaciones y servicios que hacen posible el Gobierno Electrónico.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), define al gobierno electrónico como la oportunidad de desarrollar una nueva relación entre el gobierno, ciudadanos, usuarios de servicios y empresas, a través de las TIC, permitiendo la difusión y recopilación de información y servicios tanto dentro como fuera del gobierno para la prestación de servicios, la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

En el Perú, existe un órgano de la Presidencia de Consejo de Ministros denominado “Secretaría de Gobierno Digital” (SEGDI), antes denominado “Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática”, (ONGEI) que cumple un rol importante, pues es el ente rector del Sistema Nacional de Informática con autoridad Técnico – Normativa a nivel nacional, brinda asistencia técnica a todas las entidades de la administración pública en la implementación de los procesos de innovación tecnológica para la modernización del estado en coordinación con la Secretaría de Gestión Pública.

De otro lado, mediante el Decreto Supremo N° 016-2017-PCM, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 12 de febrero de 2017, se aprobó la “Estrategia Nacional de Datos Abiertos Gubernamentales del Perú 2017 – 2021” y el “Modelo de Datos Abiertos Gubernamentales del Perú”, la cual tiene como finalidad promover la apertura de datos de

la información de las entidades públicas, la innovación en la generación de valor público con la reutilización de los datos abiertos con el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y contribuir con el desarrollo económico y social, así como la mejora de los servicios públicos en el marco de un gobierno abierto para el ciudadano.

#### ***2.2.2.1. Interoperabilidad***

El Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) elaboró el documento “Base para una estrategia iberoamericana de interoperabilidad” (2010) en el cual define a la interoperabilidad como: La habilidad de organizaciones y sistemas dispares y diversos para interactuar con objetivos consensuados y comunes y con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que las organizaciones involucradas compartan información y conocimiento a través de sus procesos de negocio, mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de la información y las comunicaciones.

Mesa Torre (2014), realiza un estudio donde aborda la etapa de implementación de la política de interoperabilidad en el Perú, identifica enfoques teóricos que desde la perspectiva política se comprende mejor este proceso. Asimismo, se identifica las condiciones necesarias que establecen mecanismos de coordinación adecuados para implementar la política de interoperabilidad del Estado.

Prieto Barragán, como se citó en Mejía, (2018) en su tesis de grado de Magister señala, “la interoperabilidad son los elementos esenciales en la gestión pública de atención al ciudadano que debe caracterizarse por brindar, de forma eficaz y eficiente, servicios de calidad”.

En el citado estudio señala que esta política tiene como principal objetivo brindar una atención diferenciada y con información adecuada a la población, para lo que incorpora plataformas multicanal de atención a los ciudadanos, el uso la tecnología mediante la

Plataforma de Interoperabilidad del Estado y un protocolo de atención enfatizando el buen trato, así como la optimización del tiempo de atención y la información oportuna a los ciudadanos.

Es la habilidad de transferir y utilizar información de manera uniforme y suficiente entre varias organizaciones y sistemas de información. Interoperabilidad no es solamente integración de sistemas, ni es solamente integración de redes. No hace referencia sólo al intercambio de datos entre sistemas ni contempla simplemente una definición de tecnología. Es la suma de todos esos factores para que los sistemas puedan actuar cooperativamente, fijando las normas, las políticas y los estándares necesarios para la consecución de esos objetivos.

La interoperabilidad debe ser entendido como la cooperación entre instituciones de la Administración Pública sin distinción de tecnologías, con el propósito de lograr la simplicidad administrativa, agilizar los trámites y brindar un mejor servicio a los ciudadanos y la nación en general.

En el 2011 mediante Decreto Supremo N° 083-2011-PCM se dio creación a la Plataforma de Interoperabilidad del Perú, de uso exclusivo de las instituciones públicas para brindar un mejor servicio al ciudadano. Constituye una infraestructura tecnológica que permite la implementación de servicios públicos en línea, por medios electrónicos y el intercambio electrónico de datos entre entidades del Estado a través de internet, telefonía móvil y otros medios tecnológicos disponibles.

Al respecto, es preciso indicar que, tanto para el consumo como para la publicación, las entidades públicas deben estar registradas en [www.peru.gob.pe](http://www.peru.gob.pe), de no estar registradas deben solicitar la inscripción enviando un correo a [gobiernodigital@pcm.gob.pe](mailto:gobiernodigital@pcm.gob.pe). La Gerencia o Jefatura de Tecnología Informática (TI) o

equivalente de la entidad, es la encargada de solicitar el consumo de la PIDE, las demás áreas de cada institución pública deben coordinar con su respectiva área de TI.

A través de los Decretos Supremos N° 051-2017-PCM, N° 067-2017-PCM y N° 121-2017-PCM, se han establecido aquellas instituciones que están obligadas a ceder la información de los usuarios y administrados a las entidades del Poder ejecutivo a través de la interoperabilidad, de manera gratuita y permanente.

Asimismo, mediante Resolución de Secretaría de Gobierno Digital N° 001-2017/PCM/SEDGI se aprueba implementar un Modelo de Gestión Documental obligatoria a todas las entidades del Poder Ejecutivo (PCM, Ministerios entre otros), a fin de consensuar las documentaciones entre entidades públicas electrónicamente, logrando mayor celeridad, eficiencia y cuidado del medio ambiente, ya que se evita el uso de papel u otros medios físicos. Actualmente, pocas instituciones públicas emplean la gestión documental electrónica, debido a que su aplicación es progresiva dependiendo de su Plan Operativo Institucional.

El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), regula la forma de llevar las planillas de pago del régimen laboral de la actividad privada y es competente para solicitar información referente al empleo y la seguridad social para los sectores público y privado; mediante los Decretos Supremos N° 018-2007-TR, N° 015-2010-TR, y N° 008-2011-TR, encargó a la SUNAT, el desarrollo y la administración de los medios electrónicos para el registro de información laboral a través del T-REGISTRO (herramienta desarrollada por SUNAT para este fin) y la declaración de los tributos a través del PLAME (herramienta desarrollada por SUNAT para este fin), facultándolo para establecer los cronogramas para la presentación de éste último. Tanto el T-REGISTRO y el PLAME, son instrumentos que conforman la planilla electrónica y por el concepto del servicio de recaudación, se ha establecido que SUNAT cobrará el 1% de

todo lo recaudado y un adicional de hasta 0.4% por el logro de los objetivos establecidos mutuamente con ESSALUD, según el Decreto Legislativo N° 1160 del 05 de diciembre de 2013.

Además, a través del T-REGISTRO se declaran a todos los tipos de trabajadores del empleador (alta del registro) al día siguiente del inicio del vínculo laboral, deben realizar la actualización de datos de ser necesaria dentro de los cinco días de producida la actualización o dar por finalizado el vínculo con el empleador (baja en el registro) al día siguiente útil de la desvinculación laboral.

El T-REGISTRO y el PLAME son instrumentos que permiten a la SUNAT obtener información exacta respecto a los empleadores y las personas vinculadas de alguna forma a éste, y de esta manera deducir los importes correspondientes a la tributación. El manejo de la información de tributación, su validación y su fiscalización son una serie de pasos que permitirá a SUNAT realizar los procesos de recaudación y fiscalización confiable; luego procederá a la transferencia de esta información de manera oportuna a ESSALUD, a fin de brindar los servicios correspondientes.

Al respecto, el Consorcio de Investigación Económica y Social – (CIES, 2014), en su Informe Final sobre “Mejora de los Procesos de Gestión de la Información de Aseguramiento de ESSALUD” señala que, de la información proporcionada por la SUNAT, existen registros de asegurados titulares y sus derechohabientes cuya información no concuerda con sus datos básicos: nombres, apellidos, N° de DNI, duplicados en diferentes registros, que se detecta cuando son validados con los datos de la RENIEC o validados por ESSALUD.

Adicionalmente, a la problemática mencionada en el párrafo anterior, no todas las altas en el registro están siendo proporcionadas a la institución de manera oportuna, lo

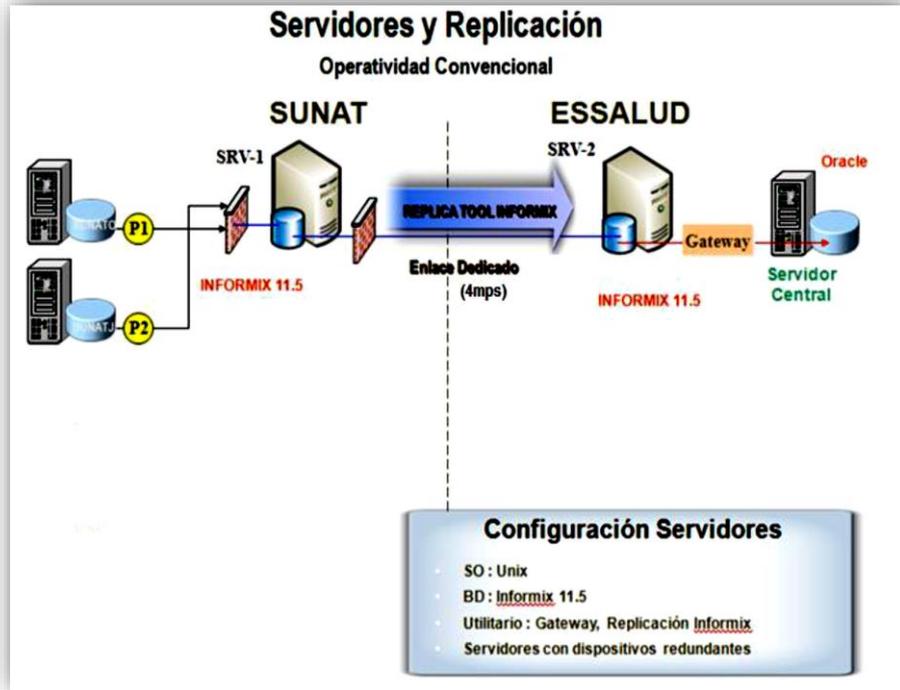
cual puede deberse debido a que el empleador no esté cumpliendo con realizar esta declaración de manera oportuna.

Además, se observa que dentro de la información transferida por SUNAT hay incongruencias referidas a los empleadores: hay entidades empleadoras activas y al mismo tiempo tienen fecha de baja. Esta situación debe tratarse con los representantes de esta última institución.

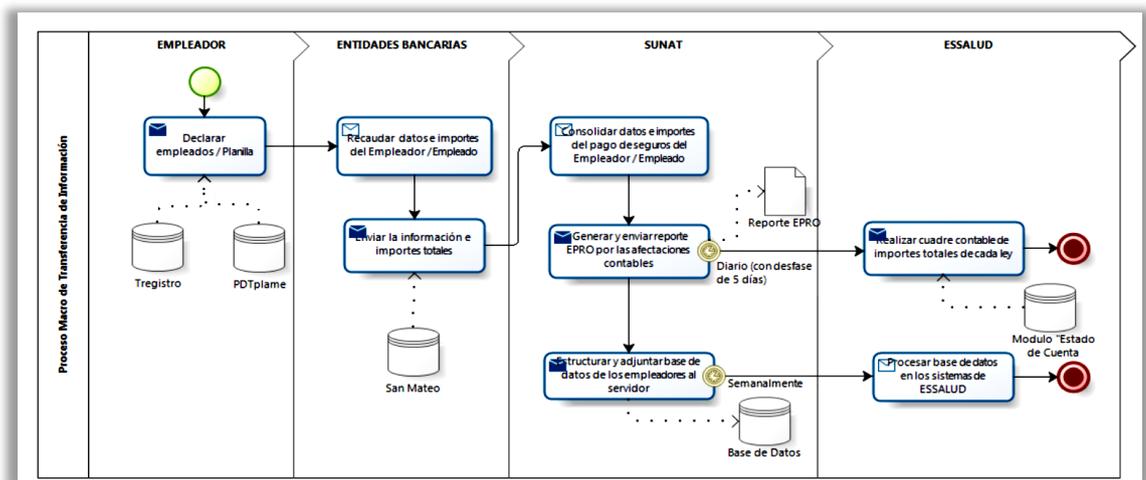
Esto implica que estarían faltando controles sobre la información registrada por el empleador. Así mismo, el proceso de consolidación de la información por parte de SUNAT y su adecuación conforme a lo estipulado por ESSALUD (archivos con estructura plana) para ponerla a disposición en sus servidores a fin de que esta última institución pueda extraerla y utilizarla, ocupa un período de tiempo que debería ser el mínimo posible.

De lo anteriormente descrito observamos que el proceso de afiliación se encuentra automatizado en SUNAT, dado que se utilizan sistemas de información para que las empresas declaren a sus trabajadores.

En ESSALUD se realiza la carga de esta información a sus bases de datos, mediante un proceso en el que interviene un operador para obtener los archivos planos ubicados en un servidor y ejecutar luego la rutina de carga.



**Figura 1. Proceso De Transferencia De Información SUNAT a ESSALUD**  
Fuente: CIES, Informe Final 2014.



**Figura 2. Macroproceso de transferencia de la información de SUNAT a ESSALUD.** Fuente: CIES, Informe Final 2014.

### **2.2.2.2. Seguridad Digital**

“La seguridad digital es el estado de confianza en el entorno digital que resulta de la gestión y aplicación de un conjunto de medidas proactivas y reactivas frente a los riesgos que afectan la seguridad de las personas, la prosperidad económica y social, la seguridad nacional y los objetivos nacionales en dicho entorno” (Artículo 2 del Decreto Supremo N° 050-2018-PCM).

La seguridad digital tiene un gran objetivo que es salvaguardar la información de las personas, ya que en caso no existirá dicha seguridad cualquier persona podría conocer mi vida personal, mis cuentas bancarias, mis compras entre otras cosas.

En conclusión, en la actualidad aun no existen políticas o lineamientos referido a la seguridad digital, lo que trae como consecuencia un desarrollo pobre en la seguridad informática en nuestro país, en comparación con otros países del continente.

Nuestro país aún se encuentra en una etapa de transición tecnológica, si bien existe una Plataforma de Interoperabilidad, que recién se ha comenzado a utilizar a mediados del año 2017, dependerá de la capacidad de coordinación interinstitucional, gestión y celeridad que tenga la Secretaría de Gobierno Digital; puesto que gracias a la interconexión las instituciones públicas, entre ellas ESSALUD, aprovecharían mejor el presupuesto y los recursos, con un importante ahorro en papel y tiempo.

La Plataforma Digital Única del Estado Peruano para Orientación al Ciudadano, es el primer avance real del Estado peruano respecto a un Gobierno Digital al servicio del ciudadano. Fue creado el 23 de marzo de 2018 mediante Decreto Supremo N° 033-2018-PCM, se le conoce como Plataforma GOB.PE, se puede ubicar con el siguiente link: <https://www.gob.pe/>

Posteriormente, mediante Decreto Supremo N° 051-2018-PCM, del 15 de mayo de 2018, se creó el “SOFTWARE PUBLICO PERUANO”, para facilitar las labores de las

instituciones públicas. Dicho software se ubica en el Portal de Software Público Peruano como única plataforma oficial que facilita el acceso a las entidades de la Administración Pública.

De otro lado, en el marco del Plan Nacional de Integridad y Lucha Contra la Corrupción 2018-2021, se reconoce dos ámbitos de acción:

- El primero vinculado a la implementación de medidas de alcance nacional orientadas a lograr un nivel de institucionalidad que asegure de modo global en el país prevenir y combatir la corrupción de manera eficiente. En esa medida, supone principalmente la actuación, participación y compromiso de las entidades mandatadas por ley para prevenir, detectar, investigar y sancionar la corrupción, como son, el Poder Judicial, el Ministerio Público, la Contraloría General de la República, el Consejo Nacional de la Magistratura, la Policía Nacional del Perú y la Procuraduría Especializada en Delitos de Corrupción.
- El segundo ámbito involucra sin distinción a todas las entidades públicas, privadas, empresas, ciudadanía y colectivos sociales, los cuales deben implementar modelos de prevención, filtros en los procesos propios de la actividad que realizan, políticas orientadas a garantizar la transparencia y rendición de cuentas, así como mecanismos de control y supervisión.

En ese sentido, se puede apreciar que en nuestro país existe un marco normativo que otorga un importante lugar al Gobierno Digital en el proceso de modernización de la gestión pública y, por ende, en la modernización de la Seguridad Social en Salud, con el propósito de simplificar los sistemas administrativos, adoptar mejores mecanismos de control y seguridad de la información y con ello, brindar un mejor servicio a los ciudadanos.

Mediante Resolución Ministerial N° 119-2018-PCM, del 10 de mayo del 2018, se creó a los Comités de Gobierno Digital en cada Institución Pública, a fin de modernizar y transformar las tecnologías para el servicio del ciudadano; sin embargo, a la fecha no se cuenta con lineamientos de gestión y planificación a cargo de la Secretaría de Gobierno Digital.

En ESSALUD, los sistemas informáticos que son utilizados en los procedimientos de control de las afiliaciones son:

- **Sistema Integral de Aseguramiento (SIA):** Sistema automatizado de aseguramiento, al cual acceden usuarios de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- **Sistema de Aseguramiento (SAS):** Sistema automatizado de aseguramiento en plataforma web, al cual acceden usuarios de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- **Sistema Acredita:** Sistema automatizado de aseguramiento, que contiene información de los Registros de los Asegurados Titulares y sus Derechohabientes.
- **Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), Sistema de Salud de Centros de Atención Primaria (SISCAP), Sistema de Referencia y Contrareferencia:** Son sistemas informáticos institucionales, utilizados en las IPRESS de ESSALUD para la gestión de la admisión y de las atenciones asistenciales que se brindan a asegurados y no asegurados.
- **Sistema de Actos Administrativos (SACAD):** Para la publicación en la página web institucional, de los actos administrativos emitidos en los procedimientos de verificación, que no han logrado ser notificados en forma personal, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

### **2.2.3. Inteligencia Organizacional**

#### **2.2.3.1. Administración Estratégica**

Aspectos que afectan las acciones de control y/o verificación de la condición de los asegurados:

##### **a) Carencia de procesos de comunicación de presuntas afiliaciones indebidas a nivel de los órganos centrales y desconcentrados en ESSALUD.**

Se ha podido evidenciar que, en el Seguro Social de Salud – ESSALUD, a nivel nacional, no se ha establecido un mecanismo ágil, directo y efectivo para comunicar las presuntas afiliaciones indebidas, en los Centros Asistenciales, Redes Prestacionales, Órganos Prestadores Nacionales, a fin de iniciar el procedimiento de verificación en las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas.

Ante dicha situación, es necesario que dicha entidad apruebe los lineamientos normativos que establezcan procesos cortos y eficaces para la comunicación y/o transferencia de la información, aprovechando las herramientas informáticas existentes que garanticen la seguridad y confiabilidad de la misma.

##### **b) Excesiva demora de los procedimientos de verificación.**

El procedimiento de verificación se ejecuta en el marco de las disposiciones establecidas en la Ley N° 29135 y su Reglamento, así como en la Directiva N° 001-GCSPE-ESSALUD-2015 que regula el “Procedimiento de Verificación de la Condición del Asegurado del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, de Otros Regímenes Administrados por ESSALUD y de la Condición de Entidades Empleadoras de Trabajadores del Hogar”, aprobada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 022-GCSPE-ESSALUD-2015, modificada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones

Económicas N° 63-GCSPE-ESSALUD-2016, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 1 de diciembre de 2016; sin embargo, las actuaciones y los plazos previstos en la Directiva no resultan ser efectivos, debido a la cantidad innumerable de visitas de verificación, los actos que se emiten durante el desarrollo del procedimiento, el largo proceso de notificaciones que se tienen que realizar y la falta de precisión sobre las actuaciones del verificador, entre otros aspectos, dilatan y obstaculizan el procedimiento de verificación, al no poder determinar la existencia del vínculo jurídico de seguridad social en su debida oportunidad.

**c) Información registrada por SUNAT desactualizada.**

A la fecha, no se cuenta con información actualizada en los sistemas informáticos de ESSALUD respecto a la acreditación de asegurados, lo que dificulta las acciones de control de los mismos; dicha situación no contribuye a evitar las filtraciones al sistema en su debida oportunidad.

**d) Ausencia de un sistema integrado de información sobre el consumo de las prestaciones de salud otorgadas y acreditación del asegurado.**

No se cuenta con un sistema informático oficial que sea integrado y proporcione información actualizada sobre las prestaciones de salud otorgadas a los asegurados.

**e) Disposiciones normativas dispersas y desactualizadas.**

La Directiva vigente y algunas disposiciones normativas emitidas mediante Cartas Circulares regulan en forma parcial el procedimiento de verificación de la condición del asegurado y en algunos aspectos no guardan concordancia con la normativa legal vigente; por lo tanto, es necesario efectuar una regulación sólida, unificada, actualizada y congruente con nuestro actual marco legal, que permita ejecutar el debido procedimiento.

**f) Información incompleta de los procedimientos de verificación realizados por las OSPE a nivel nacional.**

A la fecha, la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado no cuenta con la base de datos global de los actos administrativos emitidos por las OSPE a nivel nacional, ya que únicamente se cuenta con información parcial gracias a la implementación de un prototipo de sistema informático que registra las Resoluciones de Baja; sin embargo, las OSPE mantienen un pasivo de casos que se encuentra pendiente de informar, correspondiente a los años 2012 a 2018, situación que no permite realizar un trabajo organizado adoptando las medidas de prevención, lo cual podría generar no solo duplicidad de los actos administrativos, sino un grave perjuicio económico institucional.

**g) Escasos o limitados recursos humanos, logísticos y económicos para la ejecución de los procedimientos de verificación.**

Durante el ejercicio 2018 se ha evidenciado la constante reducción del número de profesionales y personal de apoyo administrativo involucrados en los procedimientos de verificación de la condición del asegurado (médicos auditores de seguros, verificadores, resolutores, analistas de seguros); asimismo, la falta de apoyo logístico y el presupuesto insuficiente, afecta el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Anual de Verificación, implicando un alto riesgo de vulneración al sistema de aseguramiento.

Es necesario considerar la participación de todos los funcionarios y personal de los Órganos, Unidades Orgánicas, Áreas Operativas Desconcentradas, Órganos Desconcentrados, Redes Prestacionales y Órganos Prestadores Nacionales del Seguro Social de Salud – ESSALUD, que tomen conocimiento de presuntas afiliaciones indebidas o hechos relacionados con el aprovechamiento indebido de las prestaciones

que otorga ESSALUD, estableciendo un mecanismo ágil, directo y efectivo de comunicación con las OSPE, a nivel institucional, a fin de contar con la información y documentación en forma oportuna y veraz que contribuya a determinar y/o evitar las afiliaciones indebidas mediante el procedimiento de verificación.

De la misma manera, es indispensable diseñar e implementar un Programa de Capacitación del personal administrativo que realiza las acciones de control de las afiliaciones indebidas en ESSALUD y efectuar el seguimiento, así como la evaluación en base a indicadores de resultados de desempeño, calidad, productividad y pertinencia de los procesos de control.

#### **2.2.3.2. Planeamiento Estratégico**

Los procedimientos de control se ejecutan en el marco del Plan Anual de Verificación, documento aprobado por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas que contiene los objetivos y metas a desarrollar por las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas a nivel nacional durante el año, relacionados con la verificación de la condición de asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social y de otros regímenes administrados por ESSALUD, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5° del Reglamento de la Ley N° 29135; sin embargo, en el citado Plan no se evidencia acciones de intervención, objetivos y metas como resultado de una planificación estratégica y coordinación con otras entidades tales como SUNAT y SUNAFIL.

#### **2.2.4. Instrumentos de Control**

##### **2.2.4.1. Monitoreo y Supervisión**

Las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Lima realizan las acciones de monitoreo en el marco de los lineamientos establecidos por la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación, dependiente de la Gerencia Central de Seguro y Prestaciones

Económicas de ESSALUD, así como las disposiciones establecidas en la Directiva N° 001-GCSPE-ESSALUD-2015 que regula el “Procedimiento de Verificación de la Condición del Asegurado del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, de Otros Regímenes Administrados por ESSALUD y de la Condición de Entidades Empleadoras de Trabajadores del Hogar”, aprobada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 022-GCSPE-ESSALUD-2015, modificada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 63-GCSPE-ESSALUD-2016, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 1 de diciembre de 2016; sin embargo, la mencionada Directiva no resulta aplicable a la diversidad de casos de afiliaciones indebidas que se presentan en el Seguro Social de Salud; situación que debe ser considerada con especial atención, por cuanto se convertiría en una puerta de acceso para la comisión de acciones fraudulentas.

Por lo tanto, es necesario la aprobación de normas institucionales que puedan ser aplicadas a los diferentes tipos de casos de afiliaciones indebidas, así como establecer nuevos mecanismos para el monitoreo y supervisión de los procedimientos.

#### **2.2.4.2. Evaluación de Riesgos**

Para la determinación de las afiliaciones indebidas, la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado realiza una evaluación de la información, en base a los tipos de perfiles de riesgo que a la fecha tienen mayor incidencia en los procedimientos de control por vulneración legal.

##### ***Perfiles de Riesgo del Procedimiento de Control por Vulneración Legal:***

- a) Asegurado(a) Titular declara derechohabiente hijo con diferente apellido
- b) Asegurado(a) Titular con estado civil casado declara concubina.
- c) Asegurado(a) Titular declara más de un cónyuge y/o concubino.

- d) Asegurado(a) Titular con estado civil soltero declara concubina con estado civil casada.
- e) Asegurado(a) Titular o Derechohabiente, con estado civil casado (según el Registro de Asegurados que administra ESSALUD), registra estado civil divorciado (según Sistema de consulta RENIEC).
- f) Asegurado(a) Titular declara cónyuge y/o concubino del mismo sexo.
- g) Asegurado(a) Titular (Trabajador del Hogar y/o regular) registra Empleador fallecido.
- h) Asegurado(a) Titular declarado por empleador cónyuge (persona natural con negocio propio inscrito o no en REMYPE).
- i) Asegurado(a) Titular (persona natural con negocio propio) inscrito en REMYPE que no cuenta con un trabajador, como mínimo. (Cuando está registrado como conductor – trabajador).
- j) Asegurado(a) Titular (persona natural con negocio propio), que no se encuentra registrado en el REMYPE.
- k) E.I.R.L. inscrita en el REMYPE, que no cuenta con un trabajador, como mínimo. (Cuando el representante legal está registrado como asegurado).
- l) Asegurado(a) Titular declarado por entidad empleadora con registro de Baja Definitiva en SUNAT.
- m) Otros perfiles determinados por el incumplimiento de los requisitos establecidos por alguna ley especial para acogerse al beneficio del seguro social de salud.

Dichos perfiles de riesgo son determinados en base al análisis de la información del Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes de ESSALUD y la verificación del

cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas de seguridad social y otras normas especiales, tales como, la Ley N° 28135, Ley de Promoción y Formalización de la Micro y Pequeña Empresa, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2018-TR, entre otros.

Cabe señalar, que el procedimiento que conlleva a la emisión del acto administrativo de baja de registro es dirigido e impulsado de oficio por la autoridad competente a fin de ordenar la ejecución de los actos que resulten convenientes para el esclarecimiento y resolución de las cuestiones necesarias<sup>1</sup>, lo cual es concordante con lo establecido en el artículo 156° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado realiza una evaluación de la información, en base a otros perfiles de riesgo que tienen mayor incidencia para el inicio de los procedimientos de verificación de la condición del asegurado, en el marco de la Ley N° 29135.

***Perfiles de Riesgo del Procedimiento de Verificación:***

De acuerdo a la información obtenida de los sistemas informáticos de consulta utilizados en ESSALUD, es posible seleccionar los casos según los perfiles de riesgo, tales como:

- a) Entidad empleadora no genera ingresos.
- b) Entidad empleadora no tramita comprobantes de pago.
- c) Entidad empleadora con Baja de RUC.
- d) Entidad empleadora en condición de NO HABIDO o NO HALLADO.
- e) Entidad empleadora declara trabajadores sin aportes a ESSALUD u ONP.

---

<sup>1</sup> Numeral 1.13 del Artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444

- f)** Entidad empleadora declara aportes fraccionados por cada trabajador.
- g)** Entidad empleadora declara aportes retroactivos.
- h)** Asegurado(a) Titular con enfermedad discapacitante.
- i)** Asegurado(a) Titular que labora en entidad de la administración pública y registra más de un trabajador del hogar (Según nivel remunerativo).
- j)** Trabajador(a) del hogar que labora en su domicilio.
- k)** Trabajador(a) del hogar que registra vínculo de parentesco con empleador.
- l)** Otros perfiles de riesgo que se determine en el respectivo PAV.

La información que resulta seleccionada es remitida a las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas a nivel nacional, para su respectiva evaluación, inicio de los procedimientos de control, verificación y sancionador, según el caso, emisión de Resoluciones de Baja de Oficio, así como la determinación de infracciones y sanciones respectivas.

Para la transmisión y el control de la información sobre el estado de los procedimientos de control y los actos administrativos emitidos, los operadores utilizan los sistemas informáticos y otras herramientas digitales cuyo monitoreo se encuentra a cargo de la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado.

Por lo tanto, es necesario realizar acciones de supervisión planificadas e inopinadas en las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas encargadas de ejecutar los procedimientos de control de las afiliaciones indebidas en ESSALUD, para poder efectuar desde el inicio, en forma concurrente y al término de un periodo determinado, una auditoría sobre los procedimientos de control, así como del correcto uso y/o aplicación de los sistemas informáticos y otros instrumentos empleados para tal fin.

#### **2.2.4.3. Efectividad de los Procedimientos de Control**

Actualmente, la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado de ESSALUD obtiene información, valiéndose de los recursos informáticos que cuenta a la fecha, lo que ha permitido realizar una evaluación sobre la cantidad total de Resoluciones de Baja que han adquirido la condición de firme o respecto a las que se agotó la vía administrativa (en calidad de pasivos correspondiente al ejercicio 2018); sin embargo, a la fecha aún se desconoce el estado actual de dichos actos administrativos.

Es por ello que, es preciso que se aproveche las oportunidades de las tecnologías digitales, la innovación en los procesos productivos, las aplicaciones digitales, la economía digital, entre otros, que permita mejorar la transparencia en los procesos, mejorar el servicio y la interacción a nivel institucional e interinstitucional, la seguridad y privacidad en el entorno digital, la eficiencia y productividad, el fortalecimiento del ecosistema digital e innovación, promoviendo el bienestar económico y social del país, todo ello con un enfoque territorial.

Es necesario que a través de una Directiva se establezca los lineamientos técnicos para el registro y comunicación efectiva de los procedimientos, lo que permitirá fortalecer el sistema de control en ESSALUD y crear conciencia sobre la responsabilidad que asumen las OSPE en su condición de áreas operativas desconcentradas en el ámbito territorial asignado, conforme a lo establecido en el artículo 212-B° del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, cumpliendo los plazos establecidos en las normas legales e institucionales vigentes; además de asumir las responsabilidades de carácter administrativo, civil y/o penal que hubiere lugar; dado que toda Baja del Registro de Asegurados que administra ESSALUD implica no solamente responsabilidad administrativa funcional, sino también afecta la sostenibilidad financiera de ESSALUD por las prestaciones de salud, económicas y sociales que se otorgan indebidamente.

En ese sentido, existe la necesidad de contar con una Directiva, de nivel General, que establezca las disposiciones y actividades para la ejecución del procedimiento de verificación, en el ámbito nacional; involucrando a los diferentes órganos, unidades orgánicas, órganos desconcentrados, órganos prestadores nacionales y áreas operativas del Seguro Social de Salud - ESSALUD; y establecer el cumplimiento obligatorio por los asegurados, empleadores u otros administrados.

## 2.2.5. Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

### 2.2.5.1. Normatividad en Aseguramiento y Control

*Tabla 1. Normas Legales en Seguridad Social en Salud y Control*

N°	Norma Legal	Referencia aplicable
1	Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.	El artículo 3 establece que, son asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes; considerando afiliados regulares a 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; los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial; y las personas que no tienen dicha condición, se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativo en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) o en la Entidad Prestadora de Salud de su elección. En el artículo 5 - A, se regula el deber del asegurado de comunicar y proporcionar en forma oportuna, clara, veraz y completa los datos y documentos sustentatorios a su empleador; así como de comunicar la variación de su estado civil y de la situación de concubinato; constituyendo infracciones administrativas en materia de seguridad social sancionadas con multa.
2	Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.	El artículo 15 prescribe el deber de informar, de las personas naturales, las personas jurídicas del sector privado y las entidades del Estado, las cuales están obligadas a proporcionar las facilidades e informaciones que les solicite el ESSALUD en el desempeño de sus funciones.

		Asimismo, faculta a ESSALUD a sancionar a los empleadores que no se inscriben, no inscriben a sus trabajadores, presentan declaraciones falsas tendientes a que se otorguen prestaciones indebidas, o no proporcionen los documentos e informaciones que éste les requiera.
3	Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	El artículo IV del Título Preliminar, numeral 1.16, establece el Principio de Privilegio de Controles Posteriores, en virtud del cual la tramitación de los procedimientos administrativos se sustentará en la aplicación de la fiscalización posterior; reservándose la autoridad administrativa, el derecho de comprobar la veracidad de la información presentada, el cumplimiento de la normatividad sustantiva y aplicar las sanciones pertinentes en caso que la información presentada no sea veraz. De acuerdo al artículo 32, numeral 32.1, por la fiscalización posterior, la entidad ante la que es realizado un procedimiento de aprobación automática, evaluación previa o haya recibido la documentación a que se refiere el artículo 41; queda obligada a verificar de oficio mediante el sistema del muestreo, la autenticidad de las declaraciones, de los documentos, de las informaciones y de las traducciones proporcionadas por el administrado.
4	Ley N° 29135, Ley que establece el porcentaje que deben pagar EsSalud y la Oficina de Normalización Previsional (ONP) a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT), por la recaudación de sus aportaciones, y medidas para mejorar la administración de tales aportes.	En el artículo 1, se faculta a EsSalud para, de oficio, ejercer las funciones de verificación de la condición de asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y de otros regímenes administrados por EsSalud, así como de la condición de entidades empleadoras de los trabajadores del hogar, pudiendo declarar la baja de oficio, incluso desde el inicio de la afiliación que es materia de verificación; señalando que, para ello se ceñirá a lo dispuesto en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, en todo lo no previsto en la Ley y sus normas reglamentarias y complementarias, incluida la impugnación de los actos administrativos correspondientes.
5	Decreto Supremo N° 002-2009-TR, Reglamento de la Ley N° 29135, Ley que establece el porcentaje	De acuerdo a lo señalado en el artículo 2°, ESSALUD tiene como atribuciones, las funciones de verificación de la condición de asegurados o de entidades empleadoras, el procedimiento para la declaración de baja de oficio del Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes y de

	<p>que deben pagar EsSalud y la Oficina de Normalización Previsional (ONP) a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT) por la recaudación de sus aportaciones, y medidas para mejorar la administración de tales aportes.</p>	<p>Entidades Empleadoras de Trabajadores del Hogar, el procedimiento administrativo para la imposición de la sanción de inhabilitación por el órgano a que se haya atribuido esta potestad, por el incumplimiento de los requisitos determinantes para la inclusión de una persona en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y de otros regímenes que administra ESSALUD.</p> <p>En virtud del artículo 4°, ESSALUD tiene la facultad para determinar la baja de oficio del Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes y del Registro de Trabajadores del Hogar y sus derechohabientes.</p>
6	<p>Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, Aprueba Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>	<p>El artículo 237, numeral 237.1, señala que, la actividad de fiscalización constituye el conjunto de actos y diligencias de investigación, supervisión, control o inspección sobre el cumplimiento de las obligaciones, prohibiciones y otras limitaciones exigibles a los administrados, derivados de una norma legal o reglamentaria, contratos con el Estado u otra fuente jurídica, bajo un enfoque de cumplimiento normativo, de prevención del riesgo, de gestión del riesgo y tutela de los bienes jurídicos protegidos.</p>
7	<p>Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (EsSalud), y sus modificatorias. (Texto actualizado y concordado)</p>	<p>El artículo 150 establece que, la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación es la unidad orgánica responsable de la auditoría de seguros, de la verificación de la condición del asegurado y de los empleadores de los trabajadores del hogar, así como, de proponer las disposiciones para el control de la suplantación de la identidad y otras filtraciones de los asegurados.</p> <p>El artículo 212° A dispone que, la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas es el área operativa desconcentrada responsable de la atención de los trámites de seguros y prestaciones económicas que correspondan, la calificación de las solicitudes de prestaciones económicas; de la verificación de la condición de los asegurados, así como de realizar auditorías de seguros, fiscalización y control posterior en el ámbito territorial asignado.</p>

**Fuente: Elaboración propia.**

### 2.2.5.2. Afiliación

Antes de proceder con la definición de Afiliación Indebida por Vulneración Legal, es necesario conocer la definición del término “**Afiliación**”, el cual se refiere a la adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFA, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 3° del Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Martínez y Herrero (2016), en el libro “Sistema de Derecho de la Protección Social”, hace referencia al reconocimiento y extinción de la condición del asegurado. Al respecto, señala que la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio estatal y la descoordinación entre los servicios de salud autonómicos ha provocado una falta de uniformidad de las prestaciones y de los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas Comunidades Autónomas. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) o el Instituto Social de la Marina (ISM), el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Asimismo, refiere que los interesados están obligados a comunicar al INSS o al ISM las modificaciones que afecten a su condición de asegurado o beneficiario. El incumplimiento de esta obligación por parte del interesado, no es impedimento para que dicha modificación o extinción opere con efectos retroactivos desde el mismo momento en que la misma debiera haber producido efectos y se produzca el reintegro del costo de las prestaciones obtenidas indebidamente. Señala que el Sistema de la Seguridad Social, se puede definir como un conjunto de normas jurídicas que regulan y ordenan toda la Seguridad Social.

ESSALUD cuenta, a diciembre 2018, con una población asegurada de un total de 11 millones 493 mil 440 afiliados (57% titulares y 43% derechohabientes).

**Tabla 2. Población de Asegurados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social**

<b>Población de Asegurados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social, según Tipo de Seguro de Salud, Sexo y Condición. 2018</b>					
<b>TIPO DE SEGURO</b>	<b>Asegurados</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Titulares</b>	<b>Derechohabientes</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11,493,440</b>	<b>5,806,458</b>	<b>5,686,982</b>	<b>6,579,868</b>	<b>4,913,572</b>
<b>I. ASEGURADOS REGULARES 1/</b>	<b>10,500,110</b>	<b>5,285,678</b>	<b>5,214,432</b>	<b>5,970,086</b>	<b>4,530,024</b>
Trabajador Activo 2/	8,638,109	4,482,054	4,156,055	4,656,893	3,981,216
Pensionista(ONP o AFP)/Pens. Ex CBSSP 3/	1,254,627	526,308	728,319	948,566	306,061
Trabajador del Hogar, Ley 27986	105,981	30,361	75,620	71,341	34,640
Pescador Artesanal	6,287	3,227	3,060	2,828	3,459
Contra. Administ. Serv (CAS)	495,106	243,728	251,378	290,458	204,648
<b>II. ASEGURADOS AGRARIOS</b>	<b>733,144</b>	<b>389,228</b>	<b>343,916</b>	<b>424,716</b>	<b>308,428</b>
Agrario Dependiente	689,326	366,700	322,626	402,179	287,147
Agrario Independiente	28,421	13,830	14,591	14,793	13,628
Actividad Acuícola (especies acuáticas)	15,397	8,698	6,699	7,744	7,653
<b>III: SEGUROS POTESTATIVOS 4/</b>	<b>23,301</b>	<b>8,536</b>	<b>14,765</b>	<b>21,618</b>	<b>1,683</b>
Plan Protección Total y Plan Protección Vital	4,130	1,079	3,051	3,686	444
EsSalud Independiente Personal-Familiar	706	230	476	617	89
EsSalud Independiente (antiguo)	9,749	3,795	5,954	8,871	878
+ Salud Seguro Potestativo	8,716	3,432	5,284	8,444	272
<b>IV. OTRAS COBERTURAS</b>	<b>236,885</b>	<b>123,016</b>	<b>113,869</b>	<b>163,448</b>	<b>73,437</b>
Solicitante de Pensión	90	46	44	73	17
Beneficiario ley 30478. retiraron el 95.5% de sus aportaciones.	236,795	122,970	113,825	163,375	73,420

1/ Regulares: Comprende a Trabajadores dependientes, del Hogar, Construcción Civil, Trabajador Portuario, Pescador y Procesador artesanal independiente, trabajadores pensionistas ex afiliados a la Caja de Beneficios y Seguridad Social, pensionista, beneficiarios de la Ley N° 30425, modificado por Ley N° 30478.  
2/ Población Asegurada Activa: Asegurados titulares declarados por SUNAT, que hayan presentado movimiento en el último año con sus respectivos derechohabientes.  
3/ Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.  
4/ Trabajadores independientes, profesionales técnicos, artesanos, comerciantes, transportistas y artistas. Asimismo, universitarios, practicantes que no se encuentren afiliados en el SIS.

**Fuente: ESSALUD – GCSPE.**

**Tabla 3. Población Asegurada según Red Asistencial / Prestacional.**

<b>POBLACIÓN ASEGURADA SEGÚN RED ASISTENCIAL/PRESTACIONAL 2018</b>			
<b>Red Asistencial</b>	<b>Asegurados</b>	<b>Titulares</b>	<b>Derecho habientes</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11,493,440</b>	<b>6,579,868</b>	<b>4,913,572</b>
Almenara	1,612,098	945,393	666,705
Amazonas	71,972	42,052	29,920
Áncash	232,274	129,952	102,322
Apurímac	86,898	51,805	35,093
Arequipa	672,205	372,281	299,924
Ayacucho	114,901	68,447	46,454
Cajamarca	188,143	103,195	84,948
Cusco	353,418	218,749	134,669
Huancavelica	81,334	47,739	33,595
Huánuco	171,527	96,828	74,699
Huaraz	110,865	64,093	46,772
Ica	476,389	264,965	211,424
Juliaca	141,989	81,832	60,157
Junín	373,001	205,052	167,949
La Libertad	674,747	372,310	302,437
Lambayeque	610,831	344,137	266,694
Loreto	242,979	130,807	112,172
Madre de Dios	37,835	20,751	17,084
Moquegua	98,402	53,675	44,727
Moyobamba	54,116	30,812	23,304
Pasco	96,019	48,902	47,117
Piura	653,957	356,115	297,842
Puno	102,289	60,203	42,086
Rebagliati	1,971,825	1,211,781	760,044
Sabogal	1,815,029	1,010,067	804,962
Tacna	121,725	71,042	50,683
Tarapoto	113,185	63,456	49,729
Tumbes	70,554	36,275	34,279
Ucayali	142,933	77,152	65,781

**Fuente:** EsSalud – GCSPE.

Como se puede apreciar del cuadro, la población adscrita de Lima representa el 47% del total Nacional. La población masculina es superior a la femenina únicamente en 1%. La población asegurada se adscribe a los centros de mayor complejidad (57% al Nivel I y 43% al Nivel II).

### **2.2.5.3. Afiliación Indebida.**

La “Afiliación Indebida” se encuentra definida en el artículo 1° del Reglamento de la Ley N° 29135, “Ley que establece el porcentaje que deben pagar ESSALUD y la Oficina Nacional de Normalización Previsional - ONP a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria - SUNAT, por la recaudación de sus aportaciones, y medidas para mejorar la administración de tales aportes”, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-2009-TR, el cual establece que, es la relación que ha generado una persona y/o Entidad Empleadora ante ESSALUD, incumpliendo con las condiciones establecidas en las normas de Seguridad Social en Salud.

El Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2016), en la publicación “Control de las Filtraciones en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social 2012-2016” - Sistematización de Experiencias Exitosas y/o Innovadoras durante la Gestión Institucional de ESSALUD 2012-2016, hace referencia a las filtraciones en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social (afiliación indebida) como aquellas situaciones en las cuales una persona, sin cumplir con los requisitos de una relación jurídica de seguridad social, consume en forma indebida recursos de la Seguridad Social al recibir una prestación de salud, una prestación económica o una prestación social.

En la citada publicación se señala además que, el modelo del sistema de aseguramiento en salud es sumamente complejo y se encuentra segmentado por la fuente de financiamiento, coexistiendo seguros con financiamiento subsidiado, semicontributivo, contributivo y privado. Este modelo presenta niveles muy limitados de articulación respecto al uso de infraestructura y tecnología, formación de recursos, movilización de especialistas y adquisición de insumos estratégicos.

Valery (2018) en la publicación de su artículo sobre “El impacto socio jurídico de la defraudación al régimen contributivo de seguridad social en salud” refiere que, la afiliación indebida es la vinculación irregular, ilegal o fraudulenta, que efectúa una persona natural o jurídica en condición de empleador, para declarar como su (s) trabajador(es), a quien (es) no reúne (n) dicha condición, ante EsSalud, a efectos de que acceda (n), junto con sus derechohabientes (de ser el caso), a las diversas prestaciones que brinda.

Asimismo, señala que podría configurarse una afiliación indebida cuando, pese a existir una prestación personal de servicio, la cual además es remunerada y subordinada entre un empleador y su (s) trabajador (es), no se ha declarado la real naturaleza de la labor desempeñada por éste.

El Sistema de Seguridad Social comprende la regulación de los instrumentos protectores, razón última del mismo, las relaciones jurídicas que dan lugar a esos instrumentos protectores, los organismos gestores y colaboradores de la Seguridad Social y, por último, las fuentes de financiación del Sistema.

En ese sentido, la afiliación indebida es considerada como la vinculación irregular o fraudulenta que efectúa una persona natural o jurídica para declarar su condición de entidad empleadora y a sus trabajadores, incumpliendo los requisitos establecidos en las normas de seguridad social en salud, con el fin de obtener la condición de asegurados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social administrado por ESSALUD y recibir las prestaciones asistenciales, económicas o sociales, para beneficio propio o de sus derechohabientes.

Las afiliaciones indebidas saturan a nivel financiero al Régimen Contributivo de Seguridad Social en salud, toda vez que éste debe destinar recursos económicos

en el tratamiento y rehabilitación de enfermedades, por lo general de muy alto costo, así como en el pago de prestaciones económicas a asegurados que por conveniencia han simulado el establecimiento de relaciones laborales con supuestos empleadores. Consecuentemente, se posterga la atención de asegurados a quienes realmente les asiste el derecho a acceder a las prestaciones brindadas por ESSALUD con la celeridad y calidad que amerita.

Es por ello que, aquellas situaciones en las cuales una persona, sin cumplir con los requisitos de una relación jurídica de seguridad social, logra afiliarse y/o consumir en forma indebida prestaciones de salud, económicas o sociales que brinda el Seguro Social de Salud-ESSALUD, son consideradas como filtraciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, cuyo control está a cargo de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas y de las Unidades de Control de Filtraciones, dependientes de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de ESSALUD, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 212-B del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, y conforme a las disposiciones establecidas en el Manual de Operaciones de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 815-GG-ESSALUD-2016, de fecha 20 de julio de 2016.

Todas las filtraciones tienen un común denominador, el consumo indebido de recursos de la Seguridad Social, ya sea por haberse derivado de una afiliación indebida, una prestación de salud no cubierta en los planes de seguros contratados, la suplantación de un asegurado, entre otros. La identificación de las causas estructurales que permiten la existencia de filtraciones en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social, su tipología y características, se presentan en la siguiente matriz de síntesis.

**Tabla 4. Tipos de Filtraciones a la Seguridad Social en Salud**

<b>TIPOS DE FILTRACIONES EN ESSALUD</b>		
<b>N°</b>	<b>Tipo de Filtración</b>	<b>Característica</b>
<b>1</b>	<b>Vulneración legal</b>	Vulneración de las normas especiales al momento de la afiliación, que regulan aspectos sustanciales de una: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación laboral.</li> <li>- Obligaciones específicas contempladas en normas especiales.</li> <li>- Relación jurídica de un derechohabiente.</li> </ul>
<b>2</b>	<b>Simulación de relación laboral</b>	Declaración de un trabajador por una entidad empleadora sin serlo, con fines que el supuesto trabajador acceda a una prestación de salud o prestación económica, motivado por un interés amical, familiar o de lucro.
<b>3</b>	<b>Suplantación</b>	Recibir o intentar recibir una prestación de salud sin tener derecho a la misma, utilizando la identidad de un asegurado que si la tiene.
<b>4</b>	<b>Prestaciones sin cobertura</b>	Atenciones en periodo de carencia o tiempo de espera, así como percibir prestaciones excluidas o atención de capa simple en segundo período de latencia
<b>5</b>	<b>Prestaciones otorgadas a asegurados cuyas entidades empleadoras se encuentran en condición de reembolso</b>	Prestaciones de salud o económicas otorgadas a asegurados cuyas entidades empleadoras se encuentran comprendidas en lo establecido por el artículo 36 del decreto Supremo N° 020-2006-TR
<b>6</b>	<b>Prestaciones cubiertas por otras IAFAS sin trámite de reembolso</b>	Prestaciones de capa simple a asegurados afiliados a una EPS, atención de accidentes de trabajo a personas aseguradas en un SCTR privado, atención a terceros afiliados a compañías de seguros privadas o SIS.
<b>7</b>	<b>Prestaciones de salud otorgadas a víctimas de accidentes de tránsito sin SOAT.</b>	Prestaciones otorgadas a víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos que no hayan sido identificados y se den a la fuga en el momento del accidente y sin cobro al paciente para que éste active su reembolso de gasto en el Ministerio de Transporte por el Fondo de Compensación SOAT (4 meses).

**Fuente: GCSPE-ESSALUD.**

Sin embargo, en el presente caso, la presente investigación analiza los dos primeros tipos de filtración, es decir aquellas afiliaciones indebidas por transgresión o incumplimiento de una norma legal y por simulación de una relación laboral, en los cuales no existe la relación jurídica de seguridad social para tener la condición de asegurado.

**a) Afiliación Indebida por Vulneración Legal:**

Se llama así a aquella relación jurídica de seguridad social que ha generado una persona y/o una entidad empleadora ante ESSALUD, incumpliendo con las condiciones establecidas en las normas de Seguridad Social en Salud y normas especiales, para obtener la condición de asegurado en el Registro de Asegurados titulares y Derechohabientes, con el fin de acceder a las prestaciones de salud, económicas o sociales que otorga ESSALUD, toda vez que se ha determinado diversos perfiles de riesgo respecto al incumplimiento de los requisitos para tener la condición de asegurado establecidos en diferentes normas legales, los cuales se detallará más adelante.

**b) Afiliación Indebida por Simulación de Relación Laboral**

Se materializa con la declaración de uno o más trabajadores por una entidad empleadora sin serlo, con la finalidad que el supuesto trabajador acceda a una prestación de salud o prestación económica, motivado por un interés de amistad, familiar o de lucro.

#### **2.2.5.4. Procedimientos de Control de Afiliaciones Indebidas:**

##### **a) Por Vulneración Legal:**

Es el conjunto de actos y diligencias de control realizadas por el órgano competente, sobre el cumplimiento de las obligaciones, prohibiciones y otras limitaciones exigibles a los administrados establecidas por ley, norma con rango legal, normas sectoriales o reglamentarias, que determinen la condición de asegurado, bajo un enfoque de cumplimiento normativo de gestión de riesgos del Sistema de aseguramiento en ESSALUD.

Los controles posteriores, a diferencia de los controles ex ante, se sustentan en el respeto a la libertad individual de los administrados y en la confianza que el Estado deposita en la veracidad de sus actos y declaraciones.

La presunción de veracidad, privilegia la honestidad en el actuar y releva a los ciudadanos honestos de los costos innecesarios dirigidos a acreditar, por terceros o documentos. En ese sentido, el Principio de Privilegio de controles posteriores faculta a las entidades de la administración pública para regular los procedimientos que deban privilegiar las técnicas de control posterior en lugar de las técnicas de control preventivo sobre las actuaciones de los administrados.

Es así que, en ESSALUD se ha establecido el Procedimiento de Baja de Registros del Sistema de Seguros y Prestaciones Económicas aprobada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 69-GCSPE-ESSALUD-2017, siendo el personal verificador de la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas (en adelante OSPE) quien posterior a una evaluación merituada elabora el informe que sustenta emitir el acto administrativo de baja de registro por el Jefe de la OSPE, conforme a lo establecido en el Manual de Operaciones de la Oficinas de

Seguros y Prestaciones Económicas, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 815-GG-ESSALUD-2016.

Como resultado del citado procedimiento se determina los registros errados que son previamente confirmados por la Gerencia Central de Tecnologías de la Información (GCTIC), de acuerdo a la evaluación de las declaraciones erradas del T-Registro; sin embargo, dicho procedimiento no comprende aquellos casos de vulneración de normas legales especiales, que también son evaluados por control posterior.

**b) De Verificación de la Condición de Asegurado y de Entidad Empleadora de Trabajadores del Hogar.**

El procedimiento de verificación se ejecuta en el marco de las disposiciones establecidas en la Ley N° 29135 y su Reglamento, así como en la Directiva N° 001-GCSPE-ESSALUD-2015 que regula el “Procedimiento de Verificación de la Condición del Asegurado del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, de Otros Regímenes Administrados por ESSALUD y de la Condición de Entidades Empleadoras de Trabajadores del Hogar”, aprobada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 022-GCSPE-ESSALUD-2015, modificada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 63-GCSPE-ESSALUD-2016, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 1 de diciembre de 2016; sin embargo, las actuaciones y los plazos previstos en la citada Directiva no resultan ser efectivos, debido a la cantidad innumerable de visitas de verificación que se realizan en los centros laborales; asimismo, los actos que se emiten durante el desarrollo del procedimiento, el largo proceso de notificaciones y la falta de precisión sobre las actuaciones del verificador, entre otros aspectos,

dilatan y obstaculizan el procedimiento de verificación, al no poder determinar la existencia del vínculo jurídico de seguridad social de forma oportuna y eficaz.

La Directiva vigente y algunas disposiciones normativas emitidas por la entidad regulan en forma parcial el procedimiento de verificación de la condición del asegurado y en algunos aspectos no guardan concordancia con la normativa legal vigente; por lo tanto, resulta necesario efectuar una regulación sólida, unificada, actualizada y congruente con nuestro actual marco legal, que permita ejecutar el debido procedimiento.

#### **2.2.5.5. Resolución de Baja de Oficio:**

Como resultado de los procedimientos de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal y de verificación de la condición del Asegurado, de entidades empleadoras de trabajadores del hogar, se emite la Resolución de Baja de oficio del Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 1.16 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General (en adelante TUO de la LPAG).

Es el acto administrativo que no tiene naturaleza sancionatoria, mediante el cual ESSALUD extingue la relación jurídica de Seguridad Social en Salud con la Entidad Empleadora y/o los asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, que se encuentren declarados en el Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes, por períodos determinados. Se emite como resultado del procedimiento de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal.

Al respecto, cabe indicar que, a través de la Resolución de Baja de Oficio se determina que el administrado inscrito en el Registro de Asegurados, sea en condición

de titular o derechohabiente, no cumple los requisitos establecidos en las normas especiales para tener la condición de asegurado; por lo tanto, no puede estar inscrito en el citado Registro ni acceder a las prestaciones que brinda ESSALUD, durante un determinado período, el cual puede comprender desde su afiliación hasta la fecha en que se detecta la comisión de la vulneración legal, o desde la fecha que dejó de reunir los requisitos establecidos en las normas especiales hasta antes del cumplimiento de tales requisitos, de ser el caso.

**Tabla 5. Resoluciones de Baja de Oficio derivadas de los Procedimientos de Verificación y Control de las OSPE de Lima.**

<b>RESOLUCIONES DE BAJA (VERIFICACIÓN Y CONTROL) 2018</b>		
<b>OSPE DE LIMA</b>	<b>EMITIDAS</b>	<b>FIRMES</b>
<b>COMAS</b>	0	0
<b>CAÑETE</b>	3	1
<b>CORPORATIVA</b>	809	707
<b>HUACHO</b>	0	0
<b>JESUS MARIA</b>	911	679
<b>SALAMANCA</b>	0	0
<b>SAN JUAN DE LURIGANCHO</b>	0	0
<b>SAN MARTIN DE PORRES</b>	0	0
<b>SAN ISIDRO</b>	1139	12
<b>SAN MIGUEL</b>	1022	949
<b>TOTAL</b>	<b>3884</b>	<b>2348</b>

**Fuente: GASV-ESSALUD.**

El presente cuadro refleja la cantidad de Resoluciones de Baja que emiten los Jefes(as) de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas del ámbito territorial de la ciudad de Lima, así como la cantidad de Resoluciones que han adquirido la calidad de acto firme o respecto de las cuales se ha agotado la vía administrativa.

**Tabla 6. Resoluciones de Baja de Oficio derivadas de los Procedimientos de Verificación y Control de las OSPE a nivel nacional.**

<b>RESOLUCIONES DE BAJA (VERIFICACIÓN Y CONTROL) 2018</b>		
<b>OSPE NACIONAL</b>	<b>EMITIDAS</b>	<b>FIRMES</b>
AMAZONAS	84	81
ANCASH	187	92
APURIMAC	0	0
AREQUIPA	0	0
AYACUCHO	20	20
CAJAMARCA	17	17
COMAS		
CAÑETE	3	1
CORPORATIVA	809	707
CUSCO	404	395
HUACHO	0	0
HUANCAVELICA	22	22
HUANUCO	91	76
ICA	0	0
JESUS MARIA	911	679
JULIACA	0	0
JUNIN	221	379
LA LIBERTAD	773	625
LAMBAYEQUE	375	151
LORETO	0	0
MADRE DE DIOS	73	43
MOQUEGUA	90	30
MOYOBAMBA	117	0
PASCO	0	0
PIURA	756	756
PUNO	48	14
SALAMANCA		
SAN JUAN DE LURIGANCHO		
SAN ISIDRO	1139	12
SAN MARTIN	215	21
SAN MARTIN DE PORRES		
SAN MIGUEL	1022	949
TACNA	0	0
TUMBES	0	0
UCAYALI	100	47
<b>TOTAL</b>	<b>7477</b>	<b>5117</b>

Fuente: GASV - ESSALUD.

#### **2.2.5.6. Valorización y recupero de las prestaciones otorgadas en forma indebida.**

Al respecto, el artículo 15, numeral 15.3 de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social y primer párrafo del artículo 31° del Reglamento de la Ley, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, señala que el asegurado que utilizando medios ilícitos percibe beneficios que no le correspondan, deberá cumplir con reembolsar a ESSALUD, el costo de los servicios recibidos sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

Por lo tanto, la notificación válida de la Resolución de Baja de oficio faculta a la Administración a exigir el reembolso de las prestaciones de salud, económicas y sociales otorgadas a un determinado asegurado que ha perdido tal condición; por lo tanto, de no existir la Resolución de Baja, o de existir y no estar válidamente notificada (eficaz) y en calidad de acto firme, no es posible emitir el acto resolutorio de cobranza, siendo la Gerencia Central de Gestión Financiera, el órgano de línea competente para normar, planificar, ejecutar, controlar y evaluar las actividades de recuperación de adeudos no contributivos de la institución, como son los adeudos por prestaciones brindadas a asegurados y/o derechohabientes sin acreditación, por servicios brindados a no asegurados o asegurados sin cobertura para la prestaciones específicas así como adeudos derivados de convenios, multas administrativas, entre otros como la Valorización, Liquidación y Cobranza del Reembolso del Costo de las Prestaciones Indebidas otorgadas a los asegurados declarados en Baja de registro (de oficio) en su condición de Asegurado, de conformidad con el literal i) del artículo 81° del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD.

En ese sentido, es necesario implementar un proceso de comunicación de las afiliaciones indebidas, entre la OSPE de la jurisdicción y la Gerencia de la Red

Prestacional, Red Asistencial u Órganos Prestadores Nacionales, que debe partir desde la emisión del requerimiento de valorización, realizando las coordinaciones de manera constante hasta la obtención de la información sobre el recupero de las prestaciones indebidamente otorgadas, ante la debilidad de los sistemas informáticos que actualmente utilizan las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Lima, por la carencia de información actualizada y completa de las prestaciones otorgadas.

Al respecto, es indispensable que las Gerencias Centrales de Gestión de Finanzas y de Seguros y Prestaciones Económicas unan esfuerzos en la implementación de mecanismos de comunicación en línea a través de los sistemas informáticos, a fin de registrar las valorizaciones y el monto de recupero de las prestaciones, lo que permitirá realizar un mejor control y adoptar las acciones necesarias que contribuyan a la sostenibilidad financiera institucional.

#### **2.2.6. Potestad Sancionadora de ESSALUD**

ESSALUD cuenta con potestad sancionadora respecto de aquellas conductas expresamente señaladas en la norma con rango de ley conforme a lo establecido en el artículo 15, numerales 15.2 y 15.3 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); artículo 4 de la Ley N° 29135, “Ley que establece el porcentaje que deben pagar ESSALUD y la Oficina de Normalización Previsional (ONP) a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT) por la recaudación de sus aportaciones, y medidas para mejorar la administración de tales aportes”, y en el artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1172, que incorpora el artículo 5-A a la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud; en ese sentido tiene potestad para sancionar a:

1.- Los empleadores, únicamente por las siguientes causales:

- a) A aquellos que no se inscriben.
- b) A los que no inscriben a sus trabajadores.
- c) A los que presentan declaraciones falsas, tendientes a que se otorguen prestaciones indebidas.
- d) No entreguen a ESSALUD la información requerida.

2.- A los asegurados

- a) Cuando usan medios ilícitos para obtener beneficios indebidos o cuando se afilian indebidamente.

De otro lado, el artículo 30° del Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, respecto a la sanción administrativa al Empleador, establece que “las infracciones y sanciones aplicables a las entidades empleadoras mencionadas en el numeral 15.2 de la Ley, se rigen por el Código Tributario y demás disposiciones vigentes”.

Además, en su artículo 31, respecto a la sanción administrativa al asegurado, señala que, en “aplicación del numeral 15.3. de la Ley, el asegurado que utilizando medios ilícitos percibe beneficios que no le corresponden, deberá cumplir con el reembolso de las prestaciones brindadas y el abono de la multa correspondiente, y de ser el caso pasible de acciones civiles y penales, de acuerdo con lo que establezca el Consejo Directivo. ESSALUD ejerce la cobranza coactiva de las multas. La persona que sin ser asegurado utilice medios ilícitos para obtener prestaciones que no le corresponden, deberá reembolsar a ESSALUD el costo de los servicios recibidos sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.”

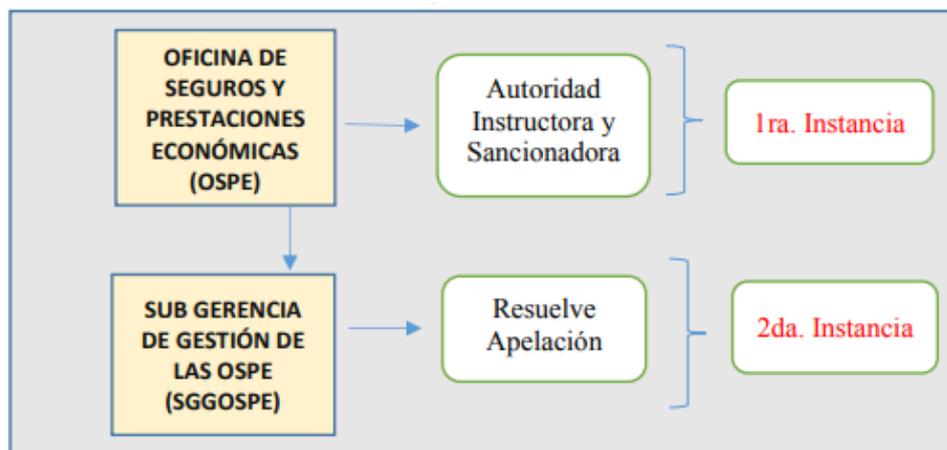
Al respecto, de acuerdo a la opinión de la Dirección General de Desarrollo Normativo y Calidad Regulatoria del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, realizadas

mediante Informe Jurídico N° 15-2019-JUS/DGDNCR, de fecha 10 de mayo de 2019, las sanciones impuestas por norma reglamentaria, que no han sido previamente determinadas en la norma con rango de ley, incumplen con los principios de legalidad y tipicidad; sin embargo, en tanto son disposiciones vigentes, deben ser cumplidas por las entidades correspondientes, considerando que la Administración Pública no puede aplicar el control difuso de las normas; en consecuencia, ESSALUD debe cumplir las disposiciones normativas vigentes, es decir aquellas establecidas por Ley y normas reglamentarias, ejerciendo la potestad sancionadora respecto de las conductas expresamente contempladas en las normas.

En ESSALUD, se aprobó la Directiva N° 001-GCSPE-ESSALUD-2015, que establece el “Procedimiento de Verificación de la Condición del Asegurado del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, de Otros Regímenes Administrados por ESSALUD y de la Condición de Entidades Empleadoras de Trabajadores del Hogar”, aprobada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 022-GCSPE-ESSALUD-2015, modificada por Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 63-GCSPE-ESSALUD-2016, la cual se encuentra vigente.

La citada Directiva regula el procedimiento administrativo sancionador para la imposición de las sanciones de Inhabilitación y Multa, a los asegurados y entidades empleadoras, respectivamente, cuya ejecución está a cargo de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) a nivel nacional, en primera instancia; es decir dicha área operativa desconcentrada hace las veces de Autoridad Instructora y Sancionadora, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

### Instancias del Procedimiento Sancionador



**Figura 3.** Procedimiento Administrativo Sancionador en ESSALUD, según Directiva.

De lo expuesto, se evidencia que, no cumple con el procedimiento legal establecido, al no precisar la diferenciación en su estructura entre la Autoridad Instructora y la que decide la aplicación de la sanción (Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, 2001, art. 254, numeral 254.1), funciones que tampoco se encuentran establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD; por lo que, en este aspecto es necesario implementar cambios a nivel institucional en cuanto a estructura, competencia y funciones a fin de llevar a cabo el debido procedimiento sancionador.

Si bien la citada Ley es de carácter supletorio frente a los procedimientos desarrollados en las leyes especiales, para efectos de la aplicación de dicho procedimiento, debe tenerse en cuenta las reglas, principios y “estructura” establecidas en dicha norma legal. Con ello se busca reforzar la relevancia de la diferenciación estructural entre la autoridad instructora y la sancionadora como garantía de imparcialidad que tiene como fundamento el Principio del Debido Procedimiento y el derecho a la Tutela Jurisdiccional Efectiva contemplados en el inciso 1.2 del artículo IV del Título Preliminar del TUO de la Ley N° 27444 y en el inciso 3 del artículo 139 de la Constitución Política del Perú.

En ese sentido, se comprende la necesidad de garantizar la imparcialidad en el procedimiento administrativo sancionador producto de los procedimientos de control de filtraciones en la afiliación, con el propósito de evitar que la autoridad decida la aplicación de las sanciones basada en juicios de valor previamente elaborados y por otro lado garantizar que la autoridad que conduzca la fase instructora desarrolle un alto grado de especialización en la investigación de los hechos materia del procedimiento.

De otro lado, de la evaluación realizada respecto a los actos administrativos emitidos por los funcionarios a cargo de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas, se ha obtenido que durante el año 2018 han emitido y notificado un total de 470 sanciones (Resoluciones de Inhabilitación y Multas administrativas) impuestas a los asegurados y entidades empleadoras, respectivamente; en consecuencia, se estarían imponiendo sanciones como resultados de procedimientos que no se ajustan a las disposiciones establecidas en la Ley N° 27444, pudiendo ser impugnadas ante las instancias judiciales.

Ante dicha situación, es necesario y urgente adoptar las acciones inmediatas a fin de incorporar en los instrumentos normativos institucionales de ESSALUD las competencias y funciones de los órganos y autoridades del procedimiento administrativo sancionador.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

Según Bunge (1999) en “Ciencia y desarrollo” considera que es ciencia aplicada “cuando el conocimiento teórico tenga una utilidad práctica”(p.28); por lo que, de acuerdo al propósito de la presente investigación, naturaleza de los problemas y objetivos formulados, reúne las condiciones metodológicas para ser considerada como investigación de tipo Aplicada; dado que la utilidad práctica que se espera alcanzar, es que los resultados sirvan de referencia a los funcionarios de ESSALUD, sobre el fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

El diseño empleado responde a una investigación no experimental, porque el investigador no manipulara de manera intencional la variable para obtener los resultados deseados.

Hernández, R. Fernández C. y Baptista, P. (2014) señala:

“podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en formas intencional mi variable.” (p.152).

De igual forma es “de corte transversal porque recolectan datos en un momento único. Cuyo objetivo es describir variables, analizar su incidencia y relación en un momento dado. Hernández, R. Fernández C. y Baptista, P. (2014)

“Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento en un tiempo único [...]. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.” (p.154).

La información se tomó en sólo momento y está dirigido a los funcionarios y profesionales especializados en el Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

### 3.2. Población y muestra

#### 3.2.1. Población

La población de estudio estará constituida por 103 personas, entre funcionarios y personal especializado en sistemas de control y seguros ubicados en las áreas operativas desconcentradas de Lima y de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, de ESSALUD, vinculados a las variables de estudio.

#### 3.2.1. Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la ecuación estadística para proporciones poblacionales, a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

#### Cálculo de la muestra partiendo de una población definida

Dónde: - **Margen: 5%**

- **Nivel de confianza: 95%**

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

z = Nivel de confianza deseado

p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e = Nivel de error dispuesto a cometer.

La muestra de estudio óptima resultó de acuerdo con los ajustes estadísticos con un total de **83 personas**.

### **3.3. Operacionalización de variables**

#### **3.3.1. Variable Independiente (X)**

Sistema de Control.

##### **Indicadores:**

- Interoperabilidad.
- Seguridad de la Información.
- Sistemas informáticos de ESSALUD.
- Comunicación Organizacional.
- Administración Estratégica.
- Plan de acciones de control.
- Instrumentos de Control
- Evaluación de Riesgos.
- Efectividad de los Procedimientos de Control.

#### **3.3.2. Variable Dependiente (Y)**

Afiliaciones Indevidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

##### **Indicadores:**

- Normatividad sobre Aseguramiento y Control.
- Responsabilidad y sanciones por afiliación indebida.
- Bajas del Registro de Asegurados.
- Asegurados Inhabilitados.
- Valorizaciones y recupero de las prestaciones.

**Tabla 7. Operacionalización de Variables**

<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Variable I SISTEMA DE CONTROL</b>	<b>1. Gobierno Digital</b>	- Interoperabilidad. - Seguridad de la Información. - Sistemas informáticos de ESSALUD.
	<b>2. Inteligencia Organizacional.</b>	- Comunicación Organizacional. - Administración Estratégica. - Planeamiento Estratégico.
	<b>3. Instrumentos de control.</b>	- Monitoreo y Supervisión - Evaluación de Riesgos. - Efectividad de los Procedimientos de Control.
<b>Variable II AFILIACIONES INDEBIDAS AL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN ESSALUD</b>	<b>4. Normatividad.</b>	- Normatividad sobre Aseguramiento y Control. - Responsabilidad y sanciones.
	<b>5. Afiliaciones indebidas.</b>	- Registro de Baja de Asegurados. - Registro de Asegurados Inhabilitados. - Valorizaciones y recupero de las prestaciones.

**Fuente: Elaboración propia.**

### 3.4. Instrumentos.

#### **Fuentes Primarias**

#### **Encuestas**

En la presente investigación se empleará como técnica, la Encuesta, mediante el empleo del **Cuestionario**, que es el instrumento de recolección de datos, que contiene un conjunto de preguntas respecto a las variables y sus indicadores que se van a medir, el cual se aplicará al personal administrativo, profesionales especializados, abogados, auditores médicos, responsables operativos y gerentes responsables del Sistema de Control de las afiliaciones al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, quienes de manera anónima brindarán la información requerida.

Asimismo, se realizará el **Análisis de documentos**, para recolectar la información respecto al comportamiento de las variables de estudio, empleando **fichas de registro**, para consignar los datos relevantes obtenidos en el proceso de análisis respecto a las variables.

### **Fuentes Secundarias**

**Toma de información.-** Se realizará en diferentes bibliotecas especializadas, de los repositorios de la Universidad Federico Villarreal y de otras universidades, para tomar información de libros, textos, normas y demás fuentes de información en relación al fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

### **Validación del instrumento:**

El Cuestionario fue validado mediante la opinión de tres expertos y sometido a la tabla de concordancia y la Prueba Binomial con concordancia significativa, y para su confiabilidad se hizo una prueba piloto con una muestra representativa del 10% de la población total que ingresó al estudio definitivo, cuyos resultados fueron evaluados mediante la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach obteniéndose una confiabilidad global de 0.95, por lo tanto, el instrumento es confiable.

### **3.5. Procedimientos.**

Se aplicarán las siguientes técnicas de procesamiento de datos:

**Ordenamiento y clasificación.-** Se aplicarán para tratar la información cualitativa y cuantitativa en forma ordenada, de modo de interpretarla y obtener el mejor resultado sobre el fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Registro manual.-** Se aplicarán para digitar la información de las diferentes fuentes relacionadas a fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Proceso computarizado con Excel.-** Se aplicarán para determinar diversos cálculos matemáticos y estadísticos relacionados a fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Proceso computarizado con SPSS.-** Se aplicarán para digitar, procesar y analizar datos relacionados con el fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

### **3.6. Análisis de datos.**

Se aplicarán las siguientes técnicas:

**Análisis documental.-** Se aplicarán para conocer, comprender, analizar e interpretar los datos relacionados al fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Indagación.-** Se aplicarán para disponer de datos cualitativos y cuantitativos de cierto nivel de razonabilidad relacionadas al fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Conciliación de datos.-** Se aplicarán para conciliar los datos de algunos autores relacionados al Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Tabulación de cuadros con cantidades y porcentajes.-** Se utilizarán para ordenar los datos en cuadros que indiquen conceptos, cantidades, porcentajes y otros detalles de utilidad para la investigación, en tanto esté relacionado fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Comprensión de gráficos.-** Se utilizarán para presentar información en gráficos y de ese modo comprender la información relacionado al fortalecimiento del Sistema de Control y su influencia en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

### **3.7. Consideraciones Éticas**

Para llevar a cabo la investigación se solicitó el permiso correspondiente a los funcionarios de la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación, así como de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de ESSALUD, a fin de proceder a realizar el trabajo de campo, cuyas respuestas dadas son de carácter anónimo, es decir se guarda reserva de la identidad de cada una de las personas encuestadas.

Asimismo, como se ha mencionado, el presente trabajo se realizó considerando la información y análisis estadísticos que se encuentran registrados en el portal web oficial de ESSALUD, el cual es de acceso público conforme lo establece el artículo 10 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27086, “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”.

El presente estudio tiene una gran responsabilidad social ya que muestra el diagnóstico real de las afiliaciones indebidas al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, que son determinadas por las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Lima en ESSALUD, y se explica el funcionamiento del sistema de control a nivel institucional.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Contratación de la Hipótesis.

#### Prueba de hipótesis general

ho: El Sistema de Control no influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

h1: El Sistema de Control si influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

**Cálculo de prueba:** Los resultados de la contratación de la prueba de hipótesis se realizaron mediante la prueba estadística Rho de Spearman al nivel de significación del 0.05 con los siguientes resultados.

**Tabla 8. Correlación entre las Variables Independiente y Dependiente**

			Sistemas de Control	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD
Rho de Spearman	Sistemas de Control	Coefficiente de correlación	1,000	,893**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	83	83
	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD	Coefficiente de correlación	,893**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	83	83

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).  
Elaboración propia.

#### Descripción:

En la tabla 8, según los resultados obtenidos se observa que hay una correlación positiva alta o asociatividad entre las variables estudiadas, puesto que el coeficiente de correlación es de 89.3% y el nivel de significancia menor al 0.05, lo que demuestra que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; por lo tanto, el Sistema de Control si influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

### Prueba de hipótesis específica 1

ho: El gobierno digital no influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

h<sub>1</sub>: El gobierno digital si influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

**Cálculo de prueba:** Los resultados de la contratación de la prueba de hipótesis se realizaron mediante la prueba estadística Rho de Spearman al nivel de significación del 0.05 con los siguientes resultados.

**Tabla 9**  
*Correlación entre la dimensión Gobierno Digital con la variable Afiliaciones indebidas en ESSALUD*

			Gobierno Digital	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD
Rho de Spearman	GOBIERNO DIGITAL	Coefficiente de correlación	1,000	,890**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	83	83
	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD	Coefficiente de correlación	,890**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	83	83

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

### Descripción:

En la tabla 9, según los resultados obtenidos se observa que hay una correlación positiva alta o asociatividad entre las variables estudiadas, puesto que el coeficiente de correlación es de 89.0% y el nivel de significancia menor al 0.05, lo que demuestra que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; por lo tanto, el gobierno digital si influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

## Prueba de hipótesis específica 2

ho: La inteligencia organizacional no influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

h1: La inteligencia organizacional si influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

**Cálculo de prueba:** Los resultados de la contratación de la prueba de hipótesis se realizaron mediante la prueba estadística Rho de Spearman al nivel de significación del 0.05 con los siguientes resultados.

**Tabla 10**  
**Correlación entre la dimensión Inteligencia Organizacional con la variable Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD**

			Inteligencia Organizacional	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD
Rho de Spearman	Inteligencia Organizacional	Coefficiente de correlación	1,000	,866**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	83	83
	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD	Coefficiente de correlación	,866**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	83	83

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Fuente: Elaboración propia.**

### Descripción:

En la tabla 10, según los resultados obtenidos se observa que hay una correlación positiva alta o asociatividad entre las variables estudiadas, puesto que el coeficiente de correlación es de 86.6% y el nivel de significancia menor al 0.05, lo que demuestra que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; por lo tanto, la inteligencia organizacional si influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

### Prueba de hipótesis específica 3

ho: Los instrumentos de control no influyen en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

h1: Los instrumentos de control si influyen en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

**Cálculo de prueba:** Los resultados de la contratación de la prueba de hipótesis se realizaron mediante el estadístico Rho de Spearman al nivel de significación del 0.05 con los siguientes resultados.

**Tabla 11**

***Correlación entre la dimensión Instrumentos de Control con la variable Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.***

			Instrumentos de Control	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD
Rho de Spearman	Instrumentos de Control	Coefficiente de correlación	1,000	,837**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	83	83
	Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD	Coefficiente de correlación	,837**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	83	83

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Fuente: Elaboración propia.**

#### Descripción:

En la tabla 11, según los resultados obtenidos se observa que hay una correlación positiva alta o asociatividad entre las variables estudiadas, puesto que el coeficiente de correlación es de 83.7% y el nivel de significancia menor al 0.05, lo que demuestra que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; por lo tanto, los instrumentos de control si influyen en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

**Tabla 12**

***Correlaciones entre las dimensiones el gobierno digital, la inteligencia organizacional e Instrumentos de Control con las afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento ESSALUD.***

			Gobierno Digital	Inteligencia Organizacional	Instrumentos de Control	Afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD
Rho de Spearman	Gobierno Digital	Coeficiente de correlación	1,000	,775**	,757**	,890**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
		N	83	83	83	83
	Inteligencia Organizacional	Coeficiente de correlación	,775**	1,000	,900**	,866**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000
		N	83	83	83	83
	Instrumentos de Control	Coeficiente de correlación	,757**	,900**	1,000	,837**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	83	83	83	83
	Afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD	Coeficiente de correlación	,890**	,866**	,837**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
		N	83	83	83	83

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis Estadístico SPSS.

Fuente: Elaboración propia.

La correlación es muy alta entre la dimensión Gobierno Digital con la variable Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, del 89.0% de asociatividad.

La correlación es muy alta entre Inteligencia Organizacional con la variable Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD del 86.6% de asociatividad.

La correlación es muy alta entre Instrumentos de Control con la variable Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, del 83.7% de asociatividad.

## 4.2. Resultados del Cuestionario.

Después de haber recogido la información de nuestros encuestados y haber sometido a proceso de interpretación mediante estadística descriptiva, a continuación, se indica la distribución de frecuencias y porcentajes de cada una de las preguntas del Cuestionario, relacionado con los indicadores, dimensiones y variables, con su respectiva interpretación.

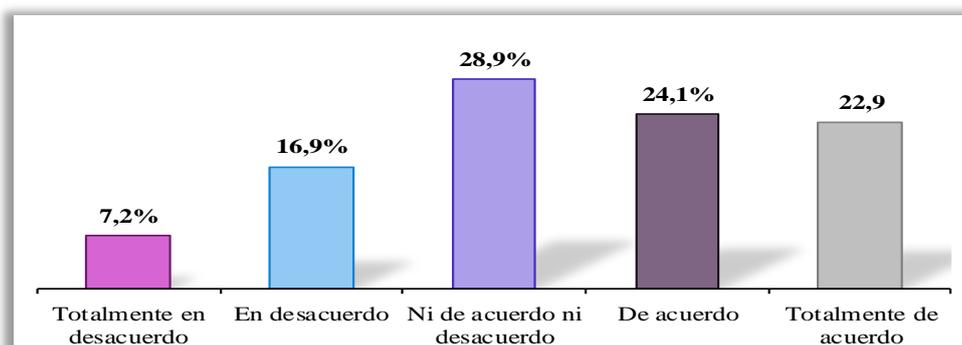
### Pregunta 1.

**Tabla N° 13**

*¿El nivel de Interoperabilidad implementado en ESSALUD es eficiente para el sistema de control de las afiliaciones?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	6	7,2	7,2	7,2
	En desacuerdo	14	16,9	16,9	24,1
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	24	28,9	28,9	53,0
	De acuerdo	20	24,1	24,1	77,1
	Totalmente de acuerdo	19	22,9	22,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de los encuestados a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 3.** Representación de resultados de la pregunta 1. ¿El nivel de Interoperabilidad implementado en ESSALUD es eficiente para el sistema de control de las afiliaciones?

### Interpretación.

En la tabla 13 y figura 3, se observa que, un total de 20 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con el nivel de interoperabilidad implementado en ESSALUD, representando el 24.1% de los encuestados; mientras que 39 de los encuestados que representan el 47%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo.

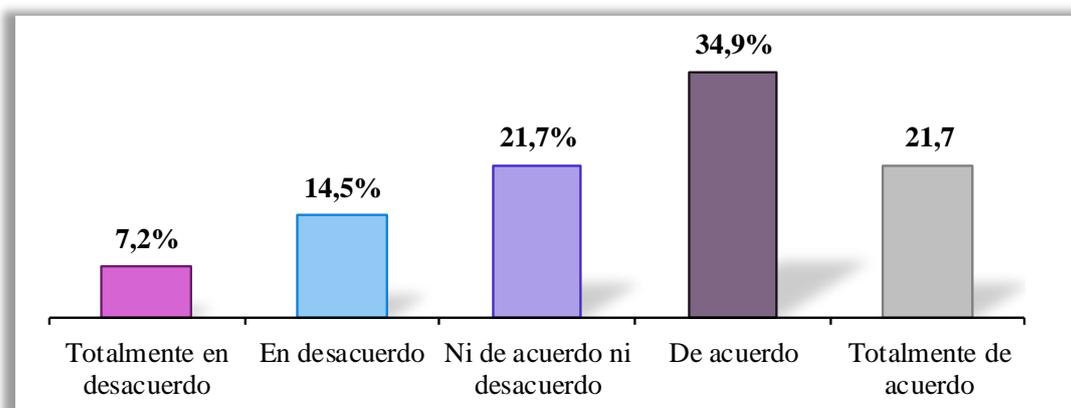
## Pregunta 2

**Tabla N° 14**

*¿Se puede mejorar el intercambio de información entre ESSALUD, SUNAT y RENIEC para fortalecer el sistema de control de las afiliaciones?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	6	7,2	7,2	7,2
	En desacuerdo	12	14,5	14,5	21,7
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	18	21,7	21,7	43,4
	De acuerdo	29	34,9	34,9	78,3
	Totalmente de acuerdo	18	21,7	21,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 4.** Representación de resultados de la pregunta 2 ¿Se puede mejorar el intercambio de información entre ESSALUD, SUNAT y RENIEC para fortalecer el sistema de control de las afiliaciones?

### Interpretación.

En la tabla 14 y figura 4, se observa que, un total de 18 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con la posibilidad de mejorar el intercambio de información entre ESSALUD, SUNAT y RENIEC representando el 21.7% de los encuestados; mientras que 47 de los encuestados que representan el 56.6%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que puede mejorarse el intercambio de información entre ESSALUD, SUNAT y RENIEC.

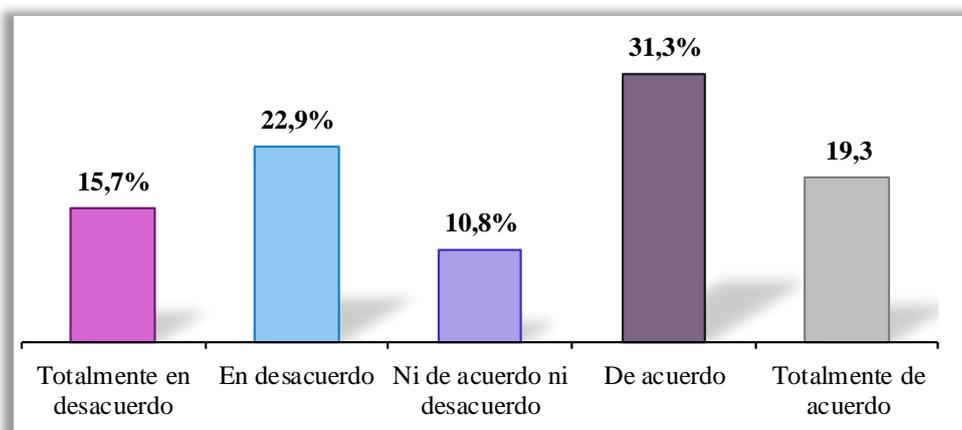
### Pregunta 3

**Tabla N° 15**

*¿Considera que existe una adecuada gestión en seguridad de la información de los asegurados en ESSALUD?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	13	15,7	15,7	15,7
	En desacuerdo	19	22,9	22,9	38,6
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	9	10,8	10,8	49,4
	De acuerdo	26	31,3	31,3	80,7
	Totalmente de acuerdo	16	19,3	19,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 5.** Representación de resultados de la pregunta 3 ¿Considera que existe una adecuada gestión en seguridad de la información de los asegurados en ESSALUD?

#### Interpretación.

En la tabla 15 y figura 5, se observa que, un total de 32 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo sobre la existencia de una adecuada gestión en seguridad de la información de los asegurados en ESSALUD, representando el 38.6% de los encuestados; mientras que 42 de los encuestados que representan el 50.6%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que existe una adecuada gestión en seguridad de la información de los asegurados en ESSALUD.

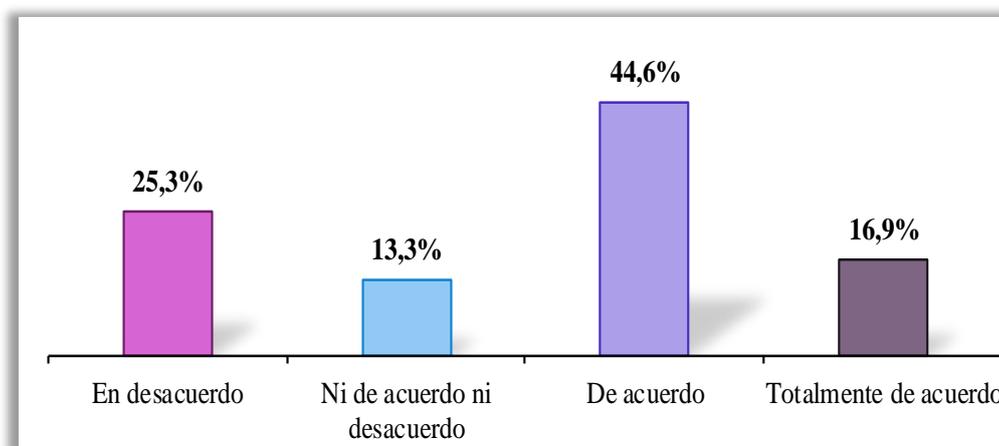
#### Pregunta 4

**Tabla 16**

*¿Cree usted que las medidas implementadas en seguridad de la información permiten realizar el debido control de las afiliaciones?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	21	25,3	25,3	25,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	11	13,3	13,3	38,6
	De acuerdo	37	44,6	44,6	83,1
	Totalmente de acuerdo	14	16,9	16,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 6.** Representación de resultados de la pregunta 4 ¿Cree usted que las medidas implementadas en seguridad de la información permiten realizar el debido control de las afiliaciones?

#### Interpretación.

En la tabla 16 y figura 6, se observa que, un total de 32 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respecto a que las medidas implementadas en seguridad de la información permiten realizar el debido control de las afiliaciones, representando el 38.6% de los encuestados; mientras que 52 de los encuestados que representan el 61.5%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que las medidas implementadas en seguridad de la información permiten realizar el debido control de las afiliaciones.

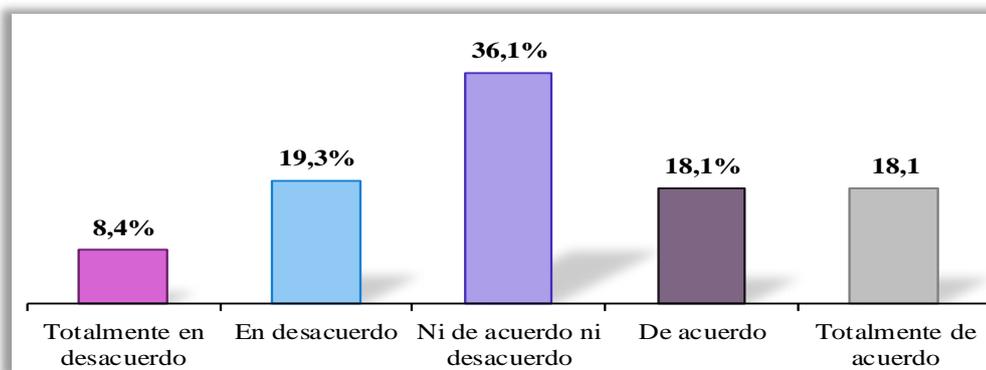
## Pregunta 5

**Tabla 17**

*¿Los sistemas informáticos de ESSALUD son confiables para el control del Registro de los Asegurados y Derechohabientes?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	7	8,4	8,4	8,4
	En desacuerdo	16	19,3	19,3	27,7
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	30	36,1	36,1	63,9
	De acuerdo	15	18,1	18,1	81,9
	Totalmente de acuerdo	15	18,1	18,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 7.** Representación de resultados de la pregunta 5 ¿Los sistemas informáticos de ESSALUD son confiables para el control del Registro de los Asegurados y sus derechohabientes?

### Interpretación.

En la tabla 17 y figura 7, se observa que, un total de 23 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respecto a la confiabilidad de los sistemas informáticos de ESSALUD para el control del Registro de los Asegurados y sus Derechohabientes, representando el 27.7% de los encuestados; mientras que 30 de los encuestados que representan el 36.2%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que los sistemas informáticos de ESSALUD son confiables para el control del Registro de los Asegurados y sus derechohabientes. Asimismo, el 36.1% señalaron que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

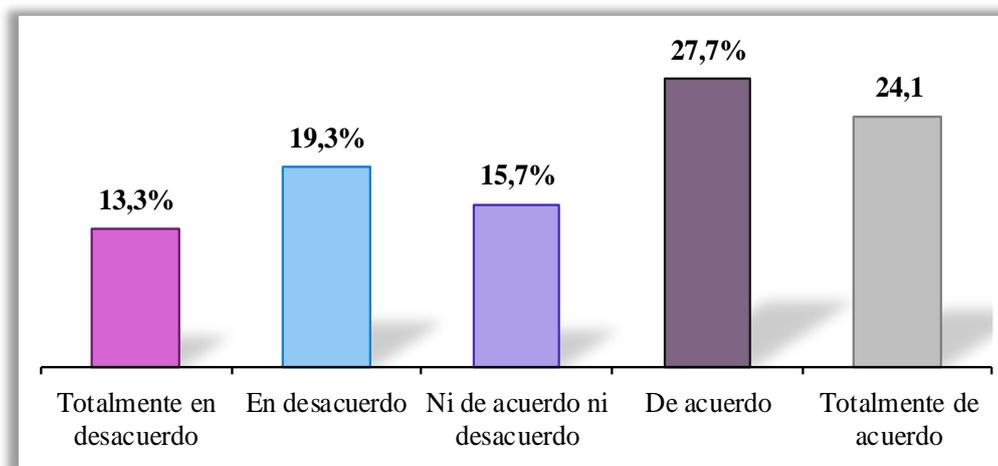
## Pregunta 6

**Tabla 18**

*¿Se utiliza adecuadamente los sistemas informáticos en su área para la identificación de las afiliaciones indebidas al Seguro Social de Salud?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	11	13,3	13,3	13,3
	En desacuerdo	16	19,3	19,3	32,5
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	13	15,7	15,7	48,2
	De acuerdo	23	27,7	27,7	75,9
	Totalmente de acuerdo	20	24,1	24,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 8.** Representación de resultados de la pregunta 6 ¿Se utiliza adecuadamente los sistemas informáticos en su área para la identificación de las afiliaciones indebidas al Seguro Social de Salud?

### Interpretación.

En la tabla 18 y figura 8, se observa que, un total de 27 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo en cuanto al uso adecuado de los sistemas informáticos en su área para la identificación de las afiliaciones indebidas al Seguro Social de Salud, representando el 32.6% de los encuestados; mientras que 43 de los encuestados que representan el 51.8%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que se utiliza adecuadamente los sistemas informáticos en su área para la identificación de las afiliaciones indebidas al Seguro Social de Salud.

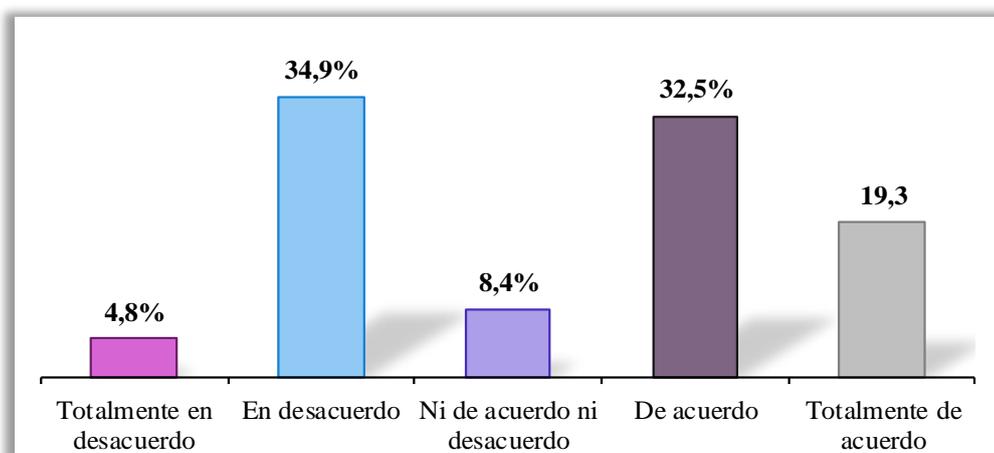
## Pregunta 7

**Tabla 19**

*¿Existe una comunicación idónea respecto a las afiliaciones indebidas en las diferentes áreas operativas de ESSALUD?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4,8	4,8	4,8
	En desacuerdo	29	34,9	34,9	39,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	7	8,4	8,4	48,2
	De acuerdo	27	32,5	32,5	80,7
	Totalmente de acuerdo	16	19,3	19,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 9.** Representación de resultados de la pregunta 7 ¿Existe una comunicación idónea respecto a las afiliaciones indebidas en las diferentes áreas operativas de ESSALUD?

### Interpretación.

En la tabla 19 y figura 9, se observa que, un total de 33 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respecto a que existe una comunicación idónea respecto a las afiliaciones indebidas en las diferentes áreas operativas de ESSALUD, representando el 39.7% de los encuestados; mientras que 43 de los encuestados que representan el 51.8%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que existe una comunicación idónea respecto a las afiliaciones indebidas en las diferentes áreas operativas de ESSALUD.

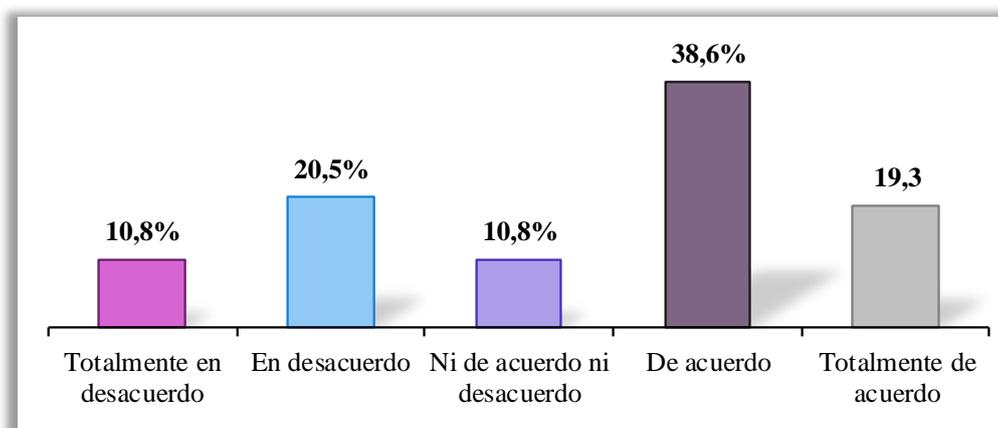
## Pregunta 8

**Tabla 20**

***¿Se fomenta las relaciones interinstitucionales o alianzas estratégicas entre ESSALUD, SUNAFIL, RENIEC y SUNAT para fortalecer el control de las afiliaciones indebidas?***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	9	10,8	10,8	10,8
	En desacuerdo	17	20,5	20,5	31,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	9	10,8	10,8	42,2
	De acuerdo	32	38,6	38,6	80,7
	Totalmente de acuerdo	16	19,3	19,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 10.** Representación de resultados de la pregunta 8 ¿Se fomenta las relaciones interinstitucionales o alianzas estratégicas entre ESSALUD, SUNAFIL, RENIEC y SUNAT para fortalecer el control de las afiliaciones indebidas?

### Interpretación.

En la tabla 20 y figura 10, se observa que, un total de 26 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, representando el 31.3% de los encuestados; mientras que 48 de los encuestados que representan el 57.9%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que se fomenta las relaciones interinstitucionales o alianzas estratégicas entre ESSALUD, SUNAFIL, RENIEC y SUNAT para fortalecer el control de las afiliaciones indebidas.

## Pregunta 9

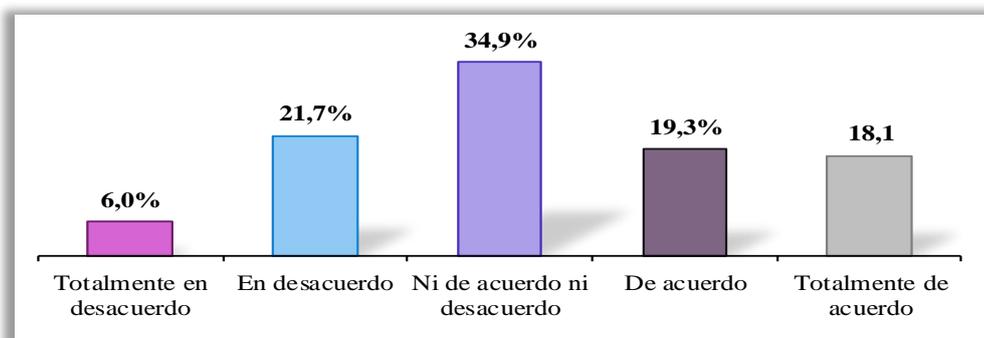
**Tabla 21**

*¿Considera usted que las áreas operativas desconcentradas de ESSALUD se encuentran ubicadas estratégicamente en el territorio nacional para el debido control de las afiliaciones?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	6,0	6,0	6,0
	En desacuerdo	18	21,7	21,7	27,7
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	29	34,9	34,9	62,7
	De acuerdo	16	19,3	19,3	81,9
	Totalmente de acuerdo	15	18,1	18,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.

Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 11.** Representación de resultados de la pregunta 9 ¿Considera usted que las áreas operativas desconcentradas de ESSALUD se encuentran ubicadas estratégicamente en el territorio nacional para el debido control de las afiliaciones?

### Interpretación.

En la tabla 21 y figura 11, se observa que, un total de 23 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, representando el 27.7%; mientras que 31 de los encuestados que representan el 37.4%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que las áreas operativas desconcentradas de ESSALUD se encuentran ubicadas estratégicamente en el territorio nacional para el debido control de las afiliaciones. Asimismo, se aprecia que el 34.9% de los encuestados señalaron no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

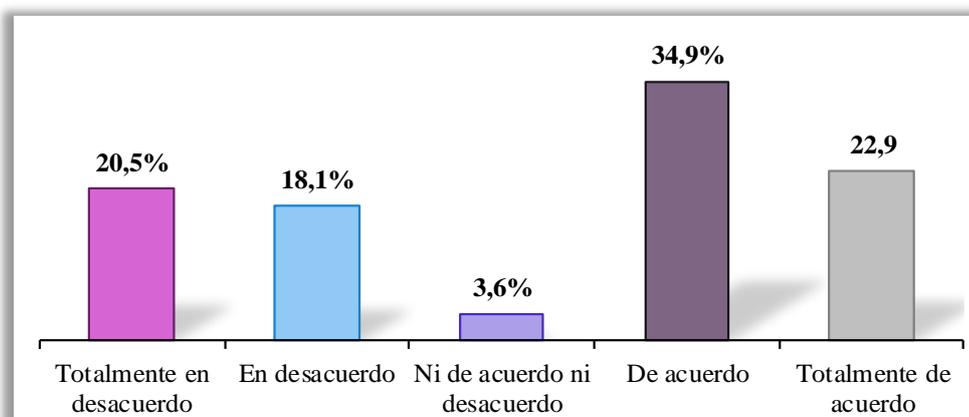
### Pregunta 10

**Tabla 22**

*¿Considera usted, que se realiza una adecuada disposición de recursos humanos capacitados en procesos de control de las afiliaciones, a nivel nacional?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	17	20,5	20,5	20,5
	En desacuerdo	15	18,1	18,1	38,6
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	3	3,6	3,6	42,2
	De acuerdo	29	34,9	34,9	77,1
	Totalmente de acuerdo	19	22,9	22,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 12.** Representación de resultados de la pregunta 10 ¿Considera usted, que se realiza una adecuada disposición de recursos humanos capacitados en procesos de control de las afiliaciones, a nivel nacional?

#### Interpretación.

En la tabla 22 y figura 12, se observa que, un total de 32 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respecto a que exista una adecuada disposición de recursos humanos capacitados para el control de las afiliaciones indebidas, representando el 38.6% de los encuestados; mientras que 48 de los encuestados que representan el 57.8%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que se realiza una adecuada disposición de recursos humanos capacitados en procesos de control de las afiliaciones, a nivel nacional.

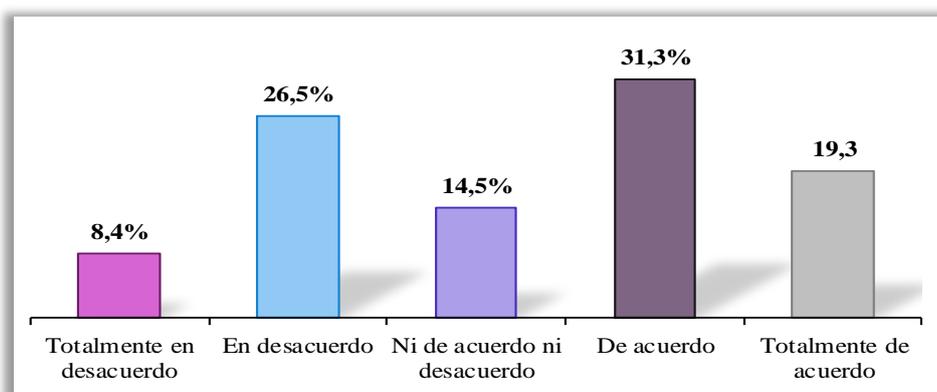
## Pregunta 11

**Tabla 23**

*¿El Plan Anual de Verificación permite a las áreas operativas alcanzar los objetivos y metas planteadas en el control de las afiliaciones indebidas?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	7	8,4	8,4	8,4
En desacuerdo	22	26,5	26,5	34,9
Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	14,5	14,5	49,4
De acuerdo	26	31,3	31,3	80,7
Totalmente de acuerdo	16	19,3	19,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 13.** Representación de resultados de la pregunta 11 ¿El Plan Anual de Verificación permite a las áreas operativas alcanzar los objetivos y metas planteadas en el control de las afiliaciones indebidas?

**Interpretación.**

En la tabla 23 y figura 13, se observa que, un total de 29 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, representando el 34.9% de los encuestados; mientras que 42 de los encuestados que representan el 50.6%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que el Plan Anual de Verificación permite a las áreas operativas alcanzar los objetivos y metas planteadas en el control de las afiliaciones indebidas.

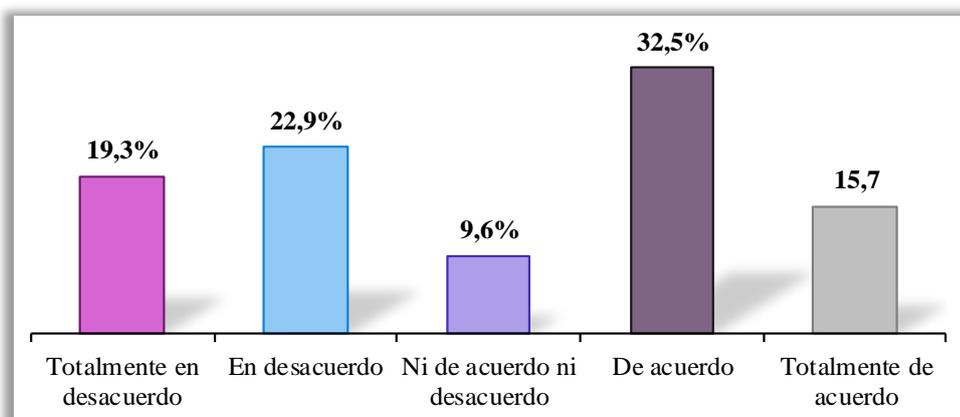
## Pregunta 12

**Tabla 24**

*¿Considera que hay una adecuada planificación entre ESSALUD, SUNAFIL y SUNAT para la ejecución de acciones conjuntas de fiscalización?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	16	19,3	19,3	19,3
	En desacuerdo	19	22,9	22,9	42,2
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	8	9,6	9,6	51,8
	De acuerdo	27	32,5	32,5	84,3
	Totalmente de acuerdo	13	15,7	15,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 14.** Representación de resultados de la pregunta 12 ¿Considera que hay una adecuada planificación entre ESSALUD, SUNAFIL y SUNAT para la ejecución de acciones conjuntas de fiscalización?

### Interpretación.

En la tabla 24 y figura 14, se observa que, un total de 35 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que hay una adecuada planificación entre ESSALUD, SUNAFIL y SUNAT para la ejecución de acciones conjuntas de fiscalización, representando el 42.2% de los encuestados; mientras que 40 de los encuestados que representan el 48.2%, consideran que hay una adecuada planificación entre ESSALUD, SUNAFIL y SUNAT para la ejecución de acciones conjuntas de fiscalización.

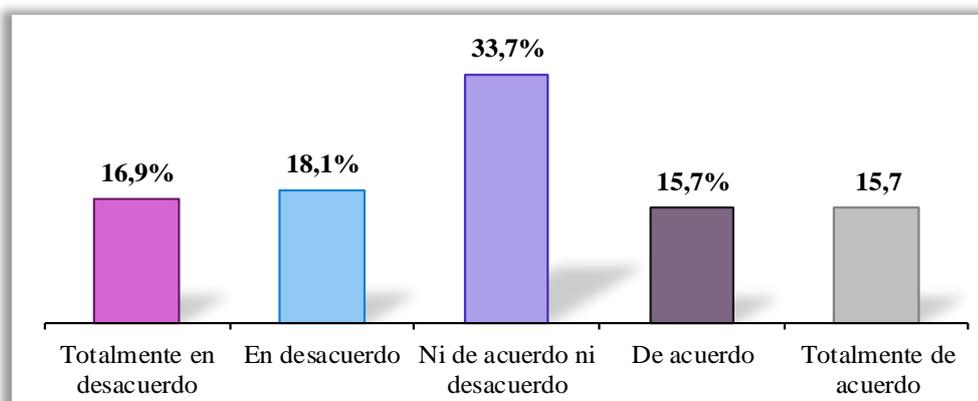
### Pregunta 13

**Tabla 25**

*¿Los instrumentos de control establecidos para el monitoreo y supervisión de las afiliaciones contribuyen al logro de los objetivos definidos en su área?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	14	16,9	16,9	16,9
	En desacuerdo	15	18,1	18,1	34,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	28	33,7	33,7	68,7
	De acuerdo	13	15,7	15,7	84,3
	Totalmente de acuerdo	13	15,7	15,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 15.** Representación de resultados de la pregunta 13 ¿Los instrumentos de control establecidos para el monitoreo y supervisión de las afiliaciones contribuyen al logro de los objetivos definidos en su área?

#### Interpretación.

En la tabla 25 y figura 15, se observa que, un total de 29 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que los instrumentos de control establecidos para el monitoreo y supervisión de las afiliaciones contribuyen al logro de los objetivos definidos en su área, representando el 35% de los encuestados; mientras que 26 de los encuestados que representan el 31,4%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que los instrumentos de control establecidos para el monitoreo y supervisión de las afiliaciones contribuyen al logro de los objetivos definidos en su área. Asimismo, el 33,7% de los encuestados señalaron que no están de acuerdo ni en desacuerdo.

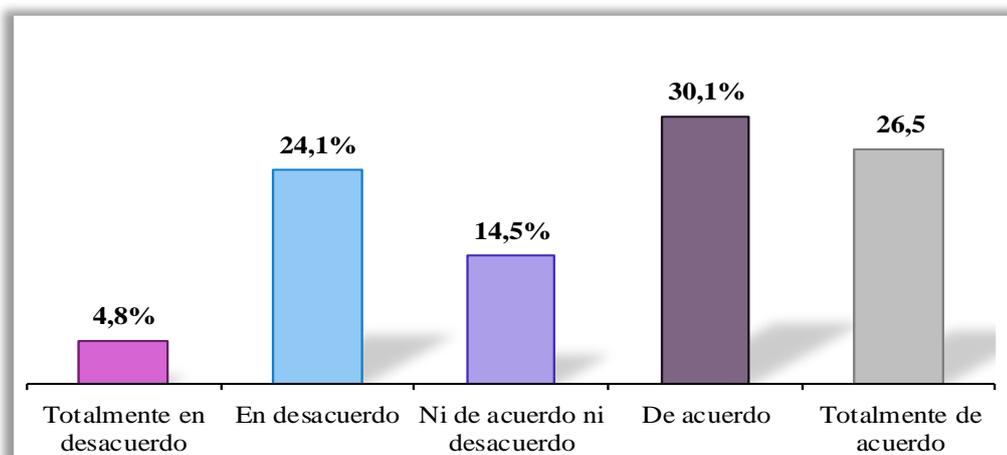
## Pregunta 14

**Tabla 26**

*¿Las acciones de monitoreo, seguimiento y supervisión de los procedimientos de control se realizan oportunamente?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	4,8	4,8	4,8
	En desacuerdo	20	24,1	24,1	28,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	14,5	14,5	43,4
	De acuerdo	25	30,1	30,1	73,5
	Totalmente de acuerdo	22	26,5	26,5	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 16.** Representación de resultados de la pregunta 14 ¿Las acciones de monitoreo, seguimiento y supervisión de los procedimientos de control se realizan oportunamente?

### Interpretación.

En la tabla 26 y figura 16, se observa que, un total de 24 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que las acciones de monitoreo, seguimiento y supervisión se realizan oportunamente, representando el 28.9% de los encuestados; mientras que 47 de los encuestados que representan el 56.6%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que las acciones de monitoreo, seguimiento y supervisión se realizan oportunamente. Asimismo, un 14.5% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

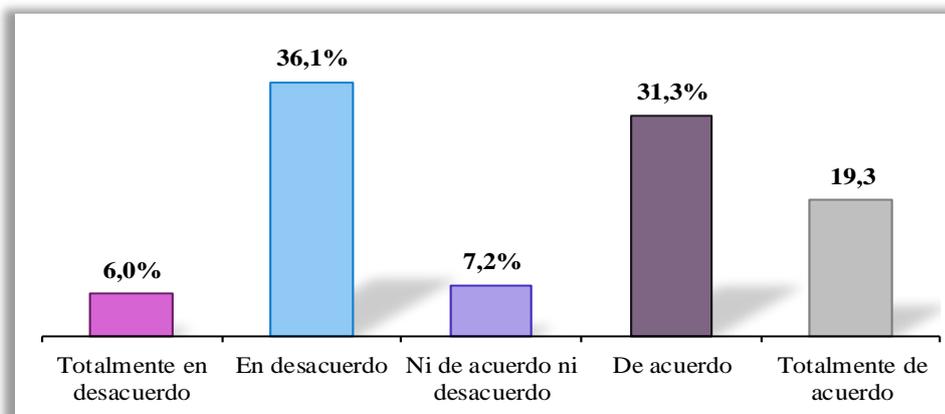
## Pregunta 15

**Tabla 27**

*¿Está de acuerdo con la metodología aplicada para la evaluación de los perfiles de riesgo en las afiliaciones al Seguro Social de Salud?*

		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	6,0	6,0	6,0
	En desacuerdo	30	36,1	36,1	42,2
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	6	7,2	7,2	49,4
	De acuerdo	26	31,3	31,3	80,7
	Totalmente de acuerdo	16	19,3	19,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 17.** Representación de resultados de la pregunta 15 ¿Está de acuerdo con la metodología aplicada para la evaluación de los perfiles de riesgo en las afiliaciones al Seguro Social de Salud?

### Interpretación.

En la tabla 27 y figura 17, se observa que, un total de 35 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con la metodología aplicada para la evaluación de los perfiles de riesgo en las afiliaciones al Seguro Social de Salud, representando el 42.1% de los encuestados; mientras que 42 de los encuestados que representan el 50.6%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo con la metodología aplicada para la evaluación de los perfiles de riesgo en las afiliaciones al Seguro Social de Salud. Asimismo, un 7.2% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

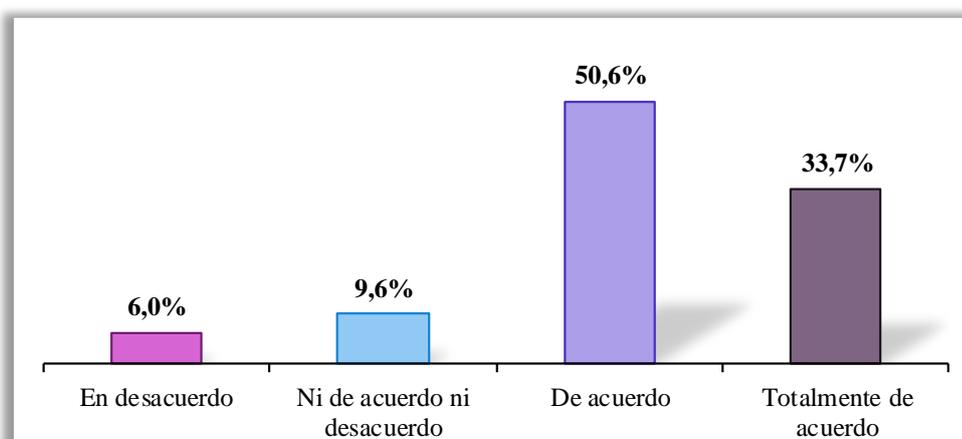
## Pregunta 16

**Tabla 28**

*¿Considera necesaria la evaluación de los riesgos en los procesos de control para la oportuna identificación de las afiliaciones indebidas?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	5	6,0	6,0	6,0
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	8	9,6	9,6	15,7
	De acuerdo	42	50,6	50,6	66,3
	Totalmente de acuerdo	28	33,7	33,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 18.** Representación de resultados de la pregunta 16 ¿Considera necesaria la evaluación de los riesgos en los procesos de control para la oportuna identificación de las afiliaciones indebidas?

### Interpretación.

En la tabla 28 y figura 18, se observa que, un total de 13 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con que sea necesaria la evaluación de los riesgos en los procesos de control para una oportuna identificación de las afiliaciones indebidas, representando el 15.6% de los encuestados; mientras que 70 de los encuestados que representan el 84.3%, manifestaron que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que es necesaria la evaluación de los riesgos en los procesos de control para una oportuna identificación de las afiliaciones indebidas.

### Pregunta 17

**Tabla 29**

*¿Los procedimientos de control permiten determinar las afiliaciones indebidas de manera efectiva?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	8	9,6	9,6	9,6
	En desacuerdo	17	20,5	20,5	30,1
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	26	31,3	31,3	61,4
	De acuerdo	16	19,3	19,3	80,7
	Totalmente de acuerdo	16	19,3	19,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.

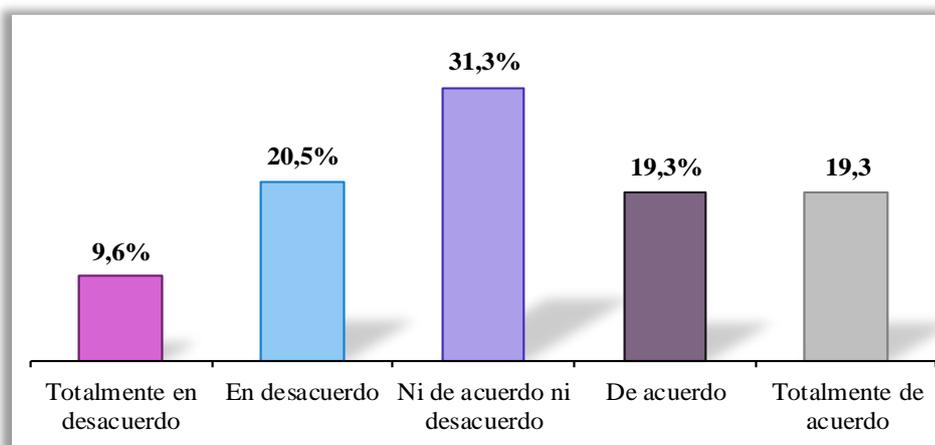


Figura 19. Representación de resultados de la pregunta 17 ¿Los procedimientos de control permiten determinar las afiliaciones indebidas de manera efectiva?

#### Interpretación.

En la tabla 29 y figura 19, se observa que, un total de 25 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que los procedimientos de control permiten determinar las afiliaciones indebidas de manera efectiva, representando el 30.1% de los encuestados; mientras que 32 de los encuestados que representan el 38.6%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que los procedimientos de control permiten determinar las afiliaciones indebidas de manera efectiva. Asimismo, un 31.3% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

### Pregunta N° 18

**Tabla 30**

*¿Considera Ud. que los resultados de los procedimientos de control son comunicados oportunamente a las áreas competentes para la actualización en los sistemas informáticos de ESSALUD?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2,4	2,4	2,4
	En desacuerdo	26	31,3	31,3	33,7
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	3	3,6	3,6	37,3
	De acuerdo	32	38,6	38,6	75,9
	Totalmente de acuerdo	20	24,1	24,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.

Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.

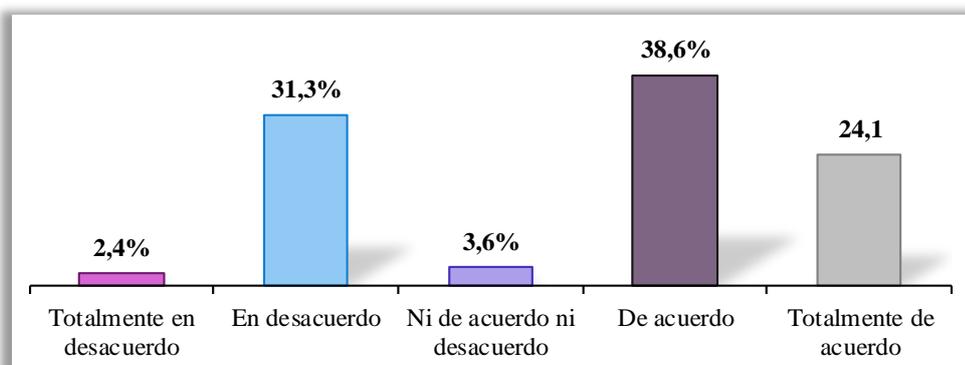


Figura 20. Representación de resultados de la pregunta 18 ¿Considera Ud. que los resultados de los procedimientos de control son comunicados oportunamente a las áreas competentes para la actualización en los sistemas informáticos de ESSALUD?

#### Interpretación.

En la tabla 30 y figura 20, se observa que, un total de 28 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que los resultados de los procedimientos de control son comunicados oportunamente a las áreas competentes para la actualización en los sistemas informáticos de ESSALUD, representando el 33.7% de los encuestados; mientras que 52 de los encuestados que representan el 62.7%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que los resultados de los procedimientos de control son comunicados oportunamente a las áreas competentes para la actualización en los sistemas informáticos de ESSALUD. Asimismo, un 3.6% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

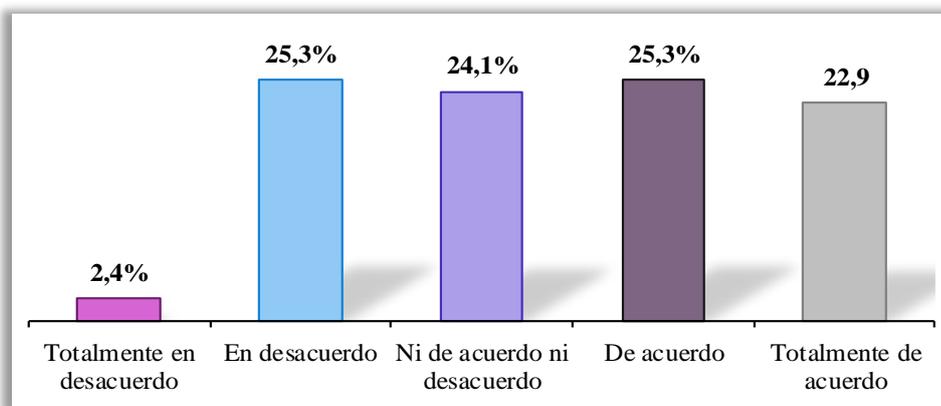
### Pregunta N° 19

**Tabla 31**

*¿Considera Ud. que las normas institucionales sobre el control de las afiliaciones indebidas a la seguridad social en salud guardan concordancia con las normas legales vigentes?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	2,4	2,4	2,4
	En desacuerdo	21	25,3	25,3	27,7
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	24,1	24,1	51,8
	De acuerdo	21	25,3	25,3	77,1
	Totalmente de acuerdo	19	22,9	22,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 21.** Representación de resultados de la pregunta 19 ¿Considera Ud. que las normas institucionales sobre el control de las afiliaciones indebidas a la seguridad social en salud guardan concordancia con las normas legales vigentes?

#### Interpretación.

En la tabla 31 y figura 21, se observa que, un total de 23 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que las normas institucionales sobre el control de las afiliaciones indebidas a la seguridad social en salud guardan concordancia con las normas legales vigentes, representando el 27.7% de los encuestados; mientras que 40 de los encuestados que representan el 48.2%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo. Asimismo, un 24.1% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

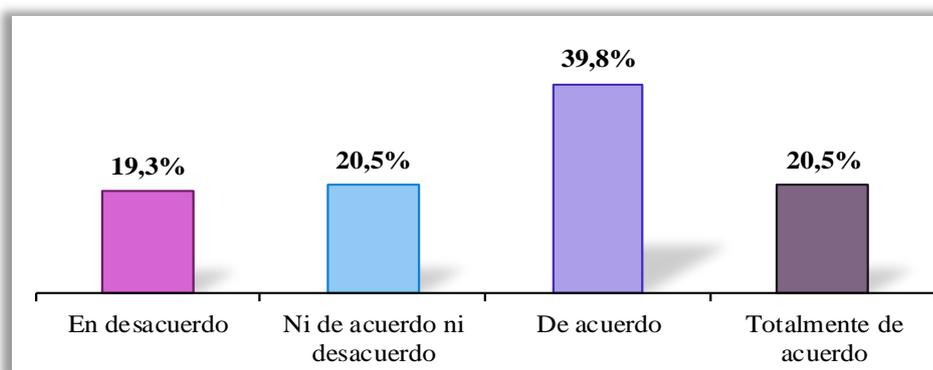
## Pregunta N° 20

**Tabla 32**

*¿El procedimiento administrativo sancionador vigente permite determinar la responsabilidad del infractor e imponer sanciones de manera eficaz?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	16	19,3	19,3	19,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	20,5	20,5	39,8
	De acuerdo	33	39,8	39,8	79,5
	Totalmente de acuerdo	17	20,5	20,5	100,0
Total		83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 22.** Representación de resultados de la pregunta 20 ¿El procedimiento administrativo sancionador vigente permite determinar la responsabilidad del infractor e imponer sanciones de manera eficaz?

### Interpretación.

En la tabla 32 y figura 22, se observa que, un total de 16 encuestados responden que están en desacuerdo que el procedimiento administrativo sancionador vigente permite determinar la responsabilidad del infractor e imponer sanciones de manera eficaz, representando el 19.3% de los encuestados; mientras que 50 de los encuestados que representan el 60.3%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que el procedimiento administrativo sancionador vigente permite determinar la responsabilidad del infractor e imponer sanciones de manera eficaz. Asimismo, se aprecia que un 20.5% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

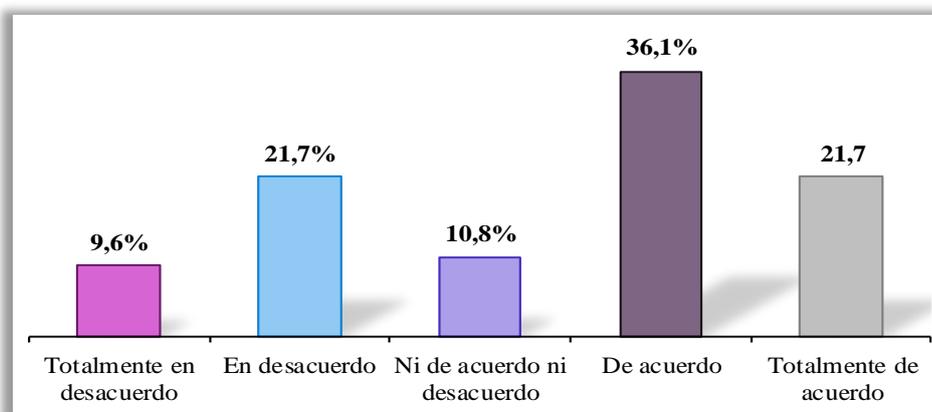
### Pregunta N° 21

**Tabla 33**

*¿Considera Ud. que las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud deben ser tipificadas como delito?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	8	9,6	9,6	9,6
En desacuerdo	18	21,7	21,7	31,3
Ni de acuerdo ni desacuerdo	9	10,8	10,8	42,2
De acuerdo	30	36,1	36,1	78,3
Totalmente de acuerdo	18	21,7	21,7	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 23.** Representación de resultados de la pregunta 21 ¿Considera Ud. que las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud deben ser tipificadas como delito?

### Interpretación.

En la tabla 33 y figura 23, se observa que, un total de 26 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud deben ser tipificadas como delito, representando el 31.3% de los encuestados; mientras que 48 de los encuestados que representan el 57.8%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud deben ser tipificadas como delito. Asimismo, se aprecia que un 10.8% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

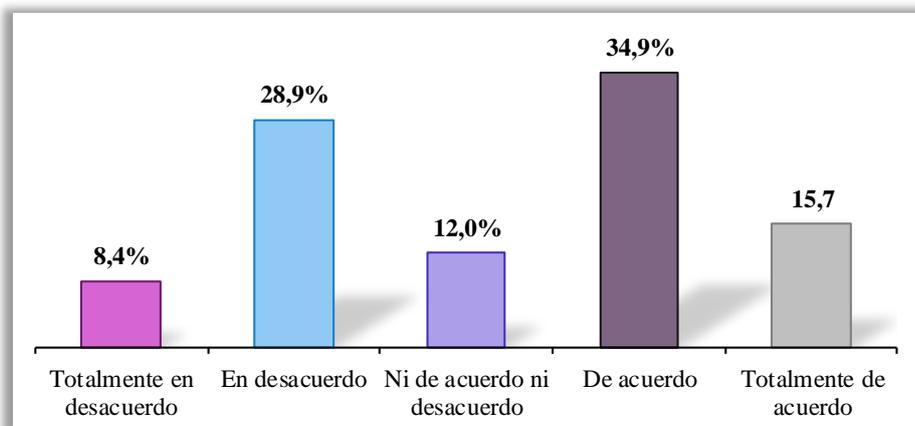
## Pregunta N° 22

**Tabla 34**

*¿Las Resoluciones de Baja del Registro de Asegurados y Derechohabientes son comunicadas oportunamente a la SUNAT?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	7	8,4	8,4	8,4
En desacuerdo	24	28,9	28,9	37,3
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	12,0	12,0	49,4
De acuerdo	29	34,9	34,9	84,3
Totalmente de acuerdo	13	15,7	15,7	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 24.** Representación de resultados de la pregunta 22 ¿Las Resoluciones de Baja del Registro de Asegurados y Derechohabientes son comunicadas oportunamente a la SUNAT?

### Interpretación.

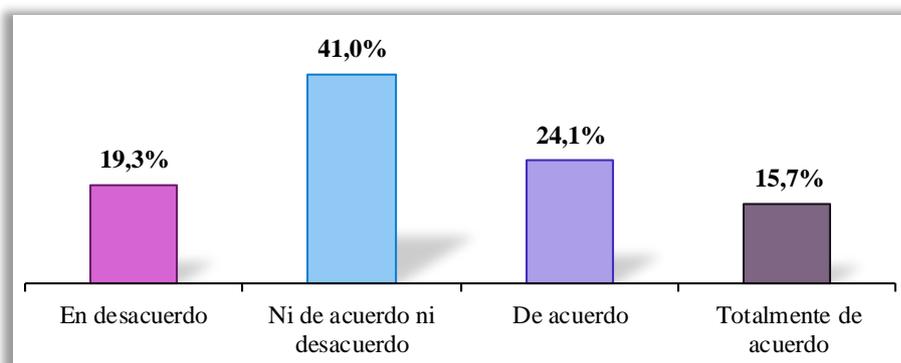
En la tabla 34 y figura 24, se observa que, un total de 31 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que las Resoluciones de Baja del Registro de Asegurados y Derechohabientes son comunicadas oportunamente a la SUNAT, representando el 37.3% de los encuestados; mientras que 42 de los encuestados que representan el 50.6%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que las Resoluciones de Baja del Registro de Asegurados y Derechohabientes son comunicadas oportunamente a la SUNAT. Asimismo, se aprecia que un 12% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

**Pregunta N° 23****Tabla 35**

*¿Se aplican adecuadamente las sanciones de inhabilitación conforme a las normas especiales que regulan el procedimiento sancionador?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	16	19,3	19,3	19,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	34	41,0	41,0	60,2
	De acuerdo	20	24,1	24,1	84,3
	Totalmente de acuerdo	13	15,7	15,7	100,0
Total		83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 25.** Representación de resultados de la pregunta 23 ¿Se aplican adecuadamente las sanciones de inhabilitación conforme a las normas especiales que regulan el procedimiento sancionador?

**Interpretación.**

En la tabla 35 y figura 25, se observa que, un total de 16 encuestados responden que están en desacuerdo respecto a la aplicación adecuada de las sanciones de inhabilitación conforme a las normas especiales que regulan el procedimiento sancionador en ESSALUD, representando el 19.3% de los encuestados; mientras que 33 de los encuestados que representan el 39.8%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que se aplican adecuadamente las sanciones de inhabilitación conforme a las normas especiales que regulan el procedimiento sancionador. Asimismo, se aprecia que 41.0% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

**Pregunta N° 24****Tabla 36**

*¿Considera usted que las sanciones de inhabilitación se registran oportunamente en los sistemas de aseguramiento de ESSALUD?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	10	12,0	12,0	12,0
En desacuerdo	15	18,1	18,1	30,1
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10	12,0	12,0	42,2
De acuerdo	28	33,7	33,7	75,9
Totalmente de acuerdo	20	24,1	24,1	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.

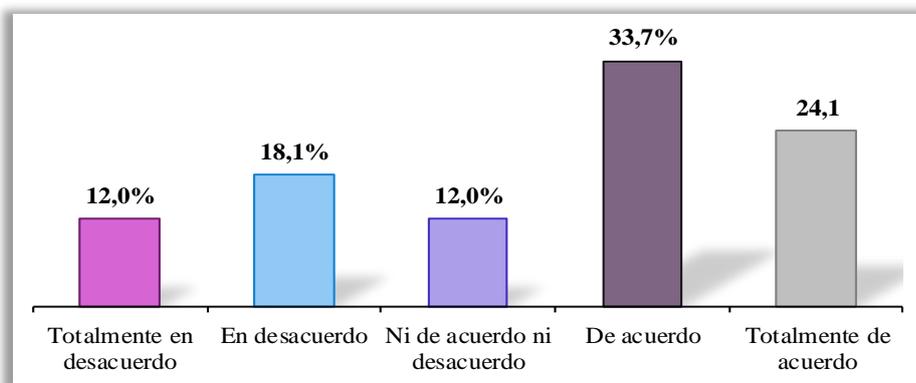


Figura 26. Representación de resultados de la pregunta 24 ¿Considera usted que las sanciones de inhabilitación se registran oportunamente en los sistemas de aseguramiento de ESSALUD?

**Interpretación.**

En la tabla 36 y figura 26, se observa que, un total de 25 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo en relación a que las sanciones de inhabilitación se registran oportunamente en los sistemas de aseguramiento de ESSALUD, representando el 30.1% de los encuestados; mientras que 48 de los encuestados que representan el 57.8%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que las sanciones de inhabilitación se registran oportunamente en los sistemas de aseguramiento de ESSALUD. Asimismo, se aprecia que un 12% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

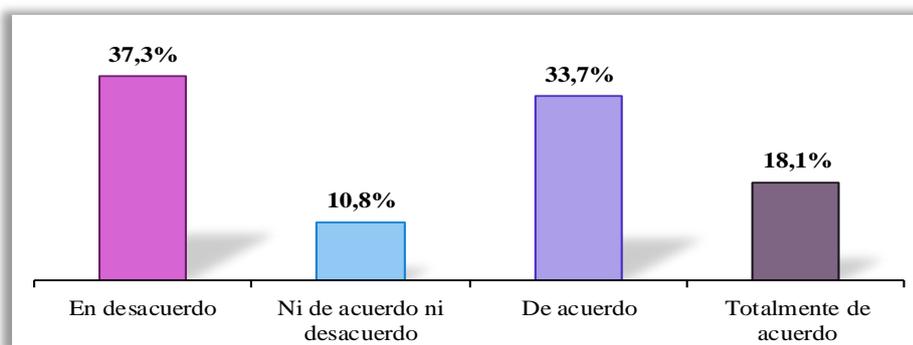
## Pregunta N° 25

**Tabla 37**

*¿Existen mecanismos de comunicación eficaz entre las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Lima y las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales para la cobranza de las prestaciones indebidas?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	31	37,3	37,3	37,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	9	10,8	10,8	48,2
	De acuerdo	28	33,7	33,7	81,9
	Totalmente de acuerdo	15	18,1	18,1	100,0
Total		83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.



**Figura 27.** Representación de resultados de la pregunta 25 ¿Existen mecanismos de comunicación eficaz entre las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Lima y las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales, para la cobranza de las prestaciones indebidas?

### Interpretación.

En la tabla 37 y figura 27, se observa que, un total de 31 encuestados responden que están en desacuerdo sobre la existencia de mecanismos de comunicación eficaz entre que las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Lima y las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales para la cobranza de las prestaciones indebidas, representando el 37.3% de los encuestados; mientras que 43 de los encuestados que representan el 51.8%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que existen mecanismos de comunicación eficaz. Asimismo, se aprecia que un 10.8% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

## Pregunta N° 26

**Tabla 38**

*¿Considera Ud. que los procedimientos de cobranza realizados por las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales de ESSALUD contribuyen al recupero de las prestaciones indebidas?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	1	1,2	1,2	1,2
En desacuerdo	24	28,9	28,9	30,1
Ni de acuerdo ni desacuerdo	6	7,2	7,2	37,3
De acuerdo	35	42,2	42,2	79,5
Totalmente de acuerdo	17	20,5	20,5	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra por el investigador.  
Análisis Estadístico SPSS. Elaboración Propia.

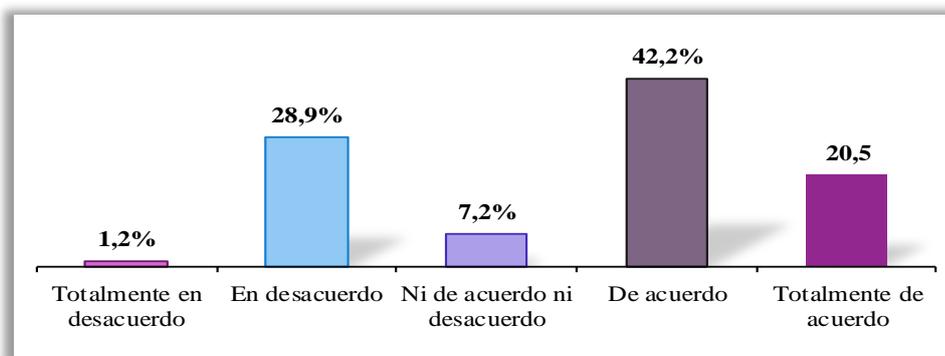


Figura 28. Representación de resultados de la pregunta 26 ¿Considera Ud. que los procedimientos de cobranza realizados por las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales de ESSALUD contribuyen al recupero de las prestaciones indebidas?

### Interpretación.

En la tabla 38 y figura 28, se observa que, un total de 25 encuestados responden que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que los procedimientos de cobranza realizados por las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales de ESSALUD contribuyen al recupero de las prestaciones otorgadas en forma indebida, representando el 30.1% de los encuestados; mientras que 52 de los encuestados que representan el 62.7%, señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo. Asimismo, se aprecia que un 7.2% responden que están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como propósito principal analizar las estrategias para el fortalecimiento del sistema de control a fin de evitar las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD y conocer cuál es el nivel de influencia entre las dos variables. Para el logro de los objetivos de la investigación se aplicó el cuestionario graduado en la escala de liker.

De acuerdo a los resultados obtenidos de esta investigación, respecto a la hipótesis general, mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman, se halló el valor de 0,893, con una correlación significativa al nivel de 0,01 y el sigma (bilateral) de 0,000, el mismo que es menor al parámetro teórico de 0,05, lo cual nos permite afirmar que la hipótesis se cumple, es decir: El Sistema de Control si influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

Este resultado guarda cierta similitud con el estudio de Maldonado (2017), quien en su investigación sobre “La afiliación fraudulenta en el sistema de seguridad social integral colombiano” concluyó que ante el panorama de la afiliación fraudulenta en el sistema de seguridad social colombiano se impone el reto de fortalecer el marco regulatorio precisando los efectos de esta práctica al interior del sistema, sin perjuicio de la inspección, vigilancia y control que el Estado debe realizar a los que sacan provecho del vacío existente. Al respecto, cabe señalar que el estudio realizado por el citado autor fue producto de un análisis normativo y jurisprudencial sobre las sentencias emitidas por la Corte Suprema de Justicia, a través de las cuales se ampara la pretensión de los asegurados a pesar de haberse demostrado situaciones de afiliaciones indebidas; sin embargo, en dicha investigación no se realiza un análisis sobre el sistema de control respecto a las diversas formas de filtraciones al sistema de aseguramiento en salud; asimismo, no precisa cuáles son los factores que generan esta problemática, no identifica los actores que participan en todo este proceso y no propone estrategias para lograr mejorar y/o fortalecer el sistema de control, aspectos que si son analizados en la presente investigación.

Se ha determinado que casos de afiliaciones indebidas también ocurren en otros países de América del Sur y El Caribe, como consecuencia de la falta de un sistema de control óptimo, procesamiento oportuno y adecuado de la información de la población asegurada, carencia de sistemas informáticos integrales, así como la falta de coordinación a nivel institucional e interinstitucional, entre otros factores.

Respecto a la hipótesis específica 1, los resultados detectados mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman, que tiene el valor de 0,890, con una correlación significativa al nivel de 0,01 y el sigma (bilateral) es de 0,000, lo que nos permite afirmar que la hipótesis alterna se cumple; por lo tanto: El Gobierno Digital si influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

Un resultado similar se aprecia en el estudio internacional de Paez (2012), en el cual concluyó que en primer sentido se espera que el gobierno pueda proveer servicios a los ciudadanos por medio de mecanismos electrónicos que permitan mejorar la calidad de la entrega, requiriéndose transparencia y acceso a la información.

En lo que corresponde a la hipótesis específica 2, los resultados detectados mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman, señalan que las dos variables relacionadas, tienen un nivel de significancia menor al 0.05 y el coeficiente de correlación de 0,866 que demuestra una alta relación o asociatividad entre las variables estudiadas; por lo tanto, la inteligencia organizacional si influye en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

Un resultado similar es la investigación realizada por Mallet (1983), quien concluyó que la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones de los empleadores corresponde a las inspecciones de trabajo; sin embargo, considerando que las instituciones de seguridad social también cuentan con un servicio de inspección, es necesario que exista acuerdos entre ambas administraciones interesadas; sin embargo, no profundiza en el análisis de las estrategias o formas de implementar la inteligencia organizacional.

Respecto a la hipótesis específica 3, los resultados detectados mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman, señalan que las dos variables relacionadas, tienen un nivel de significancia menor al 0.05 y el coeficiente de correlación 0,837 % que demuestra una alta relación o asociatividad entre las variables estudiadas; por lo tanto, los instrumentos de control si influyen en la identificación de afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, año 2018.

Asimismo, las dimensiones gobierno digital, inteligencia organizacional y la implementación de control, tienen alta correlación con la variable Afiliaciones indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

Se ha sustentado la problemática alrededor de las afiliaciones indebidas, en el sentido que éstas afectan sistemáticamente en costos, atenciones, tiempos de atención y medicación en todos aquellos casos que significan afiliaciones indebidas en el sistema de aseguramiento de salud ESSALUD en el año 2018.

Se advierte que existen normas y dispositivos para efectuar el registro de las debidas afiliaciones, pero éstas no son verificadas en cuanto a su temporalidad, alcance, o frecuencia con el que se debe mantener un registro debido; sin embargo, es frecuente que gran número de registros al no controlarlos estos por defectos muestren afiliaciones indebidas, o cuando al transgredirse los registros de control, al hacer registros indebidos al incumplirse los requisitos exigidos estos crecen cada día afectando los costos, los tiempos en las atenciones médicas, y afectando a aquellos que están debidamente afiliados.

También se considera que los sistemas informáticos agilizan los procedimientos y los tramites de afiliación, pero el manejo de estos sistemas, sin asignar los debidos niveles de acceso y seguridad a los registros, a las modificaciones, pero carentes de control, otras de las limitaciones en los sistemas de información, es que los depósitos de información de los registros de afiliaciones están desarrollados con diferentes sistemas operativos, ocasionando

que no se cuente con la información en línea adecuada, que impide el o los controles adecuados de las debidas afiliaciones como el de las indebidas afiliaciones.

Otra de los aspectos relacionados al gobierno digital, es destacar la importancia y necesidad de acceder a una plataforma virtual, a fin de contar con un sistema informático integral y en línea, de SUNAT, SUNAFIL, RENIEC y ESSALUD, para mejorar la calidad de atención a los asegurados, pero sobre todo para fortalecer el sistema de control y evitar las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Se ha determinado que, existe relación entre el sistema de control y la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, puesto que obtuvo una correlación de alta confiabilidad de 0,893, con valor de significancia (bilateral) 0,000; afirmándose que el sistema de control si influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD; lo cual significa que con la implementación de estrategias y mecanismos para el fortalecimiento del sistema de control es posible evitar el fraude en las afiliaciones al sistema de aseguramiento en ESSALUD.
- 6.2. Se ha determinado que, de los resultados obtenidos de las encuestas sometidas a la prueba estadística de Rho de Spearman, el Gobierno Digital si influye en la identificación de las Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, hallándose una correlación de alta confiabilidad de 0,890, con valor de significancia (bilateral) 0,000; ante la evidencia estadística presentada se toma la decisión de aceptar la hipótesis específica 1, afirmándose que el Gobierno Digital si influye en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD, dado que a mayor nivel de interoperabilidad entre las entidades de la administración pública, tales como SUNAT, RENIEC, SUNAFIL, ONP y ESSALUD, con el adecuado uso y protección de la información, se lograría un control efectivo y eficaz de las afiliaciones, obteniéndose una información real de la población asegurada.
- 6.3. Se ha determinado que, de los resultados obtenidos de las encuestas sometidas a la prueba estadística de Rho de Spearman, existe relación entre la Inteligencia Organizacional y la identificación de las Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, hallándose una correlación de alta confiabilidad de 0,866, con valor de significancia

(bilateral) 0,000; ante la evidencia estadística presentada se toma la decisión de aceptar la hipótesis específica 2, afirmándose que la inteligencia organizacional influye significativamente en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD; puesto que, contando con una adecuada organización institucional a nivel central y desconcentrado, potencial humano capacitado y suficiente, empleando mecanismos óptimos de comunicación y ejecutando una administración estratégica, es posible mejorar los niveles de control que permitan detectar oportunamente las afiliaciones indebidas y mantener un Registro veraz de los asegurados y sus derechohabientes.

- 6.4. Se ha determinado que, de los resultados obtenidos de las encuestas sometidas a la prueba estadística de Rho de Spearman, existe relación entre los instrumentos de control y la identificación de las Afiliaciones Indebidas al Sistema de Aseguramiento en ESSALUD, hallándose una correlación de fuerte confiabilidad de 0,837, con valor de significancia (bilateral) 0,000; ante la evidencia estadística presentada se toma la decisión de aceptar la hipótesis específica 3, afirmándose que los instrumentos de control si influyen en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en ESSALUD.

## VII. RECOMENDACIONES

7.1. Se recomienda que el Seguro Social de Salud – ESSALUD implemente las acciones mencionadas en la presente investigación, estableciendo alianzas estratégicas con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio Público, RENIEC, SUNAFIL, SUNAT, ONP y la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros, teniendo como objetivo principal el fortalecimiento del sistema de control para evitar las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud, con el fin de unir esfuerzos, aprovechando los recursos existentes, desarrollando métodos efectivos y promoviendo una cultura de prevención que involucre empresa, trabajadores y Estado, en el marco de las políticas nacionales de modernización de la gestión del Estado y del acceso universal a los servicios de salud, con el propósito de garantizar la calidad y calidez de la atención a la población asegurada. Para tal efecto, es propicio promover la conformación de una Comisión Multisectorial de naturaleza permanente, con el fin de ser un centro de resolución de conflictos, implementación de mejoras, calidad de información, propuestas normativas y aquellos planteamientos necesarios para una buena gestión.

7.2. Se recomienda al Seguro Social de Salud – ESSALUD, coordinar con la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros, a fin de integrar los sistemas informáticos institucionales con SUNAT, RENIEC y SUNAFIL, a través de una plataforma digital de información estandarizada, que permita la interoperabilidad y efectividad en la comunicación, garantizando la confiabilidad,

oportunidad y seguridad de la información de los asegurados, sobre la base de los lineamientos y normas establecidas en materia de Gobierno Digital. Asimismo, es recomendable diseñar un aplicativo o sistema de notificación digital estandarizado, a fin de agilizar las comunicaciones y notificaciones de los actos administrativos, a nivel nacional e internacional, lo que contribuirá a lograr la efectividad de los procedimientos de control, solución oportuna ante casos de incongruencia de la base informativa, ahorro en tiempo y recursos, cumplimiento de los plazos legales, así como una pronta respuesta de los administrados.

7.3. Se recomienda al Seguro Social de Salud – ESSALUD, realizar una adecuada planificación estratégica e integral con la SUNAT y SUNAFIL mediante la retroalimentación de información seleccionada, con el objeto de ejecutar acciones de intervención conjunta para efectivizar la detección de casos de presuntas afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud, optimizando los recursos y evitando la duplicidad de esfuerzos institucionales, ello acompañado del constante desarrollo de capacidades, lo que contribuirá a ejecutar, en forma organizada, las acciones de control, monitoreo y seguimiento de los procedimientos de fiscalización y verificación, en el ámbito de sus competencias; asimismo, fomentará la prevención y corrección de acciones fraudulentas, y por ende favorecerá la recuperación de los recursos del sistema de la seguridad social que se pierden en la actualidad a causa de las afiliaciones indebidas.

7.4. Se recomienda al Seguro Social de Salud – ESSALUD aprobar una Directiva General, que regule los procedimientos de control de las afiliaciones indebidas por vulneración legal y de verificación de la condición de los asegurados, estableciendo

el deber de informar, participar, coordinar y contribuir en la identificación de las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud, determinando la responsabilidad funcional de todos los órganos, unidades orgánicas, áreas operativas desconcentradas y demás dependencias de ESSALUD; propiciando además la colaboración de los ciudadanos, por tratarse de un asunto de interés nacional. A fin de contribuir a este propósito, se adjunta proyecto de Directiva. Asimismo, se recomienda plantear una iniciativa legislativa que promueva la lucha contra el fraude a la Seguridad Social en Salud, estableciendo el carácter punitivo, tanto en la vía administrativa, civil y penal, así como del incumplimiento de las obligaciones por parte de las entidades empleadoras y de los propios asegurados, en los casos de afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud, de tal forma que para los obligados resulte más oneroso el incumplimiento de las normas que su estricta observancia.

## VIII. REFERENCIAS

- Consortio de Investigación Económica y Social - CIES. (2014) *Mejora de los Procesos de Gestión de la Información de Aseguramiento de ESSALUD Agencia Peruana de Cooperación Internacional*. Recuperado de: <https://www.cies.org.pe/es/investigaciones/salud/mejora-de-los-procesos-de-gestion-de-la-informacion-de-aseguramiento-de>
- Córdova, G. (2016). *Los Trabajadores Infractores al SIS que cuentan con atención facultativa de ESSALUD – Hospital San José Callao 2016*. (Tesis de pregrado). Universidad de Huánuco. Lima, Perú.
- COLCIENCIAS. (2012). *Modelo Integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial*. Colombia: ISBN.
- Hernandez, R. (2014). “Metodología de la Investigación”. México. 6ta. Edición. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hussmann, K. (2011) “*Vulnerabilidades a la Corrupción en el Sector Salud: Perspectivas de América Latina en los Sub-sistemas para los Pobres*”. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/359BE4329037FeDA505257CDE00789678/\\$FILE/VulnerabilidadCorrupci%C3B3nSectorSalud.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/359BE4329037FeDA505257CDE00789678/$FILE/VulnerabilidadCorrupci%C3B3nSectorSalud.pdf)
- Mallet, S. (1983). “Administración de la Seguridad Social y Administración del Trabajo”. Chile. Revista Chilena de Derecho. Vol. 10. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2649401.pdf>.

- Maldonado, G. (2017). *La afiliación fraudulenta en el sistema de seguridad social integral colombiano*. Colombia. Revista Virtual Via Inveniendi et Iudicandi. Recuperado de <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/viei/article/view/3753>
- Martínez, V. A. y Herrero J.B. (2016), *Sistema de Derecho de la Protección Social*. Tarragona, España: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Mejía, M. (2018). *La interoperabilidad como solución en la eficiencia en los servicios del Estado Peruano para los ciudadanos (Trabajo de Pregrado)*, Universidad San Ignacio de Loyola.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2014). *Los Sistemas Sanitarios de los países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Recuperado de [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sit\\_Salud.UE.\\_2013.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sit_Salud.UE._2013.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (2016) *La Gestión Institucional en la afiliación, fiscalización y recaudación de la Seguridad Social en el Ecuador*. Ecuador. Recuperado de [http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms\\_496625.pdf](http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_496625.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (2016) *Estudio Financiero Actuarial de ESSALUD 2015*. Primera Edición. Recuperado de [http://ilo.org/lima/publicaciones/WCMS\\_457560/lang--es/index.htm](http://ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_457560/lang--es/index.htm)
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO. (2015) *Ficha Metodológica: Análisis de la Sostenibilidad Financiera Institucional*. Alden Jirón Recuperado de: <http://www.fao.org/home/es/>
- Paez, A. (2012). *El gobierno electrónico en América Latina desde una perspectiva crítica*. Contratexto N° 20, 65-78. doi: 10.26439/contratexto2012.n020.173

- Secretaría Nacional de la Juventud. (2014). *Aseguramiento Universal en Salud de Jóvenes Peruanos*. Perú: Servicios Gráficos JMD S.R.L. Recuperado de <https://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2017/12/Aseguramiento-Universal-en-Salud-de-j%C3%B3venes-peruanos.pdf>.
- Seguro Social de Salud – ESSALUD, (2016) *Control de las filtraciones en el régimen contributivo de la seguridad social 2012 - 2016*. Perú.
- Seguro Social de Salud – ESSALUD, (2013) *Glosario de Términos de la Seguridad Social*. Perú. Recuperado de [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/GLOSARIO\\_06052016.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/GLOSARIO_06052016.pdf).
- Seguro Social de Salud – ESSALUD, (2019), *Estudio Financiero Actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) 2018*. Lima Perú: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro\\_blanco/estudio\\_financiero\\_actuarial\\_2018.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro_blanco/estudio_financiero_actuarial_2018.pdf).
- Seguro Integral de Salud – SIS. (2017) *Informe Final de la Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud (SIS)*. Recuperado de [www.sis.gob.pe/IPRESSPublicas/mIRADORgrep/archivos/20170628\\_InformeFinalComisionInterventoraSIS.pdf](http://www.sis.gob.pe/IPRESSPublicas/mIRADORgrep/archivos/20170628_InformeFinalComisionInterventoraSIS.pdf).
- Toyama, J., y Ángeles K., (2004) *Seguridad Social Peruana: Sistemas y Perspectivas*, Revista de Derecho *THEMIS*. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/view/9823>.

**IX. ANEXOS**



## ANEXO 2: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Hernández (2010) indica que la validez consiste en el grado en el que un instrumento evalúa la variable que se busca medir.

Hernández (2010) indica que la confiabilidad de un instrumento consiste en el grado en que su empleo reiterado al mismo objeto o persona genera resultados iguales.

En ese sentido la validez y la confiabilidad en la presente investigación ha sido realizada mediante el juicio de expertos y la prueba estadística Alfa de Crombach, la cual se basó en las preguntas formuladas a la muestra.

De otro lado, también fue correlacionada por la Prueba de Kolmogorov- Smirnov entre las variables independiente y dependiente.

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válidos	83	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total		83	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de fiabilidad de la Variable Sistema de Control

Alfa de Cronbach	N de elementos
,963	18

**Estadísticas de fiabilidad  
de la Variable Afiliaciones  
Indebidas al Sistema de  
Aseguramiento en ESSALUD**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,909	8

**Estadísticas de fiabilidad  
de las Variables Sistema de  
Control y Afiliaciones Indebidas al  
Sistema de Aseguramiento en  
ESSALUD**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,974	26

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra de las variables  
Sistemas de Control y Afiliaciones indebidamente al Sistema de  
Aseguramiento en ESSALUD**

		Sistemas de Control	Afiliaciones indebidamente a ESSALUD
N		83	83
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	3,33	3,36
	Desviación estándar	,985	,984
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,088	,105
	Positivo	,073	,080
	Negativo	-,088	-,105
Estadístico de prueba		,088	,105
Sig. asintótica (bilateral)		,160 <sup>c</sup>	,025 <sup>c</sup>

a. Se calcula a partir de datos.

b. Corrección de significación de Lilliefors.

### ANEXO 3 : ENCUESTA

## FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL PARA EVITAR LAS AFILIACIONES INDEBIDAS AL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN ESSALUD,

LIMA - PERÚ, 2018.

### CUESTIONARIO

Estimado(a) Participante:

A continuación, se presenta un cuestionario para su desarrollo, el cual tiene como propósito obtener información sobre el sistema de control para evitar las afiliaciones indebidas al Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud, conocer el nivel de participación de los servidores de ESSALUD y los principales operadores involucrados, lo que permitirá realizar una investigación sobre dichos aspectos y elaborar una propuesta estratégica para fortalecer el sistema de control en ESSALUD. Tu aporte es muy importante, la información es de carácter confidencial y anónima; por ello antes de iniciar, te pedimos que leas atentamente las instrucciones.

#### Instrucciones:

En las proposiciones que se presentan a continuación existen cinco (5) alternativas de respuesta, Ud. deberá responder según su apreciación qué tanto está de acuerdo o no con el planteamiento que se formule en cada punto. Lea detenidamente cada una de las preguntas y elija una sola alternativa. La escala de respuestas tiene cinco (5) opciones, marque con un aspa (X) el casillero que consideres se ajusta más a tu percepción:

1 = Totalmente en desacuerdo.

4 = De acuerdo

2 = En desacuerdo.

5 = Totalmente de acuerdo.

3 = Ni de acuerdo ni desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo.	De acuerdo	Totalmente de acuerdo.
1	2	3	4	5

Nº	PREGUNTAS	Escala de Valoración				
		1	2	3	4	5
	<b>VARIABLE I.: SISTEMA DE CONTROL DIMENSIONES</b>					
	<b>1. El Gobierno Digital</b>					
	<b>1.1. Indicador: Interoperabilidad.</b>					
01	¿El nivel de Interoperabilidad implementado en ESSALUD es eficiente para el sistema de control de las afiliaciones?					

02	¿Se puede mejorar el intercambio de información entre ESSALUD, SUNAT y RENIEC para fortalecer el sistema de control de las afiliaciones?					
	<b>1.2. Indicador: Gestión de la Seguridad de la Información</b>					
03	¿Considera que existe una adecuada gestión en seguridad de la información de los asegurados en ESSALUD?					
04	¿Cree usted que las medidas implementadas en seguridad de la información permiten realizar el debido control de las afiliaciones?					
	<b>1.3. Indicador: Sistemas Informáticos de ESSALUD</b>					
05	¿Los sistemas informáticos de ESSALUD son confiables para el control del Registro de los Asegurados y sus derechohabientes?					
06	¿Se utiliza adecuadamente los sistemas informáticos en su área para la identificación de las afiliaciones indebidas al Seguro Social de Salud?					
	<b>2. La Inteligencia Organizacional en ESSALUD</b>					
	<b>2.1. Indicador: Comunicación Organizacional.</b>					
07	¿Existe una comunicación idónea respecto a las afiliaciones indebidas en las diferentes áreas operativas de ESSALUD?					
08	¿Se fomenta las relaciones interinstitucionales o alianzas estratégicas entre ESSALUD, SUNAFIL, RENIEC y SUNAT para fortalecer el control de las afiliaciones indebidas?					
	<b>2.2. Indicador: Administración Estratégica</b>					
09	¿Considera usted que las áreas operativas desconcentradas de ESSALUD se encuentran ubicadas estratégicamente en el territorio nacional para el debido control de las afiliaciones?					
10	¿Considera usted, que se realiza una adecuada disposición de recursos humanos capacitados en procesos de control de las afiliaciones, a nivel nacional?					
	<b>2.3. Indicador: Planeamiento Estratégico</b>					
11	¿El Plan Anual de Verificación permite a las áreas operativas alcanzar los objetivos y metas planteadas en el control de las afiliaciones indebidas?					
12	¿Considera que hay una adecuada planificación entre ESSALUD, SUNAFIL y SUNAT para la ejecución de acciones conjuntas de fiscalización?					
	<b>3. Instrumentos de Control</b>					
	<b>3.1. Indicador: Monitoreo y Supervisión</b>					
13	¿Los instrumentos de control establecidos para el monitoreo y supervisión de las afiliaciones contribuyen al logro de los objetivos definidos en su área?					

14	¿Las acciones de monitoreo, seguimiento y supervisión de los procedimientos de control se realizan oportunamente?					
	<b>3.2. Indicador: Evaluación de Riesgos</b>					
15	¿Está de acuerdo con la metodología aplicada para la evaluación de los perfiles de riesgo en las afiliaciones al Seguro Social de Salud?					
16	¿Considera necesaria la evaluación de riesgos en los procesos de control para la oportuna identificación de afiliaciones indebidas?					
	<b>3.3. Indicador: Efectividad de los Procedimientos de Control.</b>					
17	¿Los procedimientos de control permiten determinar las afiliaciones indebidas de manera efectiva?					
18	¿Considera Ud. que los resultados de los procedimientos de control son comunicados oportunamente a las áreas competentes para la actualización en los sistemas informáticos de ESSALUD?					
	<b>V. D. AFILIACIONES INDEBIDAS AL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO</b>					
	<b>4. Normatividad</b>					
	<b>4.1. Indicador: Normatividad sobre Aseguramiento y Control</b>					
19	¿Considera Ud. que las normas institucionales sobre el control de las afiliaciones indebidas a la seguridad social en salud guardan concordancia con las normas legales vigentes?					
	<b>4.2. Indicador: Responsabilidad y Sanciones</b>					
20	¿El procedimiento administrativo sancionador vigente permite determinar la responsabilidad del infractor e imponer sanciones de manera eficaz?					
21	¿Considera Ud. que las afiliaciones indebidas al sistema de aseguramiento en salud deben ser tipificadas como delito?					
	<b>5. Afiliaciones Indebidas.</b>					
	<b>5.1. Indicador: Bajas del Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes.</b>					
22	¿Las Resoluciones de Baja del Registro de Asegurados y Derechohabientes son comunicadas oportunamente a la SUNAT?					

	<b>5.2. Indicador: Asegurados Inhabilitados</b>					
23	¿Se aplican adecuadamente las sanciones de inhabilitación conforme a las normas especiales que regulan el procedimiento sancionador?					
24	¿Considera usted que las sanciones de inhabilitación se registran oportunamente en los sistemas de aseguramiento de ESSALUD?					
	<b>5.3. Indicador: Cobranza y Recupero de las prestaciones indebidas</b>					
25	¿Existen mecanismos de comunicación eficaz entre las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Lima y las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales para la cobranza de las prestaciones indebidas?					
26	¿Considera Ud. que los procedimientos de cobranza realizados por las Oficinas de Finanzas de las Redes Prestacionales y Asistenciales de ESSALUD contribuyen al recupero de las prestaciones otorgadas en forma indebida?					

**ANEXO 4 : JUICIO DE EXPERTOS**



PROMEDIO DE VALORACIÓN:

96/100

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena  Muy buena

Nombres y Apellidos:	LIZCETH V. CRESPO TINTAYA	DNI N°	45599074
Dirección domiciliaria:	Av. Alcazar N° 100	Teléfono / Celular:	95777959
Título profesional	ABOGADO		
Grado Académico:	MAGÍSTER		
Mención:	GESTIÓN PÚBLICA		

 Firma
Lugar y fecha: Lima, 14 de julio 2019.



PROMEDIO DE VALORACIÓN :

951.

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy Buena

Nombres y Apellidos:	ANGEL FERNANDO LEBLANC GUERRA	DNI N°	09461924
Dirección domiciliaria:	JR. MONTE ROSAS 1484 LIMA	Teléfono/ Célular:	0803504 24
Título Profesional:	ABOGADO		
Grado Académico:	MAGISTER		
Mención:	BOCENCIAS UNIVERSITARIA		

  
 Firma  
 Lugar y Fecha: LIMA 11-07-2019



**Universidad Nacional  
Federico Villarreal**  
Profesionales formando profesionales  
**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POST GRADO**

**FICHA DE VALIDACIÓN**  
**INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO**

**DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Gonzales Loli Martha Rocío  
 1.2. Cargo e institución donde labora: UNIVERSITARIA DE POST GRADO U.N.F.V.  
 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTACTO  
 1.4. Título del Proyecto: ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTACTO  
 1.4. Autor del instrumento: SARAYUZA ROSA ROSA ROSA

**ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

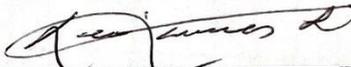
Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado														/							
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables														/							
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica														/							
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.														/							
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad														/							
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación														/							
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos														/							
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores														/							
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.														/							
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación														/							

PROMEDIO DE VALORACIÓN :

D)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy Buena

Nombres y Apellidos:	Gonzales Lidi Martha Rocio	DNI N°	08176942
Dirección domiciliaria:	Lopez A 212 1317 - San Borja	Teléfono / Celular:	999923522
Título Profesional:	Abogada		
Grado Académico:	Doctora		
Mención:	Decho		

  
 Firma  
 Lugar y Fecha: .....15/07/2015.....

**ANEXO 5 : PROYECTO DE DIRECTIVA GENERAL QUE REGULA EL  
PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE LAS AFILIACIONES INDEBIDAS EN  
ESSALUD**

**DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° -GCSPE-ESSALUD-2019 V.01****I. OBJETIVO**

Regular el procedimiento de control para identificar las afiliaciones indebidas al Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud administrado por ESSALUD, con enfoque de control posterior, ejecutado por las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas, en el ámbito nacional.

**II. FINALIDAD**

Fortalecer el sistema de control a fin de evitar las afiliaciones indebidas al Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud y a otros Regímenes administrados por ESSALUD, así como el otorgamiento indebido de prestaciones de salud, económicas y/o sociales, contribuyendo a la sostenibilidad financiera del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

**III. BASE LEGAL**

- 3.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 3.2 Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
- 3.3 Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y sus modificatorias.
- 3.4 Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y sus modificatorias, cuyo Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, ha sido aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.
- 3.5 Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 030-2002-PCM y sus modificatorias.
- 3.6 Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y sus modificatorias.
- 3.7 Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- 3.8 Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA y sus modificatorias.
- 3.9 Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley del Gobierno Digital.
- 3.10 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, cuyo Texto Actualizado y Concordado fue aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.
- 3.11 Resolución de Gerencia General N° 737-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014, “Lineamientos para la gestión por procesos del Seguro Social de Salud - ESSALUD”.
- 3.12 Resolución de Gerencia General N° 211-GG-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N° 05-GG-ESSALUD-2016 “Normas para la Gestión de la Información Estadística del Seguro Social de Salud – ESSALUD”.
- 3.13 Resolución de Gerencia General N° 1806-GG-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2017, “Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD”.

- 3.14 Resolución de Gerencia General N° 537-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva N° 10-GCSPE-ESSALUD-2019, “Procedimiento para la Verificación de la Identidad de las Personas que requieran prestaciones de salud en ESSALUD”.
- 3.15 Resolución de Gerencia Central de Gestión Financiera N° 127-GG-ESSALUD-2015, que aprueba el Procedimiento de Valorización, Liquidación y Cobranza del costo de las prestaciones indebidamente otorgadas a personas declaradas de Baja de Oficio en su condición de Asegurado.

#### **IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio en los órganos, unidades orgánicas, Áreas Operativas Desconcentradas, Redes Prestacionales, Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales e IPRESS del Seguro Social de Salud – ESSALUD, en el nivel central y desconcentrado, así como aquellas IPRESS de terceros o bajo la modalidad de Asociación Público Privada – APP, a nivel nacional.

Asimismo, para las entidades empleadoras, los asegurados titulares y sus derechohabientes, del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, administrado por ESSALUD, y los asegurados que se determinen por ley o Acuerdo de Consejo Directivo, para el acceso a la cobertura de las prestaciones asistenciales, económicas y/o sociales.

#### **V. RESPONSABILIDAD**

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva, los servidores civiles de los diferentes Órganos, Unidades Orgánicas, Áreas Operativas Desconcentradas, Redes Prestacionales, Redes Asistenciales, Órganos Prestadores Nacionales que integran el Seguro Social de Salud – ESSALUD, en el ámbito de su competencia. Asimismo:

##### **5.1 La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas**

Es responsable del control, evaluación y cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva, en el ámbito de su competencia; así como de garantizar la disponibilidad de la información de carácter institucional y externa que sea necesaria.

Asimismo, es responsable de la difusión y asistencia técnica para la implementación y cumplimiento de la presente Directiva. Para tales efectos, podrá emitir las disposiciones y normativa complementaria correspondiente.

##### **5.2 La Gerencia Central de Operaciones**

Es responsable de realizar la difusión, control y supervisión de la aplicación de la presente Directiva.

##### **5.3 La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.**

Es responsable de brindar un adecuado soporte técnico informático y coadyuvar al mejoramiento de los procesos informáticos, sistemas y aplicativos necesarios para la implementación y aplicación de la presente Directiva.

##### **5.4 La Gerencia Central de Gestión Financiera**

Es responsable de organizar, gestionar, ejecutar y controlar todas las acciones administrativas relacionadas con la cobranza y el recupero de las prestaciones de salud, económicas y sociales, indebidamente otorgadas a los asegurados comprendidos en las Resoluciones de Baja de Oficio que remitan las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas, respecto al procedimiento regulado en la presente Directiva.

### **5.5 Las Gerencias o Direcciones de los Órganos Prestadores Nacionales, Redes Prestacionales, Redes Asistenciales.**

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva, en el ámbito territorial asignado; debiendo implementar, difundir y supervisar su aplicación; asimismo, comunicar y orientar a los administrados a fin que cumplan con los requisitos para obtener la condición de asegurados, coadyuvando en la celeridad de los procedimientos, en tiempo razonable y forma oportuna; ejerciendo además el control de las acciones conducentes al recupero de las prestaciones asistenciales, económicas y/o sociales indebidamente otorgadas.

### **5.6 Gerencias o Direcciones de las IPRESS**

Son responsables del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Directiva en todo aquello que sea de su competencia, debiendo supervisar su aplicación y cumplimiento por parte del personal asistencial y administrativo bajo su ámbito.

### **5.7 Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas**

Son responsables de la ejecución y cumplimiento del procedimiento de control de la afiliación indebida por vulneración legal, y demás disposiciones establecidas en la presente Directiva.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal y/o institucional vigente.

## **VI. DEFINICIONES**

Para los efectos de la presente Directiva, se deberá tener en cuenta las siguientes definiciones:

- 6.1 Afiliación Indevida por vulneración legal:** Relación que ha generado una persona y/o una entidad empleadora ante ESSALUD, incumpliendo las normas de Seguridad Social en Salud y normas especiales vigentes, para obtener la condición de asegurado en el Registro de Asegurados titulares y derechohabientes, con el fin de acceder a las prestaciones que otorga ESSALUD.
- 6.2 Baja de Oficio:** Acto administrativo que no tiene naturaleza sancionatoria, mediante el cual ESSALUD extingue la relación jurídica de Seguridad Social en Salud con la Entidad Empleadora y/o los asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, que se encuentren declarados en el Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes, por períodos determinados en el procedimiento de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal.
- 6.3 Plan Anual de Verificación (PAV):** Es un documento que contiene los objetivos y metas a desarrollar durante el año, en el cual se incorpora los lineamientos técnicos sobre el procedimiento de control de la afiliación indebida por vulneración legal.
- 6.4 Prestación Indevida:** Aquella prestación de salud, económica y/o social otorgada por ESSALUD al asegurado que se encuentra afiliado en forma indebida o no tiene derecho de cobertura, al no cumplir los requisitos y condiciones establecidas en las normas vigentes.
- 6.5 Procedimiento de Control de Afiliaciones Indevidas por Vulneración Legal:** Conjunto de actos y diligencias de control realizadas por el órgano competente, sobre el cumplimiento de las obligaciones, prohibiciones y otras limitaciones exigibles a los administrados establecidas por ley, norma con rango legal, normas sectoriales o reglamentarias, que determinen la condición de asegurado, bajo un enfoque de cumplimiento normativo de gestión de riesgos del Sistema de Aseguramiento en ESSALUD.

- 6.6 Sistema Acredita:** Sistema informático utilizado para consultar las condiciones de acreditación de los asegurados y sus derechohabientes, el Centro Asistencial asignado para la atención, la relación de entidades empleadoras de cada asegurado, información de la SUNAT en cuanto a las declaraciones y acreditación de los asegurados titulares y derechohabientes, pertenecientes al Seguro Regular, Seguro Agrario y Seguros Potestativos.
- 6.7 Sistema de Actos Administrativos (SACAD):** Sistema automatizado para la publicación en la página web institucional, de los actos administrativos emitidos en los procedimientos de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal, que no han logrado ser notificados en forma personal, observando el orden de prelación establecido en el artículo 20 del Texto Único Ordenado de Ley N° 27444 (en adelante TUO de la LPAG).
- 6.8 Sistema de Aseguramiento (SAS):** Sistema automatizado de aseguramiento en plataforma web, al cual acceden usuarios internos y externo de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- 6.9 Sistema Integral de Aseguramiento (SIA):** Sistema automatizado de aseguramiento, al cual acceden usuarios internos y externo de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- 6.10 Sistema de Consulta RENIEC:** Sistema Informático, utilizado para consultar datos de identificación y datos personales de los administrados, cuya información obtenida corresponde directamente al Registro Único de Identificación de las Personas Naturales del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). Dicha información es de índole confidencial, estando prohibido su entrega en forma gratuita u onerosa, almacenarla o transferirla electrónicamente.
- 6.11 Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), Sistema de Salud de Centros de Atención Primaria (SISCAP), Sistema de Referencia y Contrareferencia:** Son sistemas informáticos institucionales, utilizados en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de ESSALUD, para la gestión de la admisión y de las atenciones asistenciales que se brindan a asegurados y no asegurados; su funcionalidad está en concordancia con las normas institucionales vigentes.

#### **ACRÓNIMOS Y SIGLAS:**

Asimismo, las siguientes siglas y acrónimos tienen la denominación y/o alcance que se indica:

**GCSPE:** Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

**IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**LPAG:** Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

**MTPE:** Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

**RENIEC:** Registro Nacional de Identificación y Estado Civil.

**REMYPE:** Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa.

**SIS:** Seguro Integral de Salud.

**SUNAT:** Superintendencia Nacional de Administración Tributaria.

**OSPE:** Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas.

**UCF:** Unidad de Control de Filtraciones.

## **VII. DISPOSICIONES**

### **7.1. Disposiciones Generales**

#### **7.1.1. Formas de Inicio del Procedimiento de Control de la Afiliación indebida por Vulneración Legal.**

El procedimiento de control de la afiliación indebida por vulneración legal se iniciará de oficio, por autorización del órgano competente, bien por propia iniciativa, orden

superior, petición motivada de otros órganos o por denuncia. En ese sentido, a efectos de la presente Directiva, se entiende por:

- a) **Propia iniciativa:** Es la actuación realizada por la OSPE competente, derivada del conocimiento directo o indirecto de los hechos relacionados con la afiliación y el aprovechamiento indebido de las prestaciones que otorga ESSALUD.
- b) **Orden superior:** Es la orden emitida por la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado u órgano superior jerárquico de la OSPE competente, para el inicio de las actuaciones de control, y que exprese, en la medida de lo posible, la persona o personas presuntamente responsables; los hechos relacionados con el aprovechamiento indebido de las prestaciones que otorga ESSALUD; así como el lugar, fechas o período de tiempo en que se produjeron los hechos.
- c) **Petición motivada:** Es la propuesta de inicio del procedimiento formulada por cualquier órgano administrativo de ESSALUD u otra entidad externa, que no tiene competencia para iniciar el procedimiento y que ha tenido conocimiento de los hechos relacionados con el aprovechamiento indebido de las prestaciones que otorga ESSALUD. La formulación de una petición no vincula al órgano competente para iniciar el procedimiento de control.
- d) **Denuncia:** Puede ser formulada por el propio administrado afectado, por un tercero ajeno a la relación jurídica de seguridad social o ser de carácter anónima. La denuncia puede ser presentada por escrito, en forma virtual a través de correo electrónico, botón de denuncias del portal institucional de ESSALUD, la cual deberá contener, además de los datos de identificación personal del denunciante y su firma, los hechos que constituyan una presunta afiliación indebida por vulneración legal, fecha y lugar de su acaecimiento, identificación de los presuntamente responsables y demás circunstancias relevantes.

Además, se puede iniciar el procedimiento cuando se haya tomado conocimiento de una denuncia pública a través de los medios de comunicación masiva tales como: televisión, radio, prensa escrita, digital u otros.

### 7.1.2. Comunicación de Presuntas Afiliaciones Indebidas en ESSALUD.

- a) Los funcionarios y el personal de los órganos, unidades orgánicas, Áreas Operativas Desconcentradas, Órganos Desconcentrados, Redes Prestacionales y Órganos Prestadores Nacionales del Seguro Social de Salud – EsSalud, que tomen conocimiento de presuntas afiliaciones indebidas o hechos relacionados con el aprovechamiento indebido de las prestaciones que otorga ESSALUD, deberán comunicar el hallazgo a la OSPE competente para el inicio del procedimiento de control de la afiliación indebida por vulneración legal, según corresponda.
- b) La comunicación de presuntas afiliaciones indebidas se realiza el mismo día que tomó conocimiento del hecho, en forma inmediata, vía correo electrónico institucional dirigido al Jefe de la OSPE de la Jurisdicción, a fin de agilizar el procedimiento y adoptar las acciones que el caso amerite.
- c) Toda comunicación de presuntas afiliaciones indebidas se realiza proporcionando la información necesaria para el inicio del procedimiento, teniendo en cuenta los perfiles de riesgo señalados en la presente Directiva, tales como: datos de identidad del asegurado, datos de la entidad empleadora, resúmen del hallazgo, entre otros. En caso de contar con documentación relevante o medios probatorios deberá ser remitido por conducto regular a la OSPE competente. Para tal efecto, la OSPE o

UCF coordina la obtención de los sustentos correspondientes que constarán en el respectivo expediente.

- d) La Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado remite a los Jefes de OSPE y/o UCF, en forma periódica y de acuerdo a su jurisdicción, los casos sobre presuntas afiliaciones indebidas por vulneración legal que haya identificado como resultado de la evaluación realizada de la información del registro de asegurados titulares y/o derechohabientes, según tipo de perfil.
- e) El(La) Jefe(a) de OSPE o Jefe(a) de Unidad de Control de Filtraciones, según el tipo de oficina, recepciona y canaliza los casos de presuntas afiliaciones indebidas, disponiendo su análisis a fin de determinar el tipo de procedimiento a seguir.
- f) Las OSPE que detecten casos de presunta afiliación indebida, que no sea de su competencia, deberán comunicar a la OSPE de la jurisdicción, vía correo electrónico y de ser el caso, adjuntar los documentos sustentatorios que logren obtener.

### 7.1.3. Actores Involucrados.

- a) **Analista de Seguros.-** Servidor civil encargado de evaluar y calificar los casos, analiza la información obtenida según criterios de perfil de riesgo para el inicio del procedimiento de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal, acopia los documentos y reportes generados de los sistemas informáticos institucionales vigentes que servirán de sustento.
- b) **Gestor(a) Legal:** Servidor civil encargado de proyectar los actos administrativos previa evaluación de las actuaciones realizadas en el procedimiento de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal, que obran en el expediente administrativo y de la información registrada en los sistemas informáticos de ESSALUD.
- c) **Jefe(a) de OSPE:** Funcionario encargado de evaluar, coordinar, conducir, ejecutar, monitorear y supervisar el cumplimiento de la normativa sobre los procedimientos de control de las afiliaciones indebidas por vulneración legal; emitir los actos administrativos y resolver en primera instancia los recursos de reconsideración en el ámbito de su competencia; asimismo deberá informar los avances y resultados a la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado, en la forma y plazos establecidos.

Las OSPE son áreas operativas desconcentradas a nivel nacional, encargadas de efectuar las acciones de control de las afiliaciones indebidas por vulneración legal, en el ámbito de su competencia, de acuerdo a la delimitación territorial dispuesta en el Manual de Operaciones de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas.

- d) **Jefe(a) de UCF:** Funcionario encargado de coordinar, gestionar, implementar, ejecutar y controlar el desarrollo del procedimiento de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal, en el ámbito de su competencia; asimismo, deberá informar los avances y resultados al Jefe de su respectiva OSPE, en los plazos establecidos. En el ejercicio de su deber de control, deberá refrendar las Resoluciones emitidas por su respectivo Jefe de OSPE, asumiendo la responsabilidad solidaria.

- e) **Sub Gerente(a) de Gestión de las OSPE:** Funcionario encargado de resolver en segunda instancia los recursos de apelación interpuestos contra los actos administrativos emitidos en los procedimientos de control de aficiones indebidas por vulneración legal.
- f) **Sub Gerente(a) de Verificación de la Condición del Asegurado:** Funcionario encargado de realizar el control, monitoreo y evaluación de los resultados de los procedimientos de control de las afiliaciones indebidas por vulneración legal, reportados por las OSPE a nivel nacional; determinar los perfiles de riesgo y remitir a las OSPE el listado de casos de presuntas afiliaciones indebidas en forma periódica, para lo cual deberá coordinar con la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de Seguros.
- g) **Gerente(a) Central de Seguros y Prestaciones Económicas:** Aprueba el Plan Anual de Verificación que contiene las metas de cada una de las OSPE para la ejecución y cumplimiento de los procedimientos de control de las afiliaciones indebidas. Define la competencia territorial de las OSPE a nivel nacional, previa evaluación de la propuesta remitida por la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación.

#### 7.1.4. Formulación y Aprobación del Plan Anual de Verificación.

La Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado formula el Plan Anual de Verificación, el cual contiene el cuadro de metas (por mes y año) de cada una de las OSPE para la ejecución y cumplimiento de los procedimientos de control de la afiliación indebida por vulneración legal.

Asimismo, remite la propuesta del Plan Anual de Verificación a la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de noviembre de cada año anterior a su ejecución, a fin que sea elevado a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, para su aprobación mediante Resolución, la cual es emitida en el plazo de cinco (5) días hábiles de recepcionado el citado proyecto. En caso de existir observaciones, éstas deberán ser comunicadas al órgano formulador para la subsanación en el mismo plazo.

#### 7.1.5. Perfiles de Riesgo en el Control de la Afiliación indebida por Vulneración legal.

Para el inicio del procedimiento de control de la afiliación indebida por vulneración de la ley, norma con rango legal, normas sectoriales o reglamentarias, se tendrá en cuenta los criterios o perfiles de riesgo establecidos en el Plan Anual de Verificación (PAV), tales como:

- a) Asegurado Titular declara derechohabiente hijo con diferente apellido
- b) Asegurado Titular con estado civil casado declara concubina.
- c) Asegurado Titular declara más de un cónyuge y/o concubino.
- d) Asegurado Titular con estado civil soltero declara concubina con estado civil casada.
- e) Asegurado Titular o Derechohabiente, con estado civil casado (según el Registro de Asegurados que administra ESSALUD), registra estado civil divorciado (según Sistema de consulta RENIEC).
- f) Asegurado Titular declara cónyuge y/o concubino del mismo sexo.
- g) Asegurado Titular (Trabajador del Hogar y/o regular) registra Empleador fallecido.
- h) Asegurado Titular declarado por empleador cónyuge (persona natural con negocio propio inscrito o no en REMYPE).

- i) Asegurado Titular (persona natural con negocio propio) inscrito en REMYPE que no cuenta con un trabajador, como mínimo. (Cuando está registrado como conductor – trabajador).
- j) Asegurado Titular (persona natural con negocio propio), que no se encuentra registrado en el REMYPE.
- k) E.I.R.L. inscrita en el REMYPE, que no cuenta con un trabajador, como mínimo. (Cuando el representante legal está registrado como asegurado).
- l) Asegurado Titular declarado por entidad empleadora con registro de Baja Definitiva en SUNAT.
- m) Otros perfiles determinados por el incumplimiento de los requisitos establecidos por alguna ley especial para acogerse al beneficio del seguro social de salud.
- n) Otros perfiles de riesgo que se determine en el respectivo PAV.

## **7.2. Disposiciones Específicas**

### **7.2.1. Procedimiento de Control de la Afiliación indebida por Vulneración legal.**

#### **7.2.1.1. Actos Preparatorios**

El(la) Jefe(a) de OSPE o de UCF (según tipo de Oficina) que ha tomado conocimiento de una presunta afiliación indebida por vulneración legal remitirá el caso al Analista de Seguros o quien haga sus veces.

El Analista de Seguros, una vez recepcionado y registrado el caso, procede a verificar en los sistemas informáticos institucionales a los cuales tenga acceso disponible y luego de la evaluación prepara el expediente que contendrá la información, documentos y reportes generados de dichos sistemas, los cuales permitirán demostrar la afiliación indebida por vulneración legal. El expediente debe contener la siguiente información:

- a) La autorización del Jefe de OSPE o UCF, sobre los casos que serán materia del procedimiento de control, con la indicación de la forma de inicio del procedimiento, ya sea por iniciativa propia, petición motivada, orden superior o denuncia. Dicha autorización se podrá realizar vía correo electrónico.
- b) Reportes de los Sistemas Informáticos Institucionales vigentes de ESSALUD, tales como: ACREDITA, SIA, SAS, SAS-NETI u otros sistemas que administre ESSALUD, con la finalidad de obtener y consolidar la información del asegurado, así como sus antecedentes de prestaciones de salud y prestaciones económicas.
- c) Reporte del sistema de consulta RENIEC, a fin de comprobar los datos de identidad del asegurado, estado civil, edad y domicilio real, y también de sus derechohabientes, que permitirán determinar las inconsistencias e irregularidades en el Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes de ESSALUD.
- d) Reporte de la Ficha de Registro Único de Contribuyente – RUC SUNAT, extraído de la página web institucional de la SUNAT, en la cual se registra el domicilio fiscal de la entidad empleadora, a fin de acreditar su actividad comercial, así como la condición de su estado (Activo o Baja) cantidad de trabajadores.
- e) Reportes de pagos, del Sistema Extracto de Pagos SUNAT, a fin de comprobar las aportaciones que realiza el titular asegurado así como la cantidad de trabajadores a su cargo.

- f) Reporte del Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa – REMYPE, de la página web institucional del MTPE, a fin de comprobar la fecha de inscripción del titular en el respectivo registro, lo cual permitirá verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley especial del REMYPE.
- g) Todos aquellos documentos que sustenten la afiliación indebida por vulneración legal cometida por el administrado para tener la condición de asegurado.
- h) Informe Técnico de Control.

El Analista de Seguros es responsable de realizar, para el análisis de cada caso, la comprobación de documentos, verificación de la información en los sistemas informáticos y de otras fuentes oficiales públicas, manifestaciones de los administrados, y toda documentación que considere relevante.

#### **7.2.1.2. Comunicación de Hallazgos y Presentación de Descargos.**

Cuando el Analista de Seguros advierta observaciones o incongruencias en la información o documentación materia de procedimiento de control y que no ha sido puesto en conocimiento del administrado, debe elaborar el proyecto de Carta de comunicación de hallazgos, según modelo (**Anexo 1**) y lo remite al Jefe de OSPE o UCF, de corresponder, en el plazo de cinco (05) días hábiles de haber recibido el caso para inicio del procedimiento de control, respecto a los siguientes perfiles de riesgo:

- a) Asegurado Titular declarado por empleador cónyuge inscrito o no en el REMYPE. (Cuando no se cuente con fecha de vínculo en los sistemas de consulta de ESSALUD).
- b) Asegurado Titular con estado civil casado declara concubina.
- c) Asegurado Titular declara más de un cónyuge y/o concubino.
- d) Asegurado Titular con estado civil soltero declara concubina casada.
- e) Asegurado Titular declara cónyuge y/o concubino del mismo sexo.
- f) Asegurado Titular o Derechohabiente, con estado civil casado (según el Registro de Asegurados que administra ESSALUD), registra estado civil divorciado (según Sistema de consulta RENIEC).
- g) Asegurado Titular declarado por entidad empleadora con registro de Baja Definitiva en SUNAT.
- h) Otros en los que se advierta incongruencias o incertidumbre respecto a la información consignada en el registro del asegurado y/o derechohabiente.

El(la) Jefe(a) de OSPE o UCF, de ser el caso, previa revisión suscribe la citada Carta y dispone su notificación a los administrados involucrados en el procedimiento, otorgando un plazo de cinco (5) días hábiles para que efectúen los descargos y aporten medios probatorios pertinentes que sustenten lo manifestado.

Los administrados podrán solicitar la ampliación del plazo antes señalado, antes de su vencimiento, mediante escrito debidamente justificado. Deberán aportar pruebas mediante la presentación de documentos e informes, inspecciones y demás diligencias permitidas, o aducir alegaciones.

Los hechos invocados o que fueren conducentes para emitir pronunciamiento podrán ser objeto de todos los medios de prueba necesarios; para ello, el(la) Jefe(a) de la OSPE podrá recabar o consultar antecedentes y documentos, solicitar informes y dictámenes de cualquier tipo, conceder audiencia a los administrados, interrogar testigos, peritos o recabar declaraciones que consten en acta, practicar inspecciones oculares, entre otras actuaciones, de conformidad con lo dispuesto en el TUO de la LPAG.

### 7.2.1.3. Elaboración del Informe Técnico de Control.

Vencido el plazo para la presentación de los descargos o en caso de no haberse efectuado la Comunicación de Hallazgos, el Analista de Seguros elabora el Informe Técnico de Control, según modelo (**Anexo 2**) por cada administrado sujeto al procedimiento de control de afiliación indebida, el cual debe señalar la evaluación y análisis de las actuaciones realizadas así como del descargo y pruebas aportadas, sustentando sus conclusiones en hechos objetivos y documentación recabada, siendo remitido el Informe Técnico al Jefe de la OSPE en el plazo de dos (02) días hábiles.

El(la) Jefe(a) de la OSPE o UCF aprobará u observará dicho Informe. En caso de formular observaciones, se devuelve el expediente al Analista de Seguros para ser subsanadas en el plazo de dos (02) días hábiles. Una vez levantadas las observaciones, se remite el expediente al Gestor Resolutor o personal que haga sus veces, a fin de proyectar la Resolución de Baja correspondiente.

En el Informe Técnico de Control se indicará además las situaciones relevantes que permitan determinar indicios razonables de la comisión de infracciones tipificadas en las normas legales sobre la materia, recomendando, de ser el caso, el inicio del procedimiento sancionador.

En los casos de las OSPE que cuentan con UCF, el Informe Técnico de Control deberá ser emitido por el Jefe de UCF con el visto del Analista de Seguros, previo a la remisión del citado Informe a la OSPE.

### 7.2.1.4. Resolución de Baja de Oficio.

La Resolución de Baja deberá estar debidamente motivada, precisando si los documentos e información recopilados sustentan la aplicación de la Baja de Oficio.

El Gestor Resolutor o quien haga sus veces de acuerdo a la recomendación señalada en el Informe Técnico de Control y con la documentación sustentatoria, proyecta la Resolución de Baja de Oficio, según formato (Anexo 3) la cual es aplicable al asegurado titular y/o derechohabientes, y lo remite al Jefe de la OSPE o UCF, de ser el caso, en el plazo de dos (02) días hábiles, de recibido el Informe Técnico.

El Jefe de la OSPE resuelve en primera instancia, para ello revisa los actuados y de estar conforme suscribe la Resolución de Baja de Oficio del Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes, en el plazo de dos (2) días hábiles de recibido el proyecto de Resolución.

En los casos de las OSPE que cuentan con UCF, los proyectos de Resolución serán refrendados y visados por el Jefe de la respectiva Unidad.

Se emitirá la Resolución de Baja de Oficio, sin necesidad de remitir la Carta de Comunicación de Hallazgos, en los siguientes casos:

- a) Asegurado Titular (Trabajador del Hogar y/o regular) registra empleador fallecido.
- b) Asegurado Titular declarado por empleador cónyuge (persona natural con negocio propio) inscrito o no en el REMYPE. (Cuando se tenga certeza de la fecha del vínculo en los sistemas informáticos de ESSALUD).
- c) Asegurado Titular (persona natural con negocio propio) inscrito en el REMYPE que no cuenta con un trabajador, como mínimo. (Cuando está registrado como conductor – trabajador).

- d) Asegurado Titular (persona natural con negocio propio), que no se encuentra inscrito en el REMYPE.
- e) E.I.R.L. inscrita en el REMYPE, que no cuenta con un trabajador, como mínimo. (Cuando el representante legal está registrado como asegurado).
- f) Otros perfiles determinados por el incumplimiento de los requisitos establecidos por alguna ley o norma reglamentaria especial, para acogerse al beneficio del seguro social de salud.
- g) Otros perfiles de riesgo que se determine en el respectivo PAV, los cuales estarán sujetos a evaluación respecto al incumplimiento de los requisitos establecidos en ley especial, procediendo de ser el caso, según lo establecido en el literal b), numeral 7.2.2 de la presente Directiva.

Una vez emitida la Resolución de Baja, se remite en forma inmediata el expediente completo al Analista de Seguros, para el registro, control y elaboración de cargos de notificación de los actos administrativos.

La Resolución de Baja que ha adquirido la condición de firme o respecto de la cual se haya agotado la vía administrativa, producirá los siguientes efectos:

- 1) Modifica la información del Registro de los Asegurados Titulares y sus Derechohabientes ante EsSalud; o del Registro de Empleadores de Trabajadores del Hogar, Trabajadores del Hogar y sus Derechohabientes, realizado a través de la SUNAT.
- 2) Elimina y/o modifica los periodos de latencia de los asegurados afiliados indebidamente, de esta manera se evita el indebido otorgamiento de este derecho especial de cobertura por desempleo (latencia), de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- 3) Evita el otorgamiento de prestaciones de salud, económicas y sociales indebidas.
- 4) Contribuye a la determinación del régimen pensionario a cargo de la Oficina de Normalización Previsional y evita la afiliación indebida de supuestos pensionistas al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, para acceder a las prestaciones que brinda ESSALUD.
- 5) Determina el inicio del procedimiento de cobranza, valorización, liquidación y recupero de las prestaciones asistenciales y/o económicas indebidas.

#### **7.2.1.5. De los Recursos Administrativos.**

Los Recursos Administrativos pueden ser presentados por el asegurado, la entidad empleadora o tercero interesado de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y su respectivo TUO.

El asegurado, la entidad empleadora o tercero interesado podrán interponer los recursos de reconsideración y apelación, de conformidad con lo establecido en la LPAG y su respectivo Texto Único Ordenado.

- a) El **Recurso de Reconsideración** será resuelto por el Jefe de la OSPE que emitió el acto administrativo materia de impugnación. En este caso, el Gestor Resolutor proyectará la Resolución de Reconsideración, según

modelo de Resolución (**Anexo 4**) y lo remitirá al Jefe de la OSPE en el plazo de cinco (05) días hábiles, de recibido el Recurso.

- b) El **Recurso de Apelación** será resuelto en segunda instancia por la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE, según modelo de Resolución (**Anexo 5**) con la cual se agota la vía administrativa.

Para tal efecto, la OSPE deberá elevar el recurso de apelación con el expediente original a la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE, el primer día hábil siguiente de recibido el recurso de apelación.

La Resolución de Apelación, su respectivo cargo de notificación y los demás actuados del procedimiento deberán constar en expediente único (original y debidamente foliado) y ser devueltos a la OSPE que resolvió en primera instancia, para su cabal cumplimiento.

Una vez que el acto administrativo haya adquirido la calidad de firme o de haber agotado la vía administrativa, el Jefe de OSPE deberá emitir la Constancia de Acto Firme, según modelo (**Anexo 6**).

### **7.2.2. Plazo Máximo del Procedimiento de Control de Afiliaciones Indebidas por Vulneración Legal.**

El plazo que transcurra desde el inicio del Procedimiento de Control de Afiliaciones Indebidas por Vulneración Legal hasta la emisión de la Baja respectiva, no puede exceder de treinta (30) días hábiles.

### **7.2.3. De La Notificación de los Actos Administrativos.**

La notificación de los actos administrativos se efectúan respetando el orden de prelación, modalidades, régimen, dispensa y otras formalidades establecidas en la LPAG y su respectivo TUO, utilizando para ello el Formato “Cargo de Notificación de Actos Administrativos” (**Anexo 7**).

Las OSPE y la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE podrán realizar la notificación de los actos administrativos derivados del procedimiento de control de afiliaciones indebidas por vulneración legal, en la dirección de correo electrónico autorizado por la entidad empleadora y/o el asegurado, de conformidad con las disposiciones establecidas en la LPAG y su respectivo TUO.

El Jefe de la OSPE autoriza que la notificación de los actos administrativos contenidos en la presente Directiva se efectúe por intermedio de su personal administrativo, o de ser el caso, solicitará el apoyo de la OSPE de la jurisdicción donde se encuentre el administrado.

Para los efectos de las notificaciones de los actos administrativos, las OSPE y la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE podrán obtener la información digitalizada y almacenada en los Sistema Informáticos empleados para el citado procedimiento, procediendo a notificar la copia fedateada de los documentos que se encuentran digitalizados.

En caso de actos administrativos que se sustenten en informes, éstos deben ser notificados en forma conjunta.

### **7.2.4. Publicación de los Actos Administrativos.**

En los casos en los que la notificación se hubiese practicado de manera infructosa o resulte impracticable otra modalidad de notificación preferente por ignorarse el domicilio del administrado, se procederá a la publicación en el Diario Oficial o en uno de los diarios de mayor circulación en el territorio nacional, salvo disposición distinta de la ley.

El(la) Jefe(a) de la OSPE verifica que el expediente contenga todas las actuaciones realizadas previo a la publicación del acto administrativo, cumpliendo las formalidades establecidas en la LPAG y su respectivo TUO.

#### **7.2.4.1. Gestión de publicación.**

- a) El(la) Jefe(a) de la OSPE elabora y remite a la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE y Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado, el “Formato de Publicación de Actos Administrativos” (**Anexo 8**) con la información de los actos que requieren ser notificados mediante publicación, previa evaluación del cumplimiento de las formalidades establecidas en la Ley N° 27444 y su respectivo TUO, garantizando que no existan errores. Dicho formato debe ser remitido el último día hábil de cada semana; sin embargo, se podrá solicitar la publicación del acto con carácter urgente en los casos debidamente justificados.
- b) La Sub Gerencia de Gestión de las OSPE consolida los actos administrativos pendientes de publicación, remitidos por las OSPE a nivel nacional, incluyendo las Resoluciones emitidas respecto a los recursos de apelación; remite la información consolidada a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la GCSPE, y requiere la gestión de publicación de los actos en el día hábil siguiente a la recepción de la información de las OSPE; asimismo, remite a las OSPE y a la Sub Gerencia de Verificación de la condición del Asegurado, las publicaciones de los actos administrativos realizadas en el Diario Oficial El Peruano y/o en el diario de mayor circulación, que hayan sido informadas por la Oficina de Apoyo y Seguimiento; evalúa y brinda conformidad del servicio de publicación contratada.
- c) La Oficina de Apoyo y Seguimiento de la GCSPE gestiona la publicación de los actos administrativos en el Diario Oficial “El Peruano” o en el diario de mayor circulación en el territorio nacional, atendiendo los requerimientos de la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE; comunica a la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE, las publicaciones de los actos administrativos que se hayan realizado cumpliendo las disposiciones normativas, en el mismo día de su publicación; procesa y tramita la conformidad del área usuaria, emite aceptación y gestiona el proceso de pago del servicio, previa conformidad emitida por el área usuaria.
- d) El(la) Jefe(a) de la Unidad de Control de las Filtraciones o el Jefe de la OSPE, según el tipo de oficina, en la fecha en que se publique el acto administrativo en el Diario Oficial El Peruano o diario de mayor circulación en el territorio nacional, publicará simultáneamente a través del SACAD o sistema que se implemente, el contenido íntegro del acto administrativo, para los efectos de la publicación en la página web de ESSALUD.
- e) La Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado realiza el control, seguimiento, evaluación y adopta las medidas correctivas respecto a los actos administrativos emitidos por las OSPE, pendientes de publicación o que hayan sido publicados en el Diario Oficial “El Peruano” o diario de mayor circulación nacional, en forma periódica, mediante un mecanismo de muestreo de la información; efectúa las

recomendaciones u observaciones al Jefe de OSPE para la subsanación y/o levantamiento de las mismas, en el plazo de dos días hábiles de haber tomado conocimiento de la información. Asimismo, emite informe trimestral sobre los resultados del proceso de publicación de los actos administrativos de verificación y control posterior, en el que se evaluará el cumplimiento de los plazos establecidos en las normas legales e institucionales vigentes. Dicho Informe deberá ser elevado a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas designará el administrador operativo titular y suplente del SACAD, determinando sus responsabilidades. Dicho administrador llevará el control de los usuarios y otorgará los accesos según el perfil de cada servidor civil, de acuerdo a las competencias y funciones de sus unidades orgánicas dependientes, previa coordinación con la Gerencia Central de Tecnologías de la Información y el funcionario responsable de la actualización del Portal Web Institucional.

#### **7.2.4.2. Requerimiento de los Servicios de Mensajería y Publicación.**

Corresponde a la OSPE efectuar el requerimiento anual para la contratación de los servicios de mensajería y publicación de actos administrativos en el Diario Oficial El Peruano o en el diario de mayor circulación en el territorio nacional, estableciendo una proyección de la cantidad de actos en forma mensual, por cada ejercicio presupuestal. Dicho requerimiento con la proyección estimada debe ser remitido a la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE dentro de los primeros cinco (05) días hábiles del mes de noviembre de cada año anterior a su ejecución.

La Sub Gerencia de Gestión de las OSPE consolida los requerimientos para la contratación de los servicios de mensajería y publicación de los actos administrativos en el Diario Oficial El Peruano o en el diario de mayor circulación nacional, proyectados por las OSPE para cada ejercicio presupuestal, incluyendo las Resoluciones de Apelación que sean materia de publicación; y remite dicha información consolidada a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la GCSPE, en el plazo de dos (02) días hábiles siguientes de haber tomado conocimiento.

Genera y registra estadísticas, desarrollando un análisis de efectividad de los actos administrativos cuya notificación haya resultado infructuosa, proponiendo las mejoras en el proceso de notificación en cualquiera de sus modalidades, así como el despliegue de estrategias de cumplimiento a las OSPE.

La Oficina de Apoyo y Seguimiento de la GCSPE se encargará de elaborar los Términos de Referencia para la contratación de los servicios de mensajería y publicación de actos administrativos, en base a la proyección anual remitida por la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE, en el plazo de dos (02) días hábiles de recepcionado el requerimiento formal; asimismo gestionará los procesos de contratación de tales servicios con los órganos e instancias competentes, teniendo en cuenta los plazos; controla la ejecución del contrato anual del servicio, evalúa las condiciones más favorables para una adecuada ejecución del gasto presupuestal, velando por la sostenibilidad financiera institucional.

#### **7.2.5. Del Registro, Monitoreo y Evaluación**

**7.2.5.1.** El(la) Jefe(a) de la OSPE o UCF, según el tipo de oficina, deberá registrar la información de todas las actuaciones realizadas respecto a los procedimientos de control de la afiliación indebida por vulneración legal en

el sistema, aplicativo y/o soporte informático que se implemente para tal fin, y remitirá a la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado, dentro de los tres (03) primeros días hábiles de cada mes, lo siguiente:

- 1) Reporte Mensual de Cumplimiento de Metas del Procedimiento de Control de la Afiliación Indebida por Vulneración Legal, el cual deberá contener información detallada sobre:
  - a. Las Resoluciones de Baja emitidas durante el mes.
  - b. Las Resoluciones de Baja que han adquirido la condición de firme o respecto de las cuales se agotó la vía administrativa, durante el mes.
- 2) Documentos originales del expediente, escaneados en archivo digital, formato PDF, considerando el siguiente orden:
  - a. Resolución de baja que tenga la condición de firme o respecto a la cual se haya agotado la vía administrativa.
  - b. Cargo(s) de notificación de la Resolución de Baja (válidamente notificada).
  - c. Resolución del recurso de reconsideración y/o apelación, de ser el caso.
  - d. Cargo(s) de notificación de la Resolución del recurso.
  - e. Publicación en el Diario Oficial El Peruano o diario de mayor circulación nacional, de ser el caso.
  - f. Constancia de acto firme.
  - g. Carta de requerimiento de valorización.
  - h. Informe de archivamiento de acto resolutorio (De corresponder).
- 3) Reporte de los actos administrativos pendientes de publicación en el Diario Oficial “El Peruano” o diario de mayor circulación en el territorio nacional y documentación escaneada en formato PDF.

**7.2.5.2.** La Sub Gerencia de Gestión de las OSPE, deberá registrar información de las Resoluciones emitidas sobre los Recursos de Apelación, de los procedimientos de control de la afiliación indebida por vulneración legal en el sistema, aplicativo y/o soporte informático que se implemente para tal fin, y remitirá a la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado, dentro de los tres (03) primeros días hábiles de cada mes, el reporte mensual con la siguiente información:

- a. Resolución del recurso de apelación.
- b. Cargo(s) de notificación de la Resolución de Apelación. (válidamente notificada).
- c. Publicación en el Diario Oficial El Peruano o diario de mayor circulación nacional, de ser el caso.

Asimismo, remitirá a la OSPE competente los citados documentos originales escaneados en archivo digital, formato PDF, a más tardar el siguiente día hábil de recepcionado el cargo de notificación de la Resolución o de su publicación.

**7.2.5.3.** La Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado realizará las siguientes acciones:

- a) El monitoreo, control y evaluación en forma periódica, mediante el uso de los sistemas o soportes informáticos, realizando muestreo de la

información, ejecución de acciones de supervisión, brindando asistencia técnica para el cumplimiento del procedimiento y plazos establecidos en la presente Directiva.

- b) Efectuará las recomendaciones u observaciones al Jefe de OSPE, las cuales deberán ser levantadas y/o subsanadas en el plazo de dos (02) días hábiles de haber tomado conocimiento de la recomendación u observación.
- c) Presentará un Informe trimestral a la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación sobre el cumplimiento del Plan Anual de Verificación con los resultados obtenidos respecto a la evaluación del procedimiento normado en la presente Directiva.
- d) Emitirá los lineamientos técnicos sobre los mecanismos para el registro, almacenamiento y envío de la información a cargo de las OSPE y UCF.

## **7.2.6. De las Acciones para el Recupero de las Prestaciones otorgadas en forma indebida.**

### **7.2.6.1. Emisión de Carta de Requerimiento de Valorización**

- a) Dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes de haber quedado firme la Resolución de Baja o de haberse agotado la vía administrativa, el Jefe de la OSPE o UCF según corresponda, deberá emitir y notificar la “**Carta de Requerimiento de Valorización**”, según modelo (**Anexo 9**), a la Gerencia de la Red Prestacional, Red Asistencial u Órganos Prestadores Nacionales, donde el afiliado y/o sus derechohabientes hayan recibido prestaciones económicas o de salud (según información registrada en los sistemas informáticos implementados en ESSALUD), a fin que remitan información sobre la valorización de dichas prestaciones indebidamente percibidas en los centros asistenciales de su jurisdicción o de terceros contratados por la Institución, durante el periodo señalado en la Resolución de baja.
- b) Deberá adjuntar a la citada Carta de Requerimiento de Valorización, un soporte digital óptico (CD o DVD) en el que se almacenará los documentos escaneados en formato PDF de la Resolución de Baja, cargos de notificación válidamente efectuados, incluyendo la notificación mediante publicación (en este caso, deberá adjuntar los antecedentes de notificación infructuosa), Resoluciones emitidas sobre recursos impugnatorios y sus respectivos cargos de notificación válidamente efectuados, y la constancia de acto firme; así como otros documentos del expediente que sean necesarios para el inicio de las acciones de cobranza; precisando que son sujetos obligados solidariamente al reembolso de las referidas prestaciones: la entidad empleadora que declara sujetos que no reúnen la condición de asegurados, así como aquel que las hubiere percibido indebidamente sin reunir la condición de asegurado, y sus derechohabientes.
- c) En caso de no contar con información en los sistemas informáticos de ESSALUD sobre las prestaciones asistenciales, económicas y sociales indebidamente otorgadas, el(la) Jefe(a) de la OSPE o UCF, según el tipo de Oficina, deberá remitir la Carta de Requerimiento de Valorización a todas las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales, adjuntando una relación detallada de las Resoluciones de Baja de Oficio que han quedado firmes o respecto

de las cuales se agotó la vía administrativa, a fin que procedan a informar sobre la identificación de aquellos asegurados que han recibido las prestaciones en los diferentes Centros Asistenciales. Una vez recibida la respuesta de las citadas dependencias se procederá a enviar la documentación señalada en el párrafo precedente a la Oficina de Finanzas de la Red Prestacional, Órgano Prestador Nacional o Centro Asistencial que haya confirmado el otorgamiento de prestaciones, según corresponda.

- d) Por excepción, cuando el titular o sus derechohabientes hayan recibido prestaciones en un solo Centro Asistencial, el requerimiento de valorización se remitirá directamente al Centro Asistencial.

#### **7.2.6.2. Emisión de Informe Técnico de Archivamiento de Expediente.**

En caso de tener certeza de la no existencia de prestaciones otorgadas en forma indebida a los administrados determinados en las Resoluciones de Baja, el(la) Jefe(a) de la OSPE procederá al archivamiento respectivo del expediente, debiendo emitir el Informe técnico, según modelo (Anexo 10).

#### **7.2.6.3. De la Coordinación con las Unidades de Finanzas**

El(la) Jefe(a) de la OSPE o UCF, según el tipo de oficina, realizarán las coordinaciones con las Unidades de Finanzas de las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales, a fin de obtener la información sobre los resultados de la valorización y recupero de las prestaciones indebidamente otorgadas respecto a las Resoluciones de Bajas.

Las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales, Órganos Prestadores Nacionales y Centros Asistenciales deberán cumplir con informar a las OSPE o UCF, la identificación de los asegurados y los respectivos Centros donde han recibido las prestaciones, la valorización en el plazo de cinco (5) días hábiles de recibido el requerimiento, y en su debida oportunidad, los resultados de las acciones de recupero.

#### **7.2.7. Comunicación de las Bajas a la SUNAT.**

Cada Jefe(a) de OSPE y de UCF es responsable de informar las Resoluciones de Baja que han adquirido la calidad de firmes o respecto a las que se haya agotado la vía administrativa, como resultado de los procedimientos de control de las afiliaciones indebidas por vulneración legal, en su condición de áreas operativas desconcentradas en el ámbito territorial asignado, cumpliendo los plazos establecidos en las normas legales e institucionales vigentes; además de asumir las responsabilidades de carácter administrativo, civil y/o penal que corresponda, por incurrir en demora, error u omisión del deber funcional.

La Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado informará a la SUNAT y a la Gerencia de Acceso y Acreditación del Asegurado, en forma mensual, sobre las Resoluciones de Baja de Oficio realizadas que han adquirido la calidad de firmes o respecto a las que se haya agotado la vía administrativa, a efectos que se modifique la información del Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes ante ESSALUD y se apliquen las sanciones tributarias correspondientes.

La Gerencia de Acceso y Acreditación del Asegurado coordinará con la SUNAT y la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, las acciones necesarias a fin que los períodos de baja se reflejen en los sistemas de seguros en relación a la latencia, pagos de subsidios, acreditación del titular y sus

derechohabientes y/o cualquier procedimiento que requiera el análisis de los períodos laborados, en forma oportuna y efectiva.

## VIII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

**Primera.-** El(la) Jefe(a) de la OSPE debe realizar las coordinaciones con los Órganos Centrales y Desconcentrados, según corresponda, a efectos de optimizar los recursos para los procedimientos de control de la afiliación indebida por vulneración legal; asimismo, gestionará los requerimientos a través de la Sub Gerencia de Gestión de las OSPE, para el registro oportuno en los sistemas informáticos de ESSALUD de las actuaciones y la información pertinente respecto al procedimiento iniciado y para el debido cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Anual de Verificación.

**Segunda.-** Las Oficinas de Soporte Informático de las Redes Asistenciales y sus representantes en las IPRESS, son responsables de instalar y configurar los equipos de las OSPE a fin de contar con los sistemas, aplicativos y herramientas informáticas que requiera la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación, velando porque éstos se encuentren operativos.

**Tercera.-** La Gerencia Central de Gestión Financiera y Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas deberán coordinar e implementar mecanismos de comunicación electrónica, “en línea”, a través de los sistemas y/o soportes informáticos, respecto a las valorizaciones y el monto de recupero de las prestaciones otorgadas en forma indebida, contribuyendo a la sostenibilidad financiera institucional.

**Cuarta.-** El(la) Jefe(a) de la OSPE comunicará a la Gerencia Central de Asesoría Jurídica u Oficina de Asuntos Jurídicos de las Redes Prestacionales, de acuerdo a su jurisdicción, cuando haya tomado conocimiento de la comisión de presuntos ilícitos penales, para su evaluación y acciones legales ante las instancias competentes (Ministerio Público, Poder Judicial, Policía Nacional del Perú, entre otros), de ser el caso; asimismo realizará el seguimiento del proceso respectivo.

**Quinta.-** Las OSPE a nivel nacional, deberán infomar los casos y remitir los actuados en los que haya advertido la comisión de infracciones para el inicio de los procedimientos administrativos sancionadores conforme a lo dispuesto en el TUO de la LPAG y normas institucionales sobre la materia.

**Quinta.-** Los funcionarios y/o servidores públicos que presten servicios en órganos y dependencias de ESSALUD no deberán mantener o tener interés directo o indirecto con las entidades empleadoras o con los asegurados que estén inmersos en el procedimiento administrativo materia de la presente Directiva. Están sujetos a las prohibiciones éticas establecidas en la Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública y a los motivos de abstención de los funcionarios al servicio de la Administración Pública señalados en la LPAG.

## IX. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

### **Primera.- Implementación del Sistema Informático**

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones es la encargada del desarrollo e implementación del sistema informático para el registro y monitoreo de los procedimientos de control de la afiliación indebida por vulneración legal a cargo de las OSPE, en coordinación con la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación y la Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado.

### **Segunda.- Aprobación de la Codificación**

En tanto se implemente el Sistema Informático respectivo, se establecerán los códigos para los actos relacionados al procedimiento de control de la afiliación indebida por vulneración legal. La Sub Gerencia de Verificación de la Condición del Asegurado elabora la propuesta y la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación aprobará la codificación respectiva, el cual será de obligatorio cumplimiento por las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas.

**X. ANEXOS**

- ANEXO 1. Modelo de Carta de Comunicación de Hallazgos.
- ANEXO 2. Modelo de Informe Técnico de Control.
- ANEXO 3. Modelo de Resolución de Baja de Oficio.
- ANEXO 4. Modelo de Resolución de Reconsideración.
- ANEXO 5. Modelo de Resolución de Apelación.
- ANEXO 6. Modelo de Constancia de Acto Firme.
- ANEXO 7. Formato de Cargo de Notificación de Actos Administrativos.
- ANEXO 8. Formato de Publicación de Actos Administrativos.
- ANEXO 9. Modelo de Carta de requerimiento de valorización.
- ANEXO 10. Modelo de Informe Técnico para archivamiento de expediente.
- ANEXO 11. Procedimiento de Control de Afiliaciones Indebidas por Vulneración Legal.
- ANEXO 12. Flujograma del Procedimiento.